



Société Marocaine de Dermatologie

Revue SMD



35^{ème}
Congrès
National



27
Congrès
Maghrébin

du 26 au 28
Octobre
2023

HILTON AL HOUARA TANGER

NUMÉRO SPÉCIAL



Programme du 27^{ème} Congrès Maghrébin couplé au 36^{ème} Congrès National de Dermatologie

Jeudi 26 Octobre 2023

Matin:

08h-8h30: Accueil - inscriptions

08h30-10h: Forum des résidents : Session en Français

10h-10h30: Pause - café

10h30-12h : **Table ronde : la peau noire**

- Physiopathologie des peaux génétiquement pigmentées :
Pr L. Benzekri Maroc 20mn
- Particularités cliniques et thérapeutiques de la peau noire :
Pr Fatimata Ly Sénégal 20 mn
- La dermoscopie de la peau noire : Pr FZ. Mernissi Maroc 20 mn
- Photodermatoses sur peau noire: Pr B. Dahmani Algérie 20 mn

12h- 12h30 : Symposium Eucerin

Hyperpigmentation post-inflammatoire Pr L. Benzekri Maroc

12h30-14h30 : Déjeuner

Après-midi :

14h30-16h: Forum des résidents : Session en Anglais

16h -16h 20 : Ma moisson 2023 en dermatologie pédiatrique

Pr H. Turki Tunisie

16h20- 16h 40 : Education thérapeutique dans la dermatite atopique ; Expérience Algérienne Pr S. Zobiri, Pr Ammar Khodja Algérie

16h 45- 17h 15 : Symposium Novartis Pr FZ. Mernissi Maroc

17h 15-17h 40 : Pause- Café

17h 40- 18h : Treatment Protocols for hair disorders Dr A. Alawadhi MEIDAM

18h- 18h 30 : Conférence d'inauguration : L'intelligence artificielle en dermatologie ; Quel impact sur la pratique et la formation ?

Pr H. Baybay Maroc

Vendredi 27 Octobre 2023

Matin:

08h30-10h00: **Table ronde : Dermatologie infectieuse**

- Leishmaniose cutanée : Nouveautés épidémio-cliniques , Pr S. Chiheb Maroc 15 mn
- Caractéristiques épidémio-cliniques de la leishmaniose cutanée : résultats préliminaires d'une étude transversale au service de dermatologie du CHU Mustapha d'Alger I. Tablit, Algérie 15 mn
- Leishmaniose cutanée : Cas cliniques et actualités thérapeutiques
Pr M. Soughi Maroc 15mn
- Mycétomes expérience Sénégalaise Pr M. Ndiaye Sénégal 15mn
- Dermoscopie des maladies infectieuses cutanées Pr A.S. CHEHAD. Algérie. 15mn

10h00-10h30: Symposium des laboratoires IPHADERM

Actualités autour de l'acné Dr R. Maghia France

10h30-11h : Pause- Café

11h-12h : Arrêt sur image : Coordinatrice Pr H. Benchikhi Maroc

Dr F. Rabhi Tunisie, Dr M. Lahouel Tunisie, Pr R. Boussaid Algérie, Pr H. Sahel Algérie, Pr FZ. Elfatoiki, Maroc, Pr M. Ait ourhroui Maroc,

Pr H. Benchikhi Maroc

12h00-12h 30: Symposium L'Oréal

Les céramides, un composant essentiel à la restauration de la barrière cutanée Pr M J Cork United Kingdom ; Pr O. Hocar Maroc

12h30-14h30 : Déjeuner

Après-midi :

14h30-16h : **Session IMCAS : Rajeunissement facial**

- Le rajeunissement facial par lasers Pr S. Dikhaye Maroc 20mn
- Traitement de la glabelle par neuromodulateurs: la technique des 5 points versus la technique des 3 points Dr A. El Ouadghiri El idrissi , Maroc 20mn
- Traitement de la région jugale: Une ou plusieurs façons de faire? Pr FZ. Belgnaoui Maroc 20mn
- Interaction fillers et ondes électromagnétiques Dr H. Cartier France 20mn

16h- 16h30: Symposium Omnium Pharma : PB sérum, les enzymes: une nouvelle arme thérapeutique dans le rajeunissement Dr Aboukhalil Hussein, chirurgie plastique Liban

16h30-17h: Symposium L'Oréal

Diagnostic et prise en charge du mélasma Pr L. Benzekri Maroc, Dr Juliane Rocio Neves Brésil

17h- 17h 30 : Pause-café

17h30-18h : Updates from Dermatology journals Dr A. Alawadhi MEIDAM

18h- 19h30 : Workshops et Ateliers

- Cynosure : Traitement combiné avec picosure et radiofréquence fractionnée Potenza : comment retrouver l'éclat ? Dr W Slaoui Maroc, Dr J Vivier France et Dr W El Alaoui (directrice clinique Cynosure MENA)
- Neoderma : Lasers combinés dans la révision des cicatrices. Dr A. Elouadghiri El idrissi
- Novartis : Psoriasis en plaques modérés à sévères : intérêt du traitement par Cosentyx® en ambulatoire ; cas cliniques réels Pr S Amal Maroc

Samedi 28 octobre 2023

Matin:

08h30-10h00: FMC Première Session

10h00-10h30: Symposium SVR « Mélasma, enfin une alternative à l'hydroquinone : Résultat d'une étude en double aveugle randomisée et contrôlée » Pr H. Hammami Tunisie

10h30-11h : Pause- Café

11h-11h30 : Symposium Galderma

L'acné au quotidien Pr FZ. Mernissi Maroc

11h30-12: Discussion des posters et remise des prix

12h00-12h30: Symposium Pierre Fabre : Prise en charge des hémangiomes infantiles: dernières avancées Pr M. El Hachem Italie

12h30 - 14h30 : déjeuner

Après-midi :

14h 30-16h : FMC Deuxième Session

16h- 17h : **Session de clôture « Quoi de neuf ? »**

- Quoi de neuf en dermato-allergologie ? Pr E. Bahloul Tunisie
- Quoi de neuf en dermato pédiatrie? Pr O. Hocar Maroc

17h - 18 h : Assemblée Générale Ordinaire de la SMD

20h 30 : **Dîner scientifique ISIS PHARMA**

- Dermate atopique: actualités de la physiopathologie aux nouveaux traitements: Dr Marina Alexandre France, Dr C. Mainzer Responsable scientifique Isis Pharma

Programme des séances de FMC

Samedi 28/10/2023 : 8h30-10h

1- Dermatologie esthétique : Coordinatrice Pr FZ. Belgnaoui

Techniques de traitement du cou et de l'ovale du visage

- Inducteurs tissulaires injectables pour le cou Dr H. Cartier France
- La radiofréquence fractionnée Dr H. Benjelloun Maroc
- Les fils tenseurs Pr FZ. Belgnaoui Maroc
- Techniques combinées Dr H. Benhiba Maroc

2- Lasers et techniques apparentées : Coordinatrice Pr K. Zouhair

- Laser picosecondes versus laser CO2 dans les cicatrices sur peau foncée
Dr A. El ouadghiri el idrissi Maroc
- Traitement vasculaire des érythrocouperoses Dr F. Benkhraba Maroc
- Trucs et astuces pour optimiser les résultats du traitement par laser Pr K. Zouhair Maroc
- Cas cliniques pertinents : Dr Y. Lounis Algérie

3- Ongle : Coordinatrice Pr S. Chiheb

Cas cliniques : Pr S. Chiheb Maroc, Pr S. Gallouj Maroc, Pr S. Mokni Tunisie

4- Dermatologie pédiatrique : Coordinatrice. Pr O. Hocar

Les urgences dermatologiques de l'enfant : Cas cliniques pratiques

Pr M. Denguezli Tunisie, Pr N. Ismaili Maroc, Pr FZ. Fatoiaki Maroc , Pr O. Hocar Maroc

5- Dermoscopie :Coordinatrice Pr FZ. Mernissi

« A vos dermoscopes, Prêts ? Participez »

- Cas cliniques : Dr M. Bounouar, Dr L. Benchet Maroc
Groupe dermoscopie SMD, Pr N. Benmehdi Algérie ; Pr Fatimata Ly Sénégal

6- Oncologie cutanée : Coordinatrice Pr F. Hali

Cas cliniques : Pr A. Kelati Maroc, Pr F. Hali Maroc, Pr R. Chakiri Maroc, Pr M. Aboudorib Maroc,
Pr S. Elloudi Maroc

7- Dermatoses bulleuses : Coordinatrice Pr K. Senouci

- Caractères distinctifs des Trois grandes dermatoses bulleuses auto-immunes
Pr M. Ait ourhroui Maroc
- Pemphigus entre hier et aujourd'hui Pr K. Senouci Maroc
- Les pemphigoides bulleuses du diagnostic au traitement Dr F. EL haddadi Maroc

8- Cicatrisation : Coordinatrice Pr H Baybay

« Cicatrisation et peau foncée »

- Cicatrices d'acné sur peau foncée : que proposer aux patients à petit budget ?
Dr H. Benhiba Maroc
- La phénolisation des chéloïdes Pr M. Mseddi Tunisie
- Traiter un xanthelasma de la peau foncée sans cicatrice Pr H. Baybay Maroc
- Particularités de la cicatrisation sur peau maghrébine Pr J. Elbennaye Maroc

Samedi 28/10/2023 : 14h30- 16h

1- Chirurgie dermatologique : Coordinateur Pr S. Gallouj

- L'intérêt de l'imagerie cutanée en dermatologie chirurgicale Pr A. Kelati Maroc
- Les Lambeaux du dermatologue Dr A. El ouadghiri El idrissi Maroc
- La chirurgie dermatologique : Quand le dermatologue prend la main Pr S. Mokni Tunisie
- Cas cliniques de chirurgie dermatologique des tumeurs cutanées Pr S. Gallouj Maroc
- Trucs et astuces pour optimiser une cicatrice chirurgicale Pr FZ. Belgnaoui Maroc

2- Anomalies vasculaires : Coordinatrice Pr S. Dikhaye

- Mise au point des anomalies vasculaires cutanées Pr S. Dikhaye, Maroc
- Prise en charge des angiomes et des hémangiomes Pr K. Zouhair Maroc
- Insuffisance veineuse des membres inférieurs : du diagnostic aux dernières techniques thérapeutiques Pr F. El ouardi (Chirurgien cardiovasculaire) Maroc
- Laser exo-veineux des varicosités des membres inférieurs. Dr F. Benkhraba Maroc

3- Allergologie cutanée : Coordinatrice Pr N. Ismaili

Cas cliniques

Pr R. Boussaid Algérie, Pr N. Ismaili Maroc, Pr E. Bahlou Tunisie l, Pr Z. Douhi Maroc

4- Troubles pigmentaires : Coordinatrice Pr L. Benzekri

Cas cliniques

Pr L. Benzekri ; Pr O. Hocar, Pr H. Racahdi Maroc

5- Acné : Coordinatrice Pr H. Benchikhi

- Particularités de l'acné sur peaux pigmentées Pr S. Oumo Niang Sénégal
- Acné et apparentés : Cas pour discussion. Pr M. Soughi Maroc
- Cicatrices d'acné : notre approche thérapeutique Dr A. Chamli Tunisie
- Acné : cas cliniques : Pr A. S. Chehad Algérie

6- Peau et médecine interne :Coordinateur Pr S. Amal

- Nouures à multiples facettes : Pr S. Elloudi Maroc
- Peau et maladies auto-inflammatoires Pr A. Bouhamidi Maroc
- Psoriasis au-delà de l'atteinte cutanée Pr S. Amal Maroc
- La dermatomyosite juvénile : cas cliniques Pr R. Chakiri Maroc

7- Dermato- pathologie : Coordinateur Pr M. Ait ourhroui

- La dermato-pathologie de la biopsie à la confrontation histo-clinique Pr M. Ait ourhroui
- Les lésions nodulaires du visage ; cas cliniques déroutants Dr D. Campos
- Cas histo-cliniques : Pr M. El Haouri
- Cas histo-cliniques sur peau noire subsaharienne Pr M. Ait ourhroui

8- Capillaire : Coordinatrice Pr M. Meziane

- Les signes dermoscopiques au cours du lupus discoïde Pr A ? Souissi Tunisie
- Central Centrifugal Cicatricial Alopecia : aspects épidémio-cliniques, trichoscopiques et prise en charge Pr Fatimata Ly Sénégal
- Traitement combiné des folliculites fibrosantes et chéloïdes de la nuque : cas cliniques Pr H. Baybay Maroc
- Le lichen pilaire et ses variantes : Cas cliniques Pr A. Kelati Maroc

Résumés des communications orales

Titre : Une curieuse Dermatose familiale !

Ben Rejeb mohamed, Fetoui Ghariani Nadia, Ghariani Najet, Lahouel Maha, Saad Sarra, Aounallah Amina, Belkahla Marwen, Mokni Sana, Denguezli Mohamed
Dermatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction

Le spectre clinique du gène *SLC29A3* est caractérisé par une importante hétérogénéité phénotypique s'intégrant dans le cadre du syndrome histiocytaire-lymphadénopathie plus (SHL+) (OMIM #602782). Nous rapportons le cas inédit d'une famille tunisienne porteuse d'une même mutation du gène *SLC29A3* avec une variabilité phénotypique associant le syndrome H et la maladie de Rosai Dorfman (MRD).

Résultats :

Nous avons pu examiner les membres d'une famille originaire du centre tunisien dont 5 membres étaient atteints de syndrome H (4 cas) et de MRD (1 cas). Il s'agissait de 2 frères, 2 cousines maternelles et une cousine paternelle. L'âge moyen des patients était de 51 ans. Une hypoacousie était rapportée dans 80 % des cas. Une camptodactylie bilatérale était mise en évidence chez 4 patients. Un diabète était trouvé chez 2 malades. Sur le plan cutané, 4 patients avaient présenté une hyperpigmentation cutanée scléreuse, avec hypertrichose, bilatérale des cuisses et des jambes. Une atteinte diffuse était notée chez un patient. On objectivait des lésions nodulaires érythémateuses infiltrées touchant le visage et les jambes associées à des adénopathies inguinales sans lésions hyperpigmentées chez la patiente atteinte de MRD. Pour les patients présentant un syndrome H, l'histologie d'une lésion hyperpigmentée avait montré un infiltrat richement plasmocytaire et histiocytaire (CD68+, CD1a-). La biopsie d'un nodule érythémateux dans la MRD avait révélé un infiltrat polymorphe fait de plasmocytes, de lymphocytes et des histiocytes (PS100+, CD68+, CD1a-). L'analyse génétique a révélé chez les 5 patients la même mutation homozygote faux sens c.1088G> A : p.Arg363Gln au niveau de l'exon 6 du gène *SLC29A3*

Discussion :

Nous rapportons la première description du spectre clinique du gène *SLC29A3* dans une famille tunisienne. En effet, la mutation du gène *SLC29A3* est décrite à ce jour dans 4 entités appartenant au groupe R de la classification 2016 des histiocytoses, regroupés sous le terme de SHL+, qui sont le syndrome H, la MRD, l'histiocytose de Faisalabad et les lésions cutanées hyperpigmentées et pileuses associées à un diabète insulino-dépendant. Cependant, très peu de cas familiaux dominés par le syndrome H et partageant tous le même phénotype clinique ont été publiés dans littérature. L'originalité de notre étude réside dans la présence de deux phénotypes cliniques différents au sein de la même famille, liés à la même mutation du gène *SLC29A3*. Cela suggère la participation des facteurs modificateurs environnementaux et/ou épigénétiques expliquant cette hétérogénéité phénotypique. Notre étude illustre les rapports étroits entre les différentes entités du SHL+, appuyant l'hypothèse de l'implication de facteurs génétique et ou épigénétique modulant l'expression phénotypique du gène *SLC29A3*.

Nécrobiose lipoïdique sur cicatrice : à propos d'un cas

Chaabouni Rim¹, Chtioui Emna¹, Saguem Ines², Hammami Fatma¹, Khadija Sallemi¹, Bahoul Emna¹,
BoudawaraTahiya², Turki Hamida¹

1. Service de dermatologie ; CHU Hédi Chaker, Université de Sfax , Sfax, Tunisie

2. Service d'anatomie pathologique ; CHU Habib Bourguiba, Université de Sfax, Sfax, Tunisie

Introduction :

La nécrobiose lipoïdique (NL) est une dermatose granulomateuse chronique typiquement associée au diabète sucré. Nous rapportons un cas de NL survenant sur une cicatrice chirurgicale chez une patiente non diabétique.

Observation :

Une femme âgée de 77 ans, hypertendue, était opérée pour une collection cutanée en regard du genou gauche. Le diagnostic retenu était une tuberculose cutanée et la patiente a bénéficié d'un traitement antituberculeux pendant 12 mois avec une bonne évolution et une cicatrisation de la plaie opératoire. Six mois après, elle nous a consulté pour l'apparition d'une plaque ulcérée en regard de la cicatrice opératoire. L'examen clinique objectivait une plaque érythémato-violine infiltrée, siège de multiples ulcérations à fond fibrinoïde, occupant la face d'extension du genou gauche. La patiente était par ailleurs apyrétique et en bon état général. L'examen histologique montrait une réaction inflammatoire granulomateuse sur toute l'épaisseur du derme à bordure palissadique disposée autour de foyers de nécrose éosinophile fibrinoïde. La coloration d'Orcéine montrait la perte des fibres élastiques au niveau des foyers de nécrose et tout autour. La coloration de Ziehl-Neelsen, les examens bactériologiques et mycologiques répétés étaient tous négatifs. Le diagnostic de NL a été retenu. La patiente a été mise sous hydroxychloroquine avec une nette amélioration après 9 mois de traitement.

Discussion :

La nécrobiose lipoïdique sur cicatrice (post opératoire ou post traumatique) est une forme rare de la NL avec uniquement une quinzaine de cas rapportés dans la littérature, dont la majorité concernait des diabétiques. Le délai d'apparition des lésions après le traumatisme ou la chirurgie variait de quelques mois à 38 ans.

La physiopathologie de la NL sur cicatrice demeure inconnue. Deux modes d'apparition sont décrits, le premier se fait en présence d'une lésion antérieure de NL avec apparition d'autres lésions sur des sites de traumatisme (injections d'insuline, brûlure, cicatrice chirurgicale), il s'agit là du phénomène de Köbner dont le lien avec la NL est bien établi. Le deuxième concerne des lésions apparaissant de novo sur une cicatrice, sans antécédents de NL, ce qui peut être assimilé à une réaction isotopique de Wolf.

Lichen plan pemphigoïde avec atteinte muqueuse exclusive

M TABKA¹, S NAHALI¹, A SOUISSI¹, R MAAMOURI², I CHELLY³, M SELLAMI⁴, M MOKNI¹

¹Service de dermatologie, ³Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologique, Laboratoire d'Immunologie, CHU La Rabta

²Service d'ophtalmologie, CHU Hedi Raïs

Introduction

Le lichen plan pemphigoïde (LPP) est une dermatose bulleuse auto-immune (DBAI) sous-épidermique définie par l'association d'un lichen plan (LP) et d'une dermatose bulleuse. Des formes de LPP associant un LP et une pemphigoïde des muqueuses (MMP) ont été plus récemment rapportées. Nous en décrivons un cas.

Observation

Un homme de 68 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle consultait pour une dysphagie haute et des lésions buccales érosives invalidantes évoluant depuis un an. L'examen de la cavité buccale montrait : des zones érosives bien limitées recouvertes de pseudomembranes sur un fond érythémateux, cernées par des stries blanchâtres réticulées de la face interne des joues, les faces latérales de la langue et la gencive. Une atteinte œsophagienne a été mise en évidence par la fibroscopie, les autres muqueuses malpighiennes étaient épargnées. La biopsie d'une lésion jugale concluait à un lichen plan érosif. Une corticothérapie systémique (prednisolone, 1mg/kg/j) et topique en bain de bouche a été initiée. L'évolution était marquée par l'aggravation de l'atteinte buccale et l'apparition d'une symptomatologie oculaire faite de xérophtalmie, photophobie et hypehrémie conjonctivale. L'examen du segment antérieur de l'œil a révélé la présence d'un symblépharon à l'œil droit et d'un ankyloblépharon à l'œil gauche (stade III et stade IV respectivement selon la classification de Foster). Une deuxième biopsie buccale et une biopsie conjonctivale ont été réalisées, montrant un décollement dermo-épidermique associé à un infiltrat inflammatoire mixte sans atteinte lichénoïde décelable. L'examen en immunofluorescence directe (IFD) objectivait un dépôt linéaire d'IgA et d'IgG le long de la jonction dermo-épidermique. Ces anticorps marquaient le toit en immunofluorescence indirecte sur peau clivée. Les tests ELISA étaient faiblement positifs pour les auto-anticorps anti-BP180 NC16a et négatifs pour les auto-anticorps anti-PB230. En se basant sur les aspects clinique, histopathologique et immunologique, le diagnostic de LPP avec atteinte muqueuse isolée a été retenu. Un traitement associant : dapsone (100mg/j), azathioprine (150mg/j) et prednisolone (0,5mg/kg/j) n'a pas permis d'obtenir une rémission. Trois mois plus tard, une excision du tissu cicatriciel bilatéral avec greffe de membrane amniotique conjonctivale a été réalisée. Un mois plus tard, l'examen oculaire a montré la présence d'un symblépharon à l'œil gauche. Devant la progression rapide de la maladie, étant résistante à plusieurs thérapeutiques, et l'engagement du pronostic visuel, des cures de cyclophosphamide (600 mg/m² en IV) ont été initiées avec stabilisation de la maladie (recul de 3 mois).

Discussion

Dans notre cas, le diagnostic de LPP a été confirmé par l'examen histopathologique et les résultats de l'IFD compatibles avec une PB. Le LPP avec atteinte muqueuse exclusive demeure une entité débattue. En effet, cette forme est considérée par certains auteurs comme une pemphigoïde des muqueuses (MMP) avec des caractéristiques cliniques et histopathologiques semblables à celles du LP. D'autres auteurs ont émis l'hypothèse que la DBAI serait une complication du LP par l'exposition au système immunitaire d'antigènes de la JDE ou chorio-épithéliale auparavant masqués. Récemment, Schmidt et al. ont démontré que les patients atteints de LPP présentaient une réponse mixte des cellules Th1/Th2 contre l'antigène BP180. Ces résultats renforcent la première hypothèse. L'évolution récalcitrante chez notre patient plaide également en faveur de cette hypothèse. Il n'existe pas à l'heure actuelle une prise en charge consensuelle du LPP. Le traitement dépendra essentiellement de la sévérité de l'atteinte clinique.

Tumeur cutanée axillaire : un diagnostic histologique d'une entité rare

Refka F¹, A Chamli¹, F Khanchel², Mohamed Ali Ayadi³, Aida Chebbi, A Zaouak¹, H Hammami¹, S Fenniche¹

¹ Service de dermatologie, Hôpital Habib Thameur , Tunis , Tunisie

² Service d'anatomo-pathologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

³Service de chirurgie carcinologique, Institut Salah Azaïz, Tunis, Tunisie

Il s'agit d'une patiente âgée de 75 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultait en dermatologie pour une masse axillaire gauche évoluant depuis 4 ans. L'examen clinique retrouvait une tumeur sous cutanée indolore de 7 cm de grand axe, de consistance pierreuse, à surface érythémateuse, et ulcérée au centre. L'examen dermoscopique a montré la présence d'une ulcération centrale, structures linéaires brillantes, des vaisseaux linéaires irréguliers, et zones rouges laiteuses. Le reste de l'examen était sans anomalies, notamment il n'y avait pas de masses mammaires ni d'adénopathies périphériques palpables. Les bilans mammographiques et échographiques des seins ont été pratiqués et revenus sans anomalies. La biopsie cutanée montrait au niveau de l'épiderme, une infiltration pagétoïde faite de cellules carcinomateuses qui s'organisent en nids et en structures glandulaires. Le derme est le siège d'une infiltration carcinomateuse d'architecture lobulaire faite de cellules atypiques. La patiente a été adressée au service de chirurgie carcinologique pour complément de prise en charge. Le compte rendu anatomopathologique après curage ganglionnaire axillaire gauche et exérèse chirurgicale avait conclu à un carcinome canalaire infiltrant du sein sur un sein ectopique. Le bilan d'extension était négatif. La patiente a reçu un traitement adjuvant constitué d'une chimiothérapie et une radiothérapie.

Discussion

Le développement de néoplasies mammaires sur glandes ectopiques est rare et peu décrit dans la littérature. La localisation axillaire représente 70 % des tissus mammaires ectopiques et est souvent confondue avec un lipome, un kyste ou une adénopathie. Ces néoplasies sont souvent de mauvais pronostic car l'agressivité tumorale serait plus importante que sur une glande non ectopique. Devant une tumeur cutanée axillaire, et malgré la normalité du bilan écho-mammographique des seins, il faut penser au carcinome mammaire sur sein ectopique.

Conclusion

Devant une tumeur cutanée axillaire, et malgré la normalité du bilan écho-mammographique des seins, il faut penser à un carcinome mammaire sur sein ectopique.

Atteinte unguéale dans le vitiligo : Aspects cliniques et dermoscopiques

S. Oulad Ali¹; J. Belcadi¹; L. Mezni¹; S. El Hilali²; K. Senouci¹; L. Benzekri¹

¹Service de dermatologie, Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc; ²Laboratoire de médecine communautaire, Centre Hospitalo-universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction :

Le vitiligo est une maladie auto-immune, qui se présente sous forme de troubles de la pigmentation dus à une perte de mélanocytes. L'atteinte unguéale est fréquente dans les pathologies dermatologiques auto-immunes comme le psoriasis, la pelade ou le lichen, mais dans le vitiligo, elle a été très peu décrite.

Objectifs : Décrire la fréquence et type d'anomalies unguéales retrouvées dans le vitiligo puis les comparer entre le vitiligo segmentaire et non segmentaire ainsi qu'aux données de la littérature.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale analytique réalisée sur une période de 18 mois. Pour chaque patient, un examen clinique et dermoscopique des ongles des mains a été réalisé, ainsi que du reste du corps en dermoscopie et en lumière de Wood afin d'évaluer l'activité. Un bilan biologique a été demandé : NFS, ferritine, vitamine D et B et bilan thyroïdien. Critères d'exclusion : ongles des pieds (onychomycose, friction), autre pathologie dermatologique à tropisme unguéal.

Résultats :

Au total, nous avons recruté 134 patients. L'âge médian était de 35 ans. On avait une nette prédominance féminine (71%). La durée médiane d'évolution était de 4 ans, et 47 % des patients avaient un vitiligo actif. Des anomalies unguéales ont été retrouvées chez 75% des patients. La médiane du nombre d'ongles atteints était de 2 ongles par patient. Parmi les 134 patients, 100 avaient un vitiligo non segmentaire et 34 un vitiligo segmentaire. Les anomalies les plus fréquentes étaient l'absence de lunule sur le pouce (27,6%), les hémorragies filiformes (27,6%), la leuconychie (25,4%) et les stries longitudinales (18,7%). L'absence de lunule sur le pouce était fortement associée à l'activité de la maladie ($p=0,039$) ainsi que le nombre d'ongles atteints et la durée d'évolution ($p=0,027$). L'épaississement de la cuticule était fortement associé au vitiligo non segmentaire ($p=0,012$). Discussion Dans la littérature, peu de publications se sont intéressées à l'atteinte unguéale du vitiligo. Nous avons comparé nos résultats aux 3 études faites jusqu'à présent et ils étaient en concordance en ce qui concerne les anomalies unguéales les plus fréquentes retrouvées dans le vitiligo. Le vitiligo étant une maladie auto-immune, il a été suggéré que l'ongle serait aussi une cible des lymphocytes T causant des anomalies, mais le rôle des facteurs traumatiques a également été incriminé vu qu'il est reconnu comme facteur aggravant dans le vitiligo actif. Par ailleurs, aucune étude n'a recherché l'association des anomalies unguéales à l'activité de la maladie, et nous suggérons que l'association de l'absence de lunule sur le pouce avec l'activité serait un phénomène de Koebner unguéal.

Conclusion : L'atteinte unguéale dans le vitiligo est assez fréquente d'où l'intérêt de toujours examiner les ongles d'un patient qui consulte pour un vitiligo, et on propose aussi que l'absence de lunule sur le pouce pourrait être un nouveau signe d'activité du vitiligo.

A rare case of blood and sweat...

I Chabchoub, K Sboui, M Fazzeni, S Gara, M Jones, N Litaïem, F Zeglaoui
Dermatology department, Charles Nicolle hospital, Tunis, Tunisia

Introduction

Hematidrosis is a rare disorder characterized by one or more episodes of spontaneous, bloody sweating from non-traumatized skin. It is often classified as an eccrine sweat disorder, though the precise mechanism is yet to be proven. It frequently affects young girls, typically between 9 and 15 years, under stressful situations, and probably suffering from an underlying anxiety disorder. Herein, we report a case of a 14-year-old girl, experiencing psychosocial stress, which lead to recurrent bleeding episodes .

Observation

A 14-year-old girl presented with a 3 months' history of episodic blood-like discharge from her scalp. She experienced between 3 and 5 bleeding episodes per day that occurred during both sleep and wakefulness. She did report various sensations prior to bleeding episodes that included burning or itching sensation on the scalp. The young patient had no prior medical or psychological illness and family history was negative for any bleeding disorders. Other aspects of her history were non-contributory, with the exception of the patient experiencing significant psychosocial stress and anxiety due to being recently diagnosed with a congenital heart defect. General clinical examination and all laboratory evaluations were normal. During her hospitalization in our department, four episodes were witnessed by medical staff. During these episodes, the patient was examined and no wounds were found. A smear of the fluid discharge confirmed the presence of red and white blood cells along with epithelial cells. The patient was diagnosed with hematidrosis and prescribed propranolol 20 mg daily. Psychiatric evaluation was also recommended. The episodes decreased in frequency with propranolol and psychotherapy.

Conclusion

Hematidrosis, the excretion of "bloodsweat", is a rare and mysterious phenomenon, with only a few cases reported to date. It is characterized by blood oozing from the intact skin and mucous membranes in the absence of a bleeding problem. It can occur on any part of the body from scalp to toes, but mainly affects the face, the upper limbs, and the umbilicus. Although there is no established etiology, the commonly accepted hypothesis stipulates that the capillary network surrounding the eccrine sweat glands ruptures due to stress, thus excreting blood into the sweat glands. As great stress occurs, the net-like blood vessels constrict, and when the stressor passes, the vessels dilate to the point of rupture. As sweat accumulates in the gland, it pushes the blood droplets to the surface, forming a mix of sweat and blood. Reported patients are usually young girls suffering from an underlying anxiety disorder, as in our case. Diagnosis is made by the finding of peripheral blood cell exudate of intact skin, witnessed and collected by a physician or other reliable medical personnel. It is important to carefully examine the skin to rule out self-inflicted or secondary injuries and to also differentiate this entity from chromhidrosis, vasculitis, scurvy, or other connective tissue disorders. Although there is not much data concerning the treatment of hematidrosis, the use of beta-blockers was found to be successful in most cases.

Bathing suit ichthyosis: A rare form of autosomique recessive congenital ichthyosis

Sarra Saad, Marouen Ben Kahla, Nadia Fetoui Ghariani, Maha Lahouel, Mohamed Ben Rejeb, Amina Aounallah, Najet Ghariani, Sana Mokni, Mohamed Denguezli

Abstract:

Bathing suit ichthyosis (BSI) is a very rare form of autosomal recessive congenital ichthyosis. We consider BSI a variant of lamellar ichthyosis given the lamellar appearance of the scales. BSI is due to the temperature sensitivity mutations of the TGM1 gene, coding for transglutaminase.

We report a case of an 8-years-old girl who presented to our dermatology department for a scaly condition. She was born as a collodion baby. Dermatological examination revealed thick, large and dark scales most prominent on the trunk, the neck, and the scalp. Genetic testing by direct Sanger sequencing was carried out, showing the homozygous TGM1 pathogenic variant, c.943>T which leads to the amino acid substitution p.Arg315Cys. Moisturizing creams and keratolytic agents were insufficient and additional treatment with acitretin 0.5mg/kg/d was necessary with slight improvement.

BSI is due to the temperature sensitivity mutations of the TGM1 gene, coding for transglutaminase 1, an enzyme that crosslinks the cornified envelope of mature keratinocytes. In fact, in situ TGM1 testing in patients with BSI revealed a marked decrease in enzyme activity when the temperature was increased from 25°C to 37°C. Our mutation, R315C, must be added to the 17 previously described missense mutations common to BSI and ARCI. To our knowledge, this mutation is described for the first time in the homozygous state.

Psychosomatic approach to pemphigus

Y.Tamim, Y.Berrada, S. El Hilali, S.Hamada, N.Ismaili, L.Benzekri, K.Senouci, M.Meziane

Introduction :

Pemphigus is an autoimmune blistering disease affecting the skin and mucus membranes. It is a debilitating skin condition with painful bullae and erosions, which may limit the patient's daily activities. Being a chronic disease, psychological morbidity may exist and therefore somatisation too.

Objectives

The objectives of the study were to evaluate psychosomatic disorders in pemphigus patients and identify the factors that either exacerbate or alleviate these symptoms.

Method:

The study was conducted using the arabic version of the psychosomatic questionnaire PHQ-15 (patient health questionnaire 15) administered to hospitalized patients and patients seen in consultation in the dermatology department of the CHU Ibn Sina in Rabat from July 2022 to July 2023.

Results and discussion :

Of 70 patients recruited, 68.6% were female, with a mean age of 53.1 years. 74.3% of them had comorbidities and only 3 patients were diagnosed with a psychiatric disease. The PHQ 15 score ranged from 0 to 16 with a median of 3, and 44.28% having a PHQ 15 ≥ 5 suggesting somatisation. A statistically significant association ($p < 0.05$) was found between female patients, mucosal involvement and the increase of the PHQ 15 score.

Discussion :

Psychosomatic medicine is a conceptual and pathogenic approach that acknowledges and incorporates psychological and conflict-related factors in the origin or development of physical illnesses. The term "psychosomatic" implies a connection between the psychological and the physical, as well as a distinct pattern of organization compared to neurosis and psychosis.

Pemphigus encompasses a group of yet uncommon severely disabling autoimmune skin blistering diseases characterized by painful cutaneous and/or mucosal erosions, which can be life-threatening when left untreated. Moreover, the disease often follows a chronic course in most patients, requiring prolonged treatment and being associated with multiple relapses even after achieving clinical remission. The mainstay of pemphigus therapy consists of systemic glucocorticoids and adjuvant immunosuppressive drugs, which can lead to various adverse effects. Consequently, these factors collectively contribute to significant psychological distress and morbidity among pemphigus patients.

While somatisation in pemphigus patients has not been studied, several research papers have explored the relationship between pemphigus and depression and/or anxiety, with reported incidences varying widely (28-77%). In our study, only three patients had a history of psychiatric disorders, possibly due to the lack of psychiatric consultation.

A recent study evaluated somatic disorders in psoriatic patients and found a significant association between disease severity, duration, and PHQ 15 scores, which differed from our study's findings.

Conclusion :

Our study underlines the interest of a multidisciplinary management of pemphigus involving dermatologists, psychiatrists and psychologists to improve the prognosis of the disease.

Keywords:

pemphigus- psychosomatic- somatisation.

Overview of palpebral dermatoses: clinical and dermoscopic study

S.Bellasri 1, H.El Halla 1, S.Ait Oussouss 1, I.Zouine, 1, A.Lekhlifi 2 , O.Nassaf 2, O.Moustaine 2, R.Chakiri 1

1 Dermatology Department, University Hospital Agadir, Morocco

2 Ophthalmology Department, University Hospital Agadir, Morocco

Introduction & objectives: The eyelid is at the frontier between dermatology and ophthalmology. Palpebral dermatoses often require joint management. We

present an overview of cases seen in dermatological consultations at the University Hospital of Agadir, Morocco.

Materials and methods: We conducted a prospective study from September

2021 to May 2023. The descriptive and analytical study was carried out using SPSS software.

Results: A total of 31 cases were identified. The average age was 25 years, the sex ratio

M/F of 0.35. 36.8% had a history of atopy. Inflammatory dermatoses were the eczema (16.1%), atopic dermatitis (9.6%) and irritant dermatitis (6.4%) clinically presenting a pruritic erythematous plaque surmounted by fine whitish scales. Palpebral psoriasis with an erythematous plaque surmounted by thick whitish scales and granulomatous rosacea with an erythematous plaque, fine scales, telangiectasias and pustules associated with photophobia and lacrimation. Infectious dermatoses were in second place with warts (6.4%) in the form of hyperkeratotic lesions, leishmaniasis (6.4%) with erythematous patches, fine scales and milliceric crusts; palpebral herpes and zoster with vesicles and fine scales resting on an erythematous macule associated with pain and tingling; impetigo with milliceric crusts; canaliculitis with translucent papules associated with lacrimation and finally ciliary phtiriasis with an erythematous macule associated with blepharitis.

Among benign cysts, hidrocystomas (6.4%) presented as translucent nodules with telangiectasias; milium grains (6.4%) in the form of yellowish papules; Zeiss cysts in the form of flesh-coloured nodules.

In terms of tumor dermatoses, basal cell carcinoma was the most frequent (6.4%) in the form of erythematous pearly plaques or nodules with telangiectasia and ulceration; Kaposi's tumor in the form of an erythematous purplish plaque associated with palpebral oedema; congenital nevus in the form of a translucent nodule and xanthelasma with yellowish patches. As for cicatricial pemphigoid, there was an erythematous macule and fine scales with photophobia and trichiasis.

Under the dermoscope, the most representative structures in inflammatory dermatoses

were the erythematous background, dotted vessels and whitish scales in addition to the

pustules for rosacea. Milliceric crusts, vesicles and yellowish scales were the most common in infectious dermatoses, with the characteristic starburst appearance and yellow tears in leishmaniasis. In tumor dermatoses, there was polymorphous vascularisation, more often arborescent, ulcerations, characteristic ovoid nests of basal cell carcinoma, a rainbow appearance in Kaposi's disease and lipoid deposits in xanthelasmas. Finally, in benign cysts there were structureless areas, a translucent appearance and heterogeneous vascularisation.

Discussion: Palpebral dermatoses form a diverse clinical entity, sometimes under-exploited

by dermatologists due to the numerous pathological interactions between the eye and the skin, thus diverting the initial consultations. Various clinical aspects have been discussed in the literature, and the dermoscopic characteristics found in our study are in line with the data from studies carried out in this field.

Conclusion: Dermoscopy is a great help in the diagnosis of palpebral dermatoses, enabling optimal management in conjunction with the ophthalmologist.

The influence of social networks on the treatment of hair loss

**Yasmine Rkiek (1), Ouiame El Jouari (1), Salim Gallouj (1)
Department of Dermatology, University Hospital of Tangier**

Introduction:

Interest in hair loss and its various treatments continues to grow. This condition, with its multiple etiologies and diverse classifications, often causes significant emotional distress and psychological burden for patients, leading to increased demand for effective treatments. In 2023, the YouTube platform is the second most-used website in the world, with 2.5 billion monthly active users, thanks to its video-hosting service, which allows users to watch videos in both time-shifted and live mode. In this study, we analyzed YouTube videos on the subject of hair loss to verify the information conveyed on this subject and the various treatments offered on this platform.

Materials and methods

We conducted a search on YouTube using the keywords "how to treat hair loss". Results were sorted according to their relevance. The first 120 search results were analyzed, and 9 videos were excluded because they contained a language other than French.

Results :

The ranking of the selected videos was based on the speaker's profile, number of views, recommended solutions and treatments, including natural remedies and lifestyle advice. 68% of the videos were by content creators reporting their own experience, 8% were by dermatologists, 13% by other health professionals and 11% were animations or videos with narrators. For videos by healthcare professionals, the majority of content was medical education, with 27% on telogen effluvium, 42% on androgenetic alopecia and 23% on alopecia areata. Of all the videos, 36% were considered to promote medical or nutraceutical products, featuring recommended and approved treatments such as topical minoxidil and Finasteride for AGA, as well as natural remedies mainly essential oils and Ayurvedic and homeopathic treatments. 8% of the videos covered surgical procedures for hair restoration and grafting, with their various indications.

Discussion:

Public interest in hair loss topics and treatments can be observed by examining online trends. In our research, content dedicated to the subject of hair loss treatment was largely dominated in number and popularity by videos from content creators reporting their own experiences. The information on hair loss and the various treatments provided by these YouTube videos, intended to improve patients' understanding of their condition, is not always reliable and devoid of danger, as in the case of content popularizing the prescription of drugs such as Minoxidil or Finasteride, which require medical follow-up. Thus, the integration of doctors into social networks proves necessary in order to provide patients with better access to relevant medical information and move the traditional patient-physician relationship towards greater patient autonomy.

Conclusion:

Interest in hair loss topics and treatments is growing visibly on social networks, so doctors need to do their best to keep up with this trend to help patients get the right information.

Acné

L'EFFICACITE ET LA TOLERANCE DE L'ASSOCIATION ADAPALENE-PEROXYDE DE BENZOYLE EPIDUO 0,1 %/2,5 %, GEL DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ACNÉ VULGAIRE

**S.Kabbou , O.El jouari , S.Gallouj
Service de dermatologie et vénéréologie
CHU MOHAMED 6**

INTRODUCTION

L'acné vulgaire est une affection cutanée fréquente touchant principalement les adolescents, mais aussi les adultes. Elle se caractérise par la formation de comédons, de papules, de pustules et parfois de nodules sur le visage, le dos et la poitrine. Cette condition peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie et l'estime de soi des patients. Pour cette raison, des traitements efficaces et bien tolérés sont indispensables pour améliorer la prise en charge de l'acné.

L'Adapalène est un rétinoïde de troisième génération qui exerce son action en normalisant le processus de desquamation folliculaire, réduisant ainsi la formation de comédons. Il agit également en modulant la différenciation des cellules épidermiques et en diminuant l'inflammation locale.

Le Peroxyde de Benzoyle, quant à lui, est un agent antibactérien qui agit en libérant de l'oxygène actif dans les follicules pilosébacés. Cette action aide à éliminer les bactéries responsables de l'infection des comédons et des pustules.

L'association d'Adapalène et de Peroxyde de Benzoyle est devenue une option de traitement populaire pour l'acné vulgaire en raison de ses propriétés complémentaires et de son potentiel à réduire l'inflammation et à prévenir la formation de nouvelles lésions.

Certains effets secondaires cutanés peuvent survenir lors du traitement par cette association. Cette étude vise à évaluer la tolérance et l'efficacité de l'association A-P dans la prise en charge de l'acné vulgaire.

MATERIEL ET METHODE

étude prospective, incluant des patients souffrant d'acné, répartis en deux groupes en fonction de la gravité de leur affection.

Le premier groupe comprenait 65 patients présentant une acné modérée à sévère. Ces patients ont été traités avec une combinaison de traitement oral de Tetralysal 300 mg et d'un traitement local par l'association d'adapalène 0,1 %/peroxyde de benzoyle 2,5 % (Gr A).

Le deuxième groupe était constitué de 62 patients ayant une acné légère à modérée. Ces patients ont été traités uniquement avec l'association A-P, sans traitement oral (Gr B).

La durée du traitement pour les deux groupes était de 12 semaines.

l'évaluation de l'amélioration de l'acné a été évaluée sur une échelle allant de 0 (claire) à 4 (sévère), ainsi que par le biais d'un questionnaire de satisfaction.

la tolérance a été évaluée par le biais d'évaluations de la tolérance faciale locale et des effets indésirables. À chaque visite, l'investigateur a évalué l'érythème, la desquamation, la sécheresse et les picotements/brûlures sur une échelle allant de 0 (aucun) à 3 (sévère).

RESULTAT :

Un total de 127 ont participé à cette étude, dont 84,26 % étaient des femmes. Les deux groupes de participants ont montré un taux élevé de satisfaction envers l'efficacité du traitement à la fin des 12 semaines, avec 76,3 % des patients du groupe A et 72 % du groupe B se disant "très satisfaits". La valeur p était inférieure à 0,001, ce qui suggère une différence statistiquement significative dans les taux de satisfaction entre les deux groupes.

Le traitement A-P a été bien toléré par les patients des deux groupes, et les événements indésirables liés au traitement étaient similaires dans les deux groupes, avec 19,35 % des patients du gr A et 16,12 % du groupe B signalant des événements indésirables. Cependant, cette différence n'était pas statistiquement significative.

Les effets indésirables les plus fréquents étaient la sècheresse (8,06 % grA, 9,68 % grB), l'érythème (6,45 % grA, 3,22 % grB), la desquamation (3,22 % grA, 1,67 % grB) et les picotements/brûlures (1,62 % grA, 1,7 % grB).

Parmi les 22 patients ayant signalé des effets secondaires, deux d'entre eux ont mentionné une utilisation excessive du produit, un autre a signalé une exposition solaire sans protection, tandis qu'un quatrième a rapporté l'utilisation de produits de gommage.

Ces effets indésirables étaient généralement d'une sévérité légère à modérée, et ils se sont produits au début du traitement (j1 à j14) avant de se résorber sans effets résiduels.

Aucun patient n'a dû interrompre le traitement en raison de ces effets indésirables.

DISCUSSION :

La thérapie combinée est couramment utilisée pour traiter l'acné en raison de son efficacité avérée dans le traitement de cette maladie complexe et chronique. L'association d'adapalène 0,1 % et de peroxyde de benzoyle (BPO) 2,5 %, à dose fixe, offre une approche thérapeutique combinant deux agents qui agissent de manière différente pour cibler les multiples facteurs physiopathologiques responsables de l'acné.

Nos résultats suggèrent que cette association est globalement efficace et bien tolérée, que ce soit en traitement en monothérapie ou en combinaison avec un traitement oral. Des études supplémentaires ont également confirmé ces observations, notamment une étude prospective menée sur 517 patients, qui a démontré que l'association d'adapalène et de BPO à dose fixe offrait une efficacité significativement supérieure pour le traitement de l'acné vulgaire dès la première semaine par rapport aux monothérapies, tout en présentant un profil de sécurité similaire à celui de l'adapalène seule.

Autant, des essais comparatifs ont été réalisés chez des volontaires sains (n = 25 et 170) recrutés dans deux études monocentriques. L'indice d'irritation cumulatif moyen, qui reflète l'érythème, n'était pas significativement différent entre le gel d'adapalène 0,1 %/peroxyde de benzoyle 2,5 % et le gel d'adapalène 0,1 % seul, ainsi que le gel de peroxyde de benzoyle 2,5 %. Cependant, l'indice d'irritation cumulatif moyen pour le gel de tazarotène 0,1 % était significativement plus élevé ($p < 0,05$), soulignant ainsi le bon profil de tolérance du gel d'adapalène 0,1 %/peroxyde de benzoyle 2,5 %.

Peelings au rétinol par rapport à l'acide salicylique dans la prise en charge de l'acné vulgaire active, les cicatrices post-acnéiques et l'hyperpigmentation : Une étude comparative

S.Kabbou , O.El jouari , S.Fatine , I.Talhaoui , S.Gallouj

Service de dermatologie et vénéréologie

CHU Tanger

Introduction : L'acné vulgaire est le plus fréquent motif des visites chez le dermatologue. L'acné disparaît complètement sans séquelles majeures chez la plupart des patients, mais chez quelques-uns, elle peut laisser des cicatrices défigurantes ou une hyperpigmentation.

Le peeling chimique est utilisé pour traiter l'acné depuis de nombreuses années. la présente étude, visait à déterminer l'efficacité et les effets secondaires des peelings à l'acide salicylique et du rétinol pour le traitement de l'acné, des cicatrices post-acnéiques et de l'hyperpigmentation.

Matériel et méthode : Cinquante patients souffrant d'acné faciale, de cicatrices post-acnéiques et d'hyperpigmentation ont été divisés en deux groupes, l'un recevant des peelings à l'acide salicylique toutes les deux semaines, et l'autre des peelings au rétinol toutes les quatre semaines pendant douze semaines pour les deux groupes. Le médecin traitant a procédé à une évaluation objective des résultats du traitement (score de Michaelsson) . Les patients , le médecin traitant et un observateur indépendant ont procédé à des évaluations subjectives. Les effets secondaires des deux agents ont également été notés.

Résultat : Les deux agents étaient efficaces, mais avec une supériorité de l'acide salicylique pour la plupart des lésions actives de l'acné ($p=0,001$) avec des résultats précoces (à 4 semaines), Le changement dans le score total de l'acné (semaine 0 à semaine 12) était de 54,3% avec le peeling SA et de 37,3% avec le rétinol ($P=0,001$). L'évolution des comédons (de la semaine 0 à la semaine 12) était de 65,7 % avec le peeling SA et de 28,7 % avec le peeling au rétinol, ce qui constituait une différence statistiquement significative ($p=0,001$). Les deux peelings ont entraîné une amélioration comparable et significative de l'hyperpigmentation post-acnéique ($p=0,001$), bien que le rétinol ait obtenu un meilleur résultat, avec une réduction de 49,8% à la fin de l'étude, et de 36,3 % avec les peelings SA ($p=0,001$). Il n'y a pas eu d'amélioration des cicatrices d'acné avec les deux agents .

Discussion : A notre connaissance, il s'agit de la première étude comparant les peelings a AS et au rétinol, nous avons constaté que le AS était plus efficace que le rétinol dans le traitement de l'acné vulgaire active et cela confirme les rapports sur la supériorité du SA par rapport aux peelings au jessner et à l'acide glycolique dans le traitement de l'acné active, en particulier des comédons, avec moins d'effets indésirables. Mais le rétinol a montré une plus grande efficacité dans la réduction de l'hyperpigmentation post inflammatoire, ce qui affirme son effet blanchissant sur la peau. Il n'y a pas eu d'amélioration dans les cicatrices d'acné, ce qui suggère la nécessité de peelings plus profonds. Certes, le peeling à l'acide salicylique est plus efficace pour le traitement de l'acné vulgaire , mais le rétinol par son action sur les lésions d'acné active, les hyperpigmentations post acnéique et les signes de vieillissement présente une bonne alternative pour l'acné de la femme adulte

Conclusion : En résumé, l'acné vulgaire est une maladie chronique et récidivante. Il est important d'avoir une option pour les patients qui peuvent avoir besoin d'un traitement plus agressif ou lorsque le patient ne tolère pas les médicaments courants contre l'acné.

Effacité de la dapsonne orale associée à la lumière par émission de diode dans le traitement de l'acné fulminans : une alternative à l'isotrétinoïne

H . Moata, F .Hali, S .Chiheb

Service de dermatologie vénérologie . CHU ibn rochd. Casablanca

Mots clés : Acné fulminans, dapsonne orale, lumière par émission de diode

INTRODUCTION :

L'acné fulminans est la forme la plus sévère d'acné. Sa prise en charge reste problématique surtout dans les cas induits par l'isotrétinoïne. Nous rapportons un cas d'acné fulminans induite par l'isotrétinoïne associée à un érythème noueux traitée avec succès par la dapsonne orale associée à la lumière par émission de diode .

OBSERVATION :

Un patient âgé de 18 ans, suivi pour acné nodulokystique récemment mis sous isotrétinoïnes (0,5 mg/kg /j) en association à une corticothérapie orale (0,5 mg/kg /j) de courte durée se présente pour une aggravation de la symptomatologie cutanée depuis 15 jours ,associée à un fébricule et une asthénie. L'examen objectivait des lésions nodulaires inflammatoires du visage érosives et hémorragiques par endroits , associées à une dermo-hypodermite nodulaire des 2 jambes dont la biopsie cutanée était en faveur d'une panniculite septale compatible avec un érythème noueux. Le diagnostic d'acné fulminans associée à un érythème noueux a été retenu . Le traitement par isotrétinoïnes a été suspendu. Le patient a été mis sous dapsonne orale 100 mg /j et séances bi-hebdomadaires de lumière par émission de diode avec régression des lésions d'acné au bout d'un mois et une absence de récurrence après un recul de 12 mois.

DISCUSSION :

L'isotrétinoïne a révolutionné la prise en charge de l'acné. Cependant ,une aggravation paradoxale de la symptomatologie cutanée peut être observée avec des cas décrits d'acné fulminans. De rares cas d'érythème noueux au cours du traitement par isotrétinoïne oral ont également été rapportés justifiant l'arrêt du traitement, comme chez notre patient. La dapsonne , par son action antimicrobienne contre le *Propionibacterium acnes* et son effet anti-inflammatoire inhibiteur du chimiotactisme, peut être prescrite au cours de l'acné fulminans. La lumière par émission de diode, en particulier la lumière bleue, stimule le système immunitaire contribuant à la réduction du nombre de *Propionibacterium acnes* dans la peau acnéique, et possède un effet anti-inflammatoire et biomodulateur en stimulant la production de cytokines par les kératinocytes. A notre connaissance, nous rapportons le premier cas d'acné fulminans traitée efficacement par dapsonne orale associée à la lumière par émission de diode en alternative à l'isotrétinoïne.

CONCLUSION:

La dapsonne orale associée à la lumière par émission de diode peut constituer une alternative thérapeutique efficace en cas de contre-indication ou intolérance à l'isotrétinoïne ,notamment dans les cas d'acné fulminans induite par l'isotrétinoïne.

Cicatrices pigmentées de l'acné du dos : Association de l'isotretinoïne à faible dose au peeling à l'acide trichloracétique; Un cas

Y. Taleb, S. Djoudi, I. Tablit, S. Zobiri

Service de Dermatologie et de Vénérologie du CHU Mustapha d'Alger, Algérie

Introduction :

Les cicatrices d'acné entraînent un préjudice et une altération de la qualité de vie, de traitement difficile notamment celles du dos. Le peeling à l'acide trichloracétique (TCA) est universellement utilisé depuis de nombreuses années pour traiter les hyperpigmentations cutanées et certaines cicatrices d'acné. Nous rapportons un cas montrant l'efficacité et l'innocuité de l'isotretinoïne orale à faible dose combiné à un peeling chimique au TCA à 15 % pour le traitement des cicatrices d'acné pigmentées du dos.

Observation :

Patiente âgée de 22 ans, sans antécédents particuliers, consultait pour des lésions pigmentées du dos évoluant depuis 8 ans. L'examen clinique trouvait des lésions d'acné à type de papules et de nodules érythémateux et des comédons fermés associées à des macules brunâtres disséminées du dos correspondant à des cicatrices pigmentées d'acné (Fig. 1). Le visage était épargné. Nous avons mis la malade sous Isotretinoïne à 5 mg puis à 10 mg/j associé à des séances de peeling au TCA à 15 % (une séance par mois). Après 5 mois de traitement nous avons constaté une disparition quasiment totale des lésions actives et des cicatrices pigmentées (Fig. 2) avec un recul de 6 mois.

Discussion :

Le traitement des cicatrices d'acné fait appel à plusieurs armes thérapeutiques. Le peeling au TCA est un peeling de référence en dermatologie, de part sa large et sa grande souplesse d'utilisation. L'association de l'Isotretinoïne au peeling est habituellement utilisée au niveau du visage. Le peeling du dos prend plus de temps à guérir et présente un risque plus élevé de complications par rapport à celui du visage en raison de la concentration moins élevée d'unités pilo-sébacées sur le dos. Ces unités jouent un rôle essentiel dans la réépithélialisation. Chez notre patiente nous avons opté pour l'association des deux molécules à faible concentration pour un effet synergique avec peu d'effets secondaires. Cela a permis l'amélioration des lésions et la satisfaction de la malade.

Conclusion :

L'association de l'isotretinoïne à faible dose au peeling à l'acide trichloracétique constitue une option thérapeutique intéressante dans le traitement des cicatrices pigmentées de l'acné du dos.

Références :

- 1/ Nibedita Dixit, Ajaya Jena, Randomized prospective study of low-dose isotretinoin alone and combination with salicylic acid and mandelic peel against acne tarda, J Cosmet Dermatol. 2022 Oct;21(10):4398-4404. doi: 10.1111/jocd.14973. Epub 2022 Jun 7.
- 2/ Dan Ye 1, Huan Xue, A prospective, randomized, split-face study of concomitant administration of low-dose oral isotretinoin with 30% salicylic acid chemical peeling for the treatment of acne vulgaris in Asian population, Int J Dermatol. 2022 Jun;61(6):698-706. doi: 10.1111/ijd.16127. Epub 2022 Mar 14.
- 3/ Kachiu C. Lee, MD, MPH et al, Basic chemical peeling: Superficial and medium-depth peels, J AM ACAD DERMATOL, AUGUST 2019, <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.10.079>
- 4/ A. Tosti et al. (eds.), Color Atlas of Chemical Peels, 33 DOI 10.1007/978-3-642-20270-4_5



(Fig. 1) **Avant** : acné inflammatoire et cicatrices pigmentées du dos

(Fig. 2) **Après** : après 5 mois de traitement, disparition quasitotales des lésions

Factors affecting the severity of acne scars

K.Mejjati (1),I .Chakri (2) M.Soughi (1),Z.Douhi (1) , S.Elloudi (1), H.Baybay (1), FZ .Mernissi(1)

(1) Department of Dermatology CHU Hassan II Fez

(2) Laboratory of Epidemiology and Public Health and Community Medicine

Introduction :

Scars are a frequent complication of acne lesions, which can have an aesthetic impact and important psychological repercussions. When they are severe, they constitute a real therapeutic challenge. Primary prevention is therefore essential.

Objectives :

The aim of our study was to investigate the factors influencing the severity of acne scars.

Materials and method :

This is a prospective, descriptive and analytical study from November 2019 to June 2022

Results :

Over 220 patients, 80.7% were women. The average age was 24.80 years. 30.5% had no social security coverage. A family history of acne was found in 54.7% of cases. 58.5% had phototype IV. Pigmented macular scars were predominant (83.3%), followed by atrophic scars (70.9%). Cheek scars were the most frequent (96.7%) followed by mandibular scars 84.6%. Concerning the severity of the scars, grade 2 was the most frequent.

The severity of acne scars showed a significant correlation with male gender, maternal scar history and sibling scar history. As for the clinical aspect, it seems that scars are more severe in the presence of nodules, abscesses or if the lesions are located on the forehead.

D Après : après 4 mois de traitement , disparition quasitotales des lésions

Few studies aimed at describing the factors influencing the severity of acne scars have been performed. Given the often imperfect improvement due to the average socioeconomic level of the majority of our patients, the emphasis should be placed on prevention, which remains the dermatologist's best asset

Yee-How Say et al. and Layton et al. reported that male gender was a predictive factor for the occurrence of more severe scars (1). This would be explained mainly by racial and genetic factors (2) (3).

However, there was no significant association between parental history and scar severity (1).

The particularity of our work was the study of the correlation between the severity of acne scars and the cosmetic habits. Moreover, it seems that severe forms of acne were correlated with equally severe scars. This is in line with the review of the literature by J.TAN et al, where severe forms of acne were predisposing to such severe scars (4), due to greater inflammation.

Conclusion

Our work had revealed an association between the severity of acne scars and male gender, the application of cosmetic products and severe forms of inflammatory acne. These results would allow the development of a rapid efficient approach against the occurrence of severe acne scars.

Acné de l'adulte et facteurs externes à propos de 200 cas : expérience du service

S. El-ammari, M.Soughi, Z.Douhi, S.Elloudi , H. Baybay, FZ.Mernissi
Service de dermatologie. CHU Hassan II .Fes .MAROC

Introduction :

L'acné est une maladie inflammatoire du follicule pilo-sébacé qui survient fréquemment chez l'adolescent. Sa prévalence chez l'adulte est en augmentation. Il existe deux sous-types d'acné chez cette tranche d'âge; l'acné persistante et tardive. La sévérité, la localisation et la forme clinique peuvent être affectées par différents facteurs externes ou environnementaux appelés «exposome».

Objectif :

Déterminer l'existence ou non d'une corrélation entre les **caractéristiques cliniques de l'acné de l'adulte** (*la forme clinique , localisation , sévérité*) et les **facteurs externes** les plus impliqués dans la survenue de l'acné.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique sur une période de 3 ans s'étendant de janvier 2020 à janvier 2023. Les données des patients adultes (>25 ans) suivis en consultation spécialisée acné, ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'exploitation informatisée.

Nous avons évalué les données épidémiologiques, la forme clinique de l'acné en séparant deux groupes de sévérité selon l'échelle d'évaluation globale de l'acné (GEA): acné légère à modérée (stade 1-2-3) et sévère (stade 4-5). Nous avons recherché la présence ou non de facteurs externes pouvant influencer la poussée de la maladie, sa forme clinique et sa localisation à savoir la prise médicamenteuse, les habitudes alimentaires, toxiques et cosmétiques ainsi que les facteurs environnementaux et psychosociaux. Enfin, nous avons recherché une corrélation entre ces facteurs et les caractéristiques cliniques de la maladie.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du test exact de Fisher dans le logiciel (SPSS 20.0), une valeur $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Résultats :

• **Descriptifs :**

Durant cette période, l'étude avait porté sur 200 patients, dont 90.5% étaient des femmes avec un sexe ratio H/F à 0,1. L'âge moyen était de 28,87 ans avec des extrêmes allant de 23 à 46 ans. L'âge moyen de début de l'acné était de 19,03 ans avec une durée moyenne d'évolution de 107,4 mois. Le sous type prédominant était l'acné persistante qui a été retrouvée chez 82,5% de nos patients. Sur le plan clinique 81% de nos patients avaient une acné légère à modérée et 19% avaient une acné sévère avec prédominance de la forme mixte (76%). La localisation la plus fréquente était la zone U chez 59% des cas. Parmi les femmes; 61,5% avaient un cycle régulier et 67,5% rapportaient la notion de poussées prémenstruelles. Concernant les autres facteurs externes étudiés, 5% de nos patients étaient tabagiques, 44.5% ont rapporté une poussée après exposition au soleil et 61.5% après un événement stressant. Sur le plan nutritionnel 59% de nos patients rapportaient une aggravation de leur acné par la consommation quotidienne de lait, 63,5% avaient noté une poussée après la consommation d'aliments riches en gras et 56.5% l'ont constaté après la consommation d'aliments à index glycémique élevé. 2,5% des patients prenaient des protéines de lactosérum (Whey proteins). La prise de médicaments inducteurs d'acné a été retrouvée chez 18.05% des malades. Une exacerbation a été constatée chez 29.5% des patients suite à l'application des traitements traditionnels ou de produits cosmétiques non pharmaceutiques versus 10% suite à l'utilisation de produits cosmétiques pharmaceutiques.

• **Analytique :**

Corrélation facteurs externes et sévérité de l'acné :

La consommation de lait, d'aliments riches en gras et à index glycémique élevé, ainsi que l'exposition au soleil ou à un stress intense et l'utilisation de produits cosmétiques étaient corrélés de manière significative avec la gravité de l'acné.

Corrélation facteurs externes et forme clinique :

Une corrélation statistiquement significative a été retrouvée uniquement pour l'exposition solaire et l'acné mixte et l'exposition à un stress intense avec l'acné inflammatoire ($p < 0.05$).

Corrélation facteurs externes et localisation des lésions :

La localisation de l'acné au niveau des joues a été corrélée à la consommation du lait et au tabagisme. La localisation frontale à la consommation des aliments à index glycémique élevé et à l'exposition solaire.

L'exposition à un stress intense, l'utilisation de produits cosmétiques et la prise d'antibactériens étaient plutôt corrélés à la localisation au niveau de la zone U du visage. Cependant la consommation d'aliments riches en gras ou la prise d'antidépresseurs étaient corrélés à une localisation sur tout le visage et la localisation extra-faciale était corrélée à la consommation du lait.

Conclusion :

Nos résultats montrent que les facteurs externes influencent non seulement les poussées et la gravité de l'acné chez l'adulte, mais aussi conditionnent la forme clinique et la localisation des lésions. Ainsi l'exposome est une entité à prendre en considération pour une meilleure prise en charge des patients adultes acnéiques dont le retentissement sur la qualité de vie est très important.

Acné hormonale : Profil clinico-biologique chez la femme adulte.

**Imane KACIMI ALAOUI, Meryem SOUGHI, Sara EL-AMMARI, Zakia DOUHI, Sara ELLOUDI,
Hanane BAYBAY, Fatima-Zahra MERNISSI
Service de dermatologie, CHU HASSAN II de Fes, Morocco.**

Introduction :

L'acné féminine est une pathologie fréquente, qui survient le plus souvent chez les adolescents, et qui peut persister ou survenir à l'âge adulte. C'est une maladie multifactorielle dont les androgènes jouent un rôle crucial.

Objectif de l'étude :

Décrire les profils cliniques et hormonaux des deux sous-types d'acné : persistante et tardive chez la femme adulte.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive rétro-prospective avec un recueil de données des patientes adultes acnéiques ayant des signes d'hyperandrogénie clinique et biologique, dont l'âge était supérieur à 25 ans, suivies en consultation spécialisée au service de Dermatologie du CHU Hassan II de Fès, de Janvier 2020 à Mars 2023.

Les patientes ont été divisées en deux groupes en fonction de l'âge d'apparition de l'acné : "acné persistante" (débutant à l'adolescence et se poursuivant à l'âge adulte) et "acné tardive" (apparaissant pour la 1^{ère} fois au-delà de 25 ans). Un historique personnel détaillé a été recueilli, y compris les troubles de cycles, les antécédents d'un traitement hormonal reçu,

Un système global de classification de l'acné a été utilisé pour évaluer la gravité de l'acné.

On a inclus les patientes ayant une hyper androgénie clinique (ayant une hyper séborrhée, l'hirsutisme, l'alopécie androgénique et des menstruations irrégulières), une hyper androgénie biochimique (par élévation de l'une des 3 hormones : la testostérone T, les sulfates de déhydroépiandrostérone SDHEA et 17 hydroxy progestérone 17OHP). L'hirsutisme a été diagnostiqué par un score de Ferriman Gallwey modifié de ≥ 8 . En outre, une échographie trans abdominale a été demandée chez toutes les patientes. Le SOPK a été diagnostiqué selon les critères de Rotterdam. La saisie des données recueillies sur des fiches d'exploitation était réalisée à l'aide du logiciel Excel, suivi de l'analyse descriptive et analytique à l'aide de test exact de Fisher dans le logiciel [SPSS 20.0, IBM Corp, Armonk, NY].

Résultats :

Nous avons colligé 84 patientes, suivies pour une acné ayant des signes d'hyperandrogénie clinique ou biologique, dont 71 avaient une acné persistante et 13 une acné tardive.

L'âge moyen était de 26,85 ans. Des signes d'hyperandrogénie clinique étaient présents chez 72 femmes adultes soit 95%. Des antécédents de cycles menstruels irréguliers, d'hyperséborrhée, d'hirsutisme et d'alopécie androgénétique ont été retrouvés respectivement chez 64 (76 %), 71 (84 %), 48 (57%) et 4 (4%) des patientes. Le front était le siège le plus dominant chez les deux groupes (81 %). Le bilan hormonal a été réalisé chez 69 patientes, objectivant une augmentation de la Testostérone seulement chez 48 % du groupe d'acné persistante (AP), le 17-hydroxyprogestérone 17OHP a été élevé chez 47% du groupe AP contre 25% du groupe d'acné tardive (AT), par ailleurs, les sulfates de déhydroépiandrostérone SDHEA étaient élevés chez 32% du groupe AP contre 24% du groupe AT. L'échographie pelvienne a été réalisée chez 74 patientes objectivant un syndrome d'ovaire polykystique SOPK chez 49 patientes, dont 35 étaient du groupe AP. 46

de nos patientes ont été mises sous un traitement hormonal, dont 39 étaient sous Acétate de cyprotérone et 19 étaient sous Ethinylœstradiol+ Drospirénone, tandis que 17 ont été mise sous spironolactone.

Discussion :

L'incidence de l'acné a augmenté chez les femmes au cours des dix dernières années, elle touche actuellement 20 à 30% des femmes adultes. La physiopathologie chez cette tranche d'âge se distingue de celle de l'adolescence par deux facteurs : hormonal et inflammatoire. Le facteur hormonal est caractérisé par des troubles hormonaux associés à des conséquences cliniques et biologiques. L'hyperandrogénie (HA) clinique a été définie par la présence d'une acné, d'une hyperséborrhée, d'un hirsutisme, d'une alopecie androgénétique et des cycles menstruels irréguliers. Alors que l'HA biochimique est caractérisée par des taux élevés de l'une des hormones: Testostérone ($\geq 1,89$ nmol / l), DHEAS ($> 2,75$ μ g / ml) et 17-hydroxyprogestérone 17OHP ($< 1,3$ ng/ml). Nous avons pu révéler que l'HA clinique est courante chez la femme adulte à raison de 71,67%, ce qui était similaire aux résultats de l'étude d'Uysal et coll. Cependant, nous avons constaté que l'acné persistante est distinctement différente de l'acné tardive et qu'elle présente de profondes caractéristiques hyperandrogéniques notamment une augmentation des trois hormones : la Testostérone , la SDHEA et le 17OHP, tandis que chez le groupe d'acné tardive, une élévation que des SDHEA et 17OHP a été objective , par contre le taux de testostérone était normal ou à la limite supérieure, suggérant ainsi d'autres causes endocrinologiques en dehors du SOPK, nécessitant des investigations approfondies. Le syndrome des ovaires polykystiques était plus élevé dans le groupe acné persistant (56%) ce qui rejoint les résultats de Kabiri et al, méritant une thérapie à base des antiandrogènes.

Conclusion :

L'acné de la femme adulte peut être associée à des caractéristiques hyperandrogéniques. Nos données suggèrent que l'acné persistante est distinctement différente de l'acné tardive et qu'elle présente de profondes caractéristiques hyperandrogéniques. Devant une acné persistante, il faut penser à rechercher une origine ovarienne pour déterminer la meilleure conduite thérapeutique, qui doit être instaurée le plus tôt possible afin d'éviter et contrôler les rechutes.

Place de la spironolactone dans le traitement de l'acné : expérience du service

K.Mejjati , M.Soughi , K.El Fid , Z.Douhi , S.Elloudi , H.Baybay , FZ.Mernissi

Service de dermatologie , CHU Hassan II Fès

Introduction :

La spironolactone est un antagoniste synthétique des récepteurs de l'aldostérone et un inhibiteur de la 5 alpha réductase .Elle est de plus en plus utilisée dans le traitement de l'acné vulgaire pour son action antiandrogénique .

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité de cette molécule dans le traitement de l'acné .

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive, s'étalant sur une période de 15 mois au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès, portant sur des patientes acnéiques ayant reçu un traitement par spironolactone . La sévérité de l'acné était évaluée par le grade Global Acne Evaluation (GEA) et la réponse clinique au traitement était appréciée à 3 mois ,et à 6 mois. Nous avons inclus dans notre série toutes les patientes ayant une acné inflammatoire modérée à sévère, en échec ou en cas de contre-indication au traitement local ou oral comme l'antibiothérapie, les oestrogestifs ou les isotrétinoïnes.

Résultats :

22 patientes étaient colligées, avec une moyenne d'âge à 25,22 ans. L'âge moyen des ménarches était 13 ans. L'âge de début de l'acné variait entre 11 ans et 30 ans. L'antécédent familial d'acné était retrouvé chez 56,52% des cas.

En ce qui concerne le terrain d'hyperandrogénie, 69,56 % des patientes avaient un cycle menstruel irrégulier, 60,80% rapportaient une aggravation des lésions avec les menstruations. 22,72% des patientes avaient un hirsutisme, de sévérité légère dans 60% des cas. Le bilan biologique hormonal était perturbé dans 30,76 % des cas et l'exploration échographique révélait des ovaires polykystiques dans 35,71% des cas.

Pour les traitements antérieurs reçus par nos patientes, elles avaient toutes appliqué des traitements topiques ; à type de rétinoïdes topiques dans 27,27% des cas, d'adapalène associé au peroxyde de benzoyle dans 95,45% des cas et d'antibiotiques locaux dans 4,54% des cas. 90,90% avaient également bénéficié d'un traitement oral pour leurs lésions d'acné ; dont 59,09 % avaient reçu les cyclines, 31,81% les isotrétinoïnes et 18,18% avaient reçu l'ethinyl estradiol de cyprotérone.

63,63% des patientes avaient un phototype III et 31,81 % un phototype IV. 86,36% avaient une acné mixte et 13,63% une acné inflammatoire . Concernant la sévérité des lésions , le grade III était le plus fréquent avec un pourcentage de 68,18 % suivi du grade II dans 22,72 %, et le grade IV dans 9,09 % des cas .

Un traitement local associé à la spironolactone était proposé chez toutes nos patientes, avec une posologie allant de 75mg à 100 mg .

Une rémission complète après 3 mois de traitement était notée chez 13,63% des cas , une rémission partielle chez 31,81% et un état stationnaire dans 54,54% des cas . Le traitement était arrêté avant 3 mois par 3 patientes ,suite à un inconfort digestif et une hypotension artérielle non tolérée, et chez 2 autres après 6 mois en moyenne pour un désir de grossesse .

L'évaluation à 6 mois de traitement avait montré une rémission complète dans 37,5% des cas et une rémission partielle dans 62,5% des cas . Les effets secondaires recensés étaient principalement une hypotension artérielle, une tension mammaire , des céphalées, un vertige , une polyurie et une irrégularité menstruelle ne nécessitant pas l'arrêt de traitement.

Discussion :

L'acné est l'une des maladies inflammatoires les plus fréquentes. Elle touche les adolescentes principalement et persiste fréquemment à l'âge adulte. Lorsqu'elle est modérée à sévère, les traitements systémiques s'avèrent nécessaires, notamment les cyclines ou l'isotrétinoïne.

La spironolactone, antagoniste non sélectif des récepteurs des minéralocorticoïdes avec une affinité modérée pour les récepteurs de la progestérone et des androgènes, est utilisée hors AMM depuis les années 1980 dans le traitement d'acné hormonale.

Dans notre étude, elle a prouvé son efficacité avec une réponse clinique satisfaisante dès le 3ème mois de traitement. Ceci rejoint les données de la littérature où l'efficacité de la spironolactone était maximale entre 4 à 6 mois (1). Compte rendu de son mode d'action dans l'acné, par son rôle sébotrophiant et antiandrogénique, l'effet apprécié chez nos patientes était à la fois une réduction de l'hyperséborhée et une amélioration des lésions inflammatoires.

Par ailleurs, comme rapportent les études, les effets indésirables étaient minimes ne nécessitant pas l'arrêt du traitement pour la majorité des patientes (2).

Conclusion :

La spironolactone reste alors une alternative thérapeutique sûre et efficace chez les femmes avec un profil hormonal. Quoique nos résultats étaient satisfaisants, un échantillon plus élargi est nécessaire pour obtenir des conclusions précises.

- (1) Roberts EE, Nowsheen S, Davis MDP, et al. Treatment of acne with spironolactone: a retrospective review of 395 adult patients at Mayo Clinic, 2007-2017. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34:2106-2110.
- (2) Roberts EE, Nowsheen S, Davis DMR, Hand JL, Tollefson MM, Wetter DA. Use of spironolactone to treat acne in adolescent females. *Pediatr Dermatol.* 2020;00:1-5. <https://doi.org/10.1111/pde.14391>

Exploring Traditional Moroccan Herbal Treatments for Acne: Efficacy and Cultural Perspectives

B.Amal, M.Aboudouraib, O.Hocar, S.Amal Department of dermatology, Mohammed VI University hospital, Faculty of medicine Cadi Ayyad University Marrakech.

Abstract:

This article presents an analysis of two recent studies conducted in the Moroccan regions of Agadir and Beni Mellal in 2023 and 2017, respectively, focusing on the utilization of traditional herbal treatments for acne within the local communities. Data were collected from traditional herbal shops, shedding light on the methods of diagnosing and managing acne using plant-based remedies. The findings revealed distinct variations in the plant species used based on regional and cultural differences.

In Agadir, the most commonly employed plants for acne treatment were identified as *Oryza sativa*, *Cicer arietinum*, *Citrus limon*, and *Rosa Damascena*. On the other hand, in Beni Mellal, the predominant plants were *Opuntia Ficus indica*, *Cinnamomum Camphora*, *malus domestica*, and *Nigella sativa*. These findings underscore the importance of considering the local flora and traditional knowledge when studying herbal treatments for dermatological conditions.

Furthermore, the studies assessed the efficacy of the herbal treatments through satisfaction questionnaires administered to the participants. The results demonstrated predominantly positive outcomes, indicating the potential effectiveness of these alternative remedies for acne management. Additionally, the occurrence of adverse effects was minimal, suggesting a favorable safety profile associated with the use of these herbal treatments.

Overall, this research sheds light on the diversity of herbal therapies for acne in the Moroccan context, highlighting the significance of cultural influences and regional resources in traditional medicine. The positive efficacy outcomes and low incidence of side effects provide valuable insights into the feasibility and safety of incorporating these alternative treatments into acne management strategies.

Timolol topique dans le traitement de l'érythème post-acnéique

O. Handi H. Marghadi; M. Abaoudourib O. Hocar ; S. Amal

Servive de dermatologie ,Marrakech ;Maroc

Introduction

L'érythème post inflammatoire (EIP) post acné ou cicatrices érythémateuses maculaires de l'acné sont des cicatrices de type 1 qui constituent un véritable préjudice esthétique. Les lasers vasculaires constituent le pilier du traitement de l'EIP, malheureusement ceux-là ne sont pas accessibles à tous les patients. C'est pour cette raison que nous avons mené une étude portant sur 20 patients afin d'évaluer l'efficacité du Timolol topique dans le traitement de l'EIP.

Résultats

20 patients présentant des cicatrices érythémateuses maculaires post acnéiques ont été inclus. Le timolol topique utilisé était la solution ophtalmique de maléate de timolol à 0,5 % appliquée sur les cicatrices à raison de 8 gouttes /j.

Après une période de traitement allant de 10 à 12 semaines, une amélioration clinique significative de l'érythème post-inflammatoire de l'acné a été observée chez 15 patients. 1 patient avait arrêté le traitement parce qu'il se plaignait de sécheresse cutanée .Par ailleurs aucun autre effet indésirable n'a été noté.

Discussion

L'EIP est considéré comme un signe d'inflammation persistante qui peut aboutir à la formation de cicatrices atrophiques, contrairement à l'hyperpigmentation post inflammatoire.

Le timolol est un traitement simple et peu coûteux avec peu d'effets indésirables rapportés, en particulier lorsqu'il est appliqué par voie topique. Grâce au blocage non sélectif des récepteurs β -adrénergiques, le timolol supprime les cytokines inflammatoires et provoque une vasoconstriction, ce qui atténue l'érythème dans les affections cutanées inflammatoires telle que la rosacée. Dans un rapport de cas, Afra et ses collègues ont étudié l'impact du timolol topique chez une patiente présentant un EIP et ont constaté une amélioration clinique significative après 8 semaines de traitement.

Par ailleurs, le timolol topique appliqué après TCA-CROSS et laser fractionné chez les patients présentant des cicatrices atrophiques d'acné s'est avéré efficace dans la réduction de l'inflammation selon une étude récente en double aveugle mené par Reda et al.

Conclusion

Notre étude montre que le timolol topique peut être une alternative thérapeutique sûre et efficace contre l'EIP post acné.

L'efficacité et la tolérance de la photothérapie par Light-Emitting Diode dans le traitement de l'acné vulgaire légère et modérée.

**Massaoudi Chaima, Chamli Amal, Malek Mrad, Salima Mami, Hammami Houda, Zaouak Anissa, Fenniche
Samy**

Service de dermatologie de l'hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunisie

Introduction :

L'acné est une dermatose inflammatoire fréquente qui atteint plus que 85% des adolescents. Les traitements comprennent essentiellement les rétinoïdes et les antibiotiques systémiques et locaux. La présence de plusieurs effets secondaires à type de sécheresse cutanée, de photosensibilité et l'émergence des résistances bactériennes a conduit à une plus grande utilisation de la photothérapie par Light-Emitting Diode (LED) avec une combinaison de la lumière bleue et rouge. **But :** Le but de notre étude était de déterminer l'efficacité et la tolérance du LED dans la prise en charge de l'acné inflammatoire légère et modérée.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective colligeant 12 patients présentant une acné vulgaire légère ou modérée selon le score d'évaluation de Burton. Les patients inclus ont reçu 4 séances de LED de 20 minutes à un intervalle de 7 jours avec une combinaison de la lumière bleue de 415 nm et la lumière rouge de 633 nm. Les patients inclus n'avaient pas utilisé de traitement topique, oral ou systémique depuis deux semaines et n'avaient pas reçu de rétinoïdes oraux depuis six mois avant le début de l'étude. L'évaluation clinique a été effectuée par comptage des lésions et par des photographies à l'aveugle avant le traitement et à 1, 4 et 8 semaines après le traitement final. La durée de l'étude était de 6 mois. **Résultats :** Douze femmes ont été incluses. L'âge moyen était de $24 \pm 5,5$ ans. Onze patientes avaient un phototype IV et une patiente avait un phototype III. Six patientes avaient une acné légère selon le score d'évaluation de Burton et 4 patientes avaient une acné modérée. Une réduction du nombre de lésions a été observée à chaque évaluation de suivi avec une réduction de 15 % après la 1ère séance et de 40% après la 4ème séance (Figure 1-6). Une réduction statistiquement significative du nombre des lésions inflammatoires a été objectivée entre la 1ère semaine avant le traitement et la 8ème semaine après la fin du traitement ($P < 0,05$). Il n'y avait pas réduction statistiquement significative du nombre des lésions non inflammatoires entre la 1ère semaine avant le traitement et la 8ème semaine après la fin du traitement ($P=0,156$). Il n'y avait pas d'effets indésirables notés au cours de l'étude.

Conclusion : La photothérapie par Light-Emitting Diode (LED) est efficace dans un large éventail d'affections médicales et esthétiques rencontrées dans la pratique dermatologique. Elle permet à elle seule d'obtenir une amélioration de l'acné légère et modérée et peut être une alternative au traitement

Eruption acnéiforme induite par les anti-EGFR : à propos d'une série de cas

Arij Lissir, Faten Rabhi, Malek Ben Slimane, Sofia Gharbi, Kahena Jaber, Aberraouf Dhaoui

INTRODUCTION

Les inhibiteurs du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) occupent une place importante dans le traitement des cancers avancés du poumon, du colon, du rectum, du pancréas et des voies aérodigestives supérieures. Ils sont souvent responsables d'une toxicité cutanée qui peut affecter considérablement la qualité de vie des patients et causer l'arrêt du traitement. Le but de notre travail était de décrire les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de l'éruption acnéiforme induite par les anti-EGFR.

MATERIELS ET METHODES

Notre étude est rétrospective colligeant les cas d'éruption acnéiforme induite par les anti-EGFR observés dans notre service. La sévérité de l'éruption cutanée a été évaluée selon la version 4.0 de l'échelle de sévérité de la National Cancer Institute's Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE).

RESULTATS

Nous avons colligé six cas. L'âge moyen était de 54 ans. Quatre patients ayant un cancer du côlon métastatique étaient traités par cétuximab. Deux patients ayant un cancer du poumon étaient sous erlotinib. La présentation clinique était faite de papules et papulo-pustules inflammatoires. Chez une patiente traitée par cétuximab, l'atteinte cutanée était sous forme d'un érythème recouvert de squames jaunes épaisses craquelées, parsemé de pustules folliculaires. Les lésions étaient localisées au niveau du visage dans tous les cas, du cou dans deux cas et de la nuque dans un cas. Elles étaient plus extensives atteignant le tronc, les avant-bras et les jambes dans un cas traité par cétuximab. La sévérité de l'éruption était de grade 2 dans quatre cas, de grade 1 et 3 dans un cas respectivement. En collaboration avec les oncologues, le traitement anti-EGFR n'était pas modifié. Cinq patients étaient traités par les cyclines associées à des crèmes apaisantes. L'association adapalène/péroxyde de benzoyl était prescrite chez un patient ayant une éruption de grade 1. L'évolution était marquée par une régression partielle des lésions dans quatre cas et totale dans deux cas. Les patients traités par cétuximab présentaient une poussée lors de chaque ré-administration intraveineuse du traitement.

DISCUSSION

L'EGFR appartient à une famille de récepteurs tyrosine kinase qui régulent la différenciation et la prolifération des cellules tumorales. Il peut être inhibé par des anticorps monoclonaux (cétuximab, panitumumab) ou par des molécules inhibitrices de la tyrosine kinase (erlotinib, gefitinib). Il est également exprimé dans des tissus normaux, tels que l'épiderme et les follicules pileux. Les effets secondaires cutanés des anti-EGFR sont très fréquents. L'éruption acnéiforme est l'effet cutané le plus fréquent. Il s'agit d'une réaction dose-dépendante. Elle apparaît durant les deux premières semaines de traitement, avec une intensité maximale entre la deuxième et la troisième semaine. Elle se voit avec tous les anti-EGFR mais elle est plus fréquente et plus sévère avec les anticorps monoclonaux. Cliniquement, les lésions sont des papules et des papulopustules folliculaires, souvent prurigineuses, voire douloureuses. Elles siègent au niveau des zones d'hyperséborrhée. Rarement, elle peut être extensive atteignant les membres ; comme dans le cas d'un patient de notre série. Cette éruption peut être distinguée de l'acné vulgaire par l'absence de comédons et l'aspect monomorphe des lésions inflammatoires. La guérison est constante à l'arrêt de l'anti-EGFR. Des poussées peuvent survenir après chaque ré-administration intraveineuse, comme dans les cas de patients sous cétuximab de notre série. Le traitement est basé sur les dermocorticoïdes et les cyclines. Bien qu'elle affecte la qualité de vie des patients, cette éruption acnéiforme semble être associée à une bonne activité antitumorale et pourrait être un marqueur de pronostic.

La reconnaissance précoce et la prise en charge efficace de cet effet indésirable peuvent éviter un arrêt du traitement oncologique et améliorer la survie et la qualité de vie des patients.

Acné induite : une série hospitalière de de 46 cas

Introduction : L'acné induite est une forme d'acné définie par l'apparition d'une éruption acnéiforme après une prise médicamenteuse. Le médicament en cause peut être administré par voie orale, appliqué par voie topique ou même inhalé. L'acné induite est caractérisée par un aspect monomorphe inflammatoire avec une atteinte au-delà des zones séborrhéiques. L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques cliniques et évolutives de l'acné induite et les éventuelles spécificités quant aux molécules impliquées.

Méthodes : Etude rétrospective et monocentrique, incluant tous les cas d'acné induite collectés dans le service de dermatologie de l'hôpital Habib Thameur sur une période de 6 ans (2016-2022).

Résultats : Quarante-six patients étaient inclus, l'âge moyen était de 26 ans [15-56 ans], il y avait 17 hommes et 29 femmes. Cliniquement, une éruption inflammatoire monomorphe papuleuse pustuleuse a été notée dans 40 cas, une extension au-delà des zones séborrhéiques a été retrouvée dans 36 cas. Il s'agissait d'une apparition brutale de l'acné en l'absence des antécédents d'acné vulgaire dans 12 cas et d'une poussée de gravité inhabituelle chez des patients ayant une acné légère à modérée préexistante dans 34 cas. Une prise d'un médicament inducteur d'acné a été retrouvée dans tous les cas. Il s'agissait d'une prise de glucocorticoïdes par voie systémique (n=18), d'un traitement antituberculeux (n=12), d'un traitement antiépileptique (n=4), des hormones anabolisantes, des anti-TNF et de l'azathioprine dans deux cas chacun. Une application de dermocorticoïdes au niveau du visage a été responsable d'une acné papulo-pustuleuse dans 6 cas. L'arrêt du traitement inducteur n'était pas possible dans la majorité des cas (n=37). Un traitement local a été privilégié (n=40), un antibiotique par voie systémique (doxycycline) a été associé dans 10 cas. L'arrêt du médicament responsable a été indiqué dans 10 cas avec une bonne évolution. L'amélioration était partielle dans le reste des cas.

Discussion : Notre série est caractérisée par l'âge jeune des patients. Il s'agissait dans la majorité des cas d'une poussée sévère chez des patients ayant une acné préexistante. EN effet, le rôle inducteur d'acné des médicaments est plus important chez la population jeune déjà prédisposée à développer une acné. La corticothérapie générale est le traitement le plus fréquemment responsable de l'acné, ceci peut être expliqué par l'utilisation fréquente de ce traitement dans des différentes indications (inflammatoire, auto-immune) suivi par les traitements antituberculeux en raison du caractère endémique de la tuberculose dans notre pays. Pour les topiques, une acné cortico-induite par automédications par des corticostéroïdes est responsable d'une aggravation d'une acné préexistante. Des nouveaux traitements s'ajoutent à la liste des traitements inducteurs de l'acné comme les anti-TNF qui sont de plus en plus utilisés. La prise en charge de l'acné induite nécessite une collaboration entre le dermatologue et les différentes spécialités impliquées dans la prescription des médicaments inducteurs de l'acné. Le gold standard repose sur l'arrêt du médicament inducteur quand c'est possible, en plus de l'utilisation des topiques anti acnéique.

Conclusion : L'acné induite constitue un effet secondaire fréquent de nombreux médicaments. La liste des médicaments qui provoquent ou précipitent l'acné est de plus en plus longue, avec des nouveaux traitements qui s'ajoutent à la liste, en particulier les thérapies ciblées notamment les anti-TNF. Il est donc essentiel d'avoir les antécédents pharmacologiques détaillés et de procéder à un examen physique approfondi pour distinguer les éruptions acnéiformes de l'acné vulgaire.

PPD : un allergène toujours agressif

Y.Berrada¹, Y.Tamim¹, K. Senouci¹ N. Ismaili¹

¹Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc

Introduction :

La dermatite de contact ou eczéma de contact est une réaction cutanée résultant de l'exposition à des substances allergènes provoquant une dermatite de contact allergique ou irritantes entrant dans le cadre d'une dermatite d'irritation.

L'eczéma des paupières constitue un motif fréquent de consultation et touche de façon prédominante les femmes.

Nous rapportons le cas d'une jeune patiente présentant un eczéma de contact suite à l'application d'une teinture capillaire au niveau des sourcils.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 23 ans, sans antécédents particuliers, ayant une notion d'application antérieure d'une teinture capillaire.

La patiente consulte pour une éruption vésiculeuse prurigineuse des paupières survenant 5h après utilisation d'une teinture capillaire.

Le tableau clinique était marqué par l'apparition de deux placards érythémateux oedémateux des deux sourcils et arrivant jusqu'à la paupière inférieur.

Le reste de l'examen clinique notamment l'examen ophtalmologique était sans particularité.

Le diagnostic d'un eczéma de contact au paraphénylène-diamine (PDD) a été suspecté et la patiente a été mise sous dermocorticoïdes avec bonne évolution clinique.

Discussion :

Les colorations permanentes, encore appelées «teinture d'oxydation» permettent une coloration permanente des cheveux, cependant, indépendamment des différents effets esthétiques attendus, ces produits de coloration contiennent des molécules allergisantes comme la PPD.

Cette molécule découverte pour la première fois en 1909 est connue comme capable de produire des réactions allergiques, dont certaines sont graves. Deux types de réactions allergiques sont possibles selon la classification de GELL et COOMBS : les plus fréquentes sont les réactions allergiques retardées de type IV, suivi des réactions allergiques immédiates de type I, immunoglobulines E (IgE) dépendantes.

Ces réactions allergiques se traduisent, dans la majorité des cas, par un eczéma de contact qui survient quelques heures voire quelques jours après la réalisation de la coloration.

Les dermocorticoïdes restent le traitement local de première intention des eczémas causés par les produits cosmétiques.

Conclusion :

L'intérêt de notre observation est de montrer l'importance de la sensibilisation des jeunes sur les teintures capillaires fréquemment utilisés. Ainsi une meilleure législation sur la pratique des teintures et le contrôle des préparations sont indispensables.

Dermatite de contact professionnelle au mélange de thiurames chez le personnel de santé

Ghenim A¹, Kacem I¹, Moussa A¹, Saad S², Ghariani Fetoui N², Chouchane A¹, Bouhoula M¹, Aloui A¹, Brahem A¹, Kalboussi H¹, El Maalel O¹, Chatti S¹, Ghariani N², Denguezli M², Maoua M¹, Mrizak N¹.

1- Service de Médecine du Travail, Hôpital Universitaire Farhat Hached Sousse

2- Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire Farhat Hached Sousse

Introduction : Les dermatites professionnelles sont très fréquentes dans le secteur de la santé. Les agents incriminés sont nombreux. Elle est souvent multifactorielle et son pronostic socioprofessionnel est souvent sombre.

Objectif: Décrire les aspects socioprofessionnels et cliniques des personnels de santé présentant une dermatite de contact (DC) au thiuram-mix.

Méthodes : Une étude descriptive rétrospective a été menée à l'unité de dermato-allergologie du service de médecine du travail du CHU Farhat Hached de Sousse, sur une période de 7 ans (du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2019). Nous avons inclus tous les cas de dermatite de contact (DC) au mélange de thiurames diagnostiqués chez nos professionnels de santé.

Résultats : Au total, 13 cas de dermatite de contact au mélange de thiurames chez des travailleurs de la santé ont été recensés (soit une prévalence de 8,57 %). L'âge moyen était de 39 ans avec une prédominance féminine (79%). Notre population était principalement représentée par des travailleurs polyvalents (61,5 %). Des antécédents personnels d'allergie ont été notés chez 53,8 % des patients. La localisation la plus fréquente était les mains, suivies des poignets pour respectivement 76,9 % et 53,8 % des patients. Les lésions érythémato-squameuses étaient l'aspect le plus souvent rapporté de l'allergie avec un délai d'apparition de moins d'un an chez 46,2 % des patients. Des gants ont été utilisés chez 92,3 % des patients.

Conclusion : Une collaboration étroite entre les services d'hygiène hospitalière, de médecine du travail et de pharmacie est nécessaire pour maîtriser les risques liés à l'utilisation des gants.

Co-sensibilisants et pertinence des tests épicutanés chez les patients allergiques au Kathon-CG

Ghenim A¹, Kacem I¹, Saad S², Ghariani Fetoui N², Said El Mabrouk R², El Maalel O¹, Moussa A¹, Mosbah H¹, Bouhoula M¹, Chouchane A¹, Brahem A¹, Kalboussi H¹, Chatti S¹, Ghariani N², Denguezli M², Maoua M¹, Mrizak N¹

1- Service de médecine du travail, CHU Farhat Hached Sousse

2- Service de dermatologie, CHU Farhat Hached Sousse

Introduction : Kathon CG, un mélange de méthylchloroisothiazolinone et de méthylisothiazolinone (MIT), est un conservateur efficace largement utilisé dans les cosmétiques, les produits ménagers, les peintures à base d'eau et les huiles industrielles... Le potentiel sensibilisant de ce biocide a été établi et nous visons par cette étude à évaluer la pertinence de la positivité des patch-tests ainsi que des co-sensibilisateurs détectés lors de l'exploration dans les cas sensibilisés au Kathon CG.

Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective de tous les cas de DCA au Kathon CG colligés à l'unité de dermato-allergologie du service de médecine du travail du CHU Farhat Hached de Sousse, entre janvier 2000 et décembre 2019.

Résultats : Durant la période d'étude, 74 cas de DCA au Kathon CG ont été collectés, soit 3,41% de l'ensemble des cas de DCA déclarés durant la même période. Le taux de positivité le plus élevé a été enregistré en 2020, avec une augmentation progressive du nombre de cas de 1,9% en 2000 à 13,9% en 2019. L'âge moyen de la population était de $38,36 \pm 15$ ans. Le sex-ratio était de 1. Les DCA à Kathon CG étaient associées au chrome (16,2 %), aux mélanges de parfums (13,5 %), au formaldéhyde (12,1 %) et aux parabènes (10,8 %). La pertinence actuelle a été établie chez 71,6 % des sujets (n=53).

Conclusion : Le nombre de cas de DCA avec Kathon CG continue d'augmenter, nécessitant une intervention multidisciplinaire afin de mettre en place une stratégie de prévention technique et médicale et de renforcer la réglementation de son utilisation.

Dermatite de contact allergique à la lanoline dans une unité de dermatologie allergologique

Amal Ghenim^{1,2}, Asma Chouchane^{1,2}, Sarra Saad^{1,4}, Marwa Bouhoula^{1,2}, Asma Aloui^{1,2}, Asma Gaddour^{1,3}, Maher Maoua^{1,2}, Aicha Brahem^{1,2}, Houda Kalboussi^{1,2}, Olfa El Maalel^{1,2}, In Kacem^{1,2}, Mohamed Denguezli^{1,4}, Souheil Chatti^{1,2}.

1. Faculté de médecine de Sousse ,4002 Sousse, Tunisie
2. Service de médecine du travail et de pathologies professionnelles, CHU Farhat Hached Sousse
3. Service de médecine du travail et de pathologies professionnelles, Hôpital Ibn El Jazz Kairouan
4. Service de dermatologie , CHU Farhat Hached de Sousse

Objectifs : La lanoline est un mélange complexe, trouvée sur la laine du mouton, puis purifiée employée à des fins thérapeutiques ou cosmétiques grâce à ses propriétés émoullissantes émulsifiantes. Elle a toutefois fait l'objet de controverses quant à son potentiel allergisant. Le but de cette étude est de décrire les caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients atteints de la dermatite de contact allergique (DCA) à la lanoline.

Matériel et Méthodes : Étude descriptive transversale réalisée sur 28 ans et portant sur les patients ayant consulté à l'unité de dermato-allergologie du service de médecine du travail du CHU Far Hached de Sousse pour exploration d'une DCA et présentant un patch test positif à la Batterie Standard Européenne (BSE) à la lanoline.

Résultats : Au total, 90 cas de sensibilisation à la lanoline ont été recensés. Le maximum de cas de DCA à la lanoline était recueilli en 2013 (n=43). Le sex ratio était de 1,19. L'âge moyen était de 38,44±12,5 ans. La localisation initiale prédominante était les mains (n=58). La majorité des patients était droitier (87,6%). Les antécédents personnels allergiques étaient cutanés chez 22 patients dont neuf eczémas atopiques, six urticaires, cinq dermatites de contact et respiratoires chez 22 patients. Une atopie familiale a été notée chez 17,8% des cas. Les aspects cliniques retrouvés étaient : érythémato-vésiculeux (32,2%), érythémato-squameux (14,4%), suintant (18,9%), fissuraire (8,9%), érythémateux (6,7%), kératosique (6,7%), lichénifié (3,3%) et bulleux (1,1%). Les co-allergènes étaient essentiellement la colophane et le mercapto mix. Les deux secteurs d'activité les plus touchés sont le secteur agricole et le secteur textile. Six patients ont bénéficié d'une déclaration de la DCA en maladie professionnelle.

Dermatite de contact allergique chez le personnel de nettoyage :

Particularités cliniques et étiologiques

Ghenim A¹, Kacem I¹, Saad S², Ghariani Fetoui N², Said El Mabrouk R², Moussa A¹, Chouchane A¹, Aloui A¹, Bouhoula M¹, Brahem A¹, Kalboussi H¹, El Maalel O¹, Chatti S¹, Ghariani N², Denguezli M², Maoua M¹, Mrizak N¹

1- Service de médecine du travail, CHU Farhat Hached Sousse

2- Service de dermatologie, CHU Farhat Hached Sousse

Introduction : La dermatite de contact allergique (DCA) chez le personnel de nettoyage est fréquente en raison de leur exposition répétée à des agents sensibilisants et elle peut avoir un impact important sur l'emploi, l'économie et la qualité de vie des patients.

L'objectif de cette étude était de décrire les particularités cliniques et étiologiques de la dermatite de contact allergique chez le personnel de nettoyage.

Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive de tous les cas de DCA affectant le personnel de nettoyage, recueillis dans l'unité de dermato-allergologie de l'hôpital universitaire Farhat Hached de Sousse sur une période de 10 ans.

Résultats : Au total, 36 cas de DCA dans le secteur du nettoyage ont été colligés, soit une fréquence de 62,1 % de l'ensemble des dermatoses dans ce secteur durant la période d'étude. Les lésions des mains étaient prédominantes dans 69,4 % des cas, avec une atteinte bilatérale chez 88,8 % des travailleurs. Les lésions érythémato-vésiculeuses et érythémato-squameuses étaient les plus fréquentes dans 77,7 % et 58,3 % des cas respectivement. Les allergènes les plus fréquemment trouvés étaient le nickel dans 24,1 % des cas, suivi par le bichromate de potassium et le mélange de thiurames dans 20,7 % et 10,3 % des cas respectivement. L'origine professionnelle a été envisagée dans 12,1 % des cas.

Conclusion : Bien que la fréquence de la DCA soit sous-estimée, il s'agit d'une source importante de morbidité dans le secteur du nettoyage. Une stratégie de prévention adéquate est essentielle pour réduire l'incidence de cette affection et éviter les complications de la maladie et la perte d'emploi.

Eczéma de contact des pieds : L'importance des tests cutanés personnalisés pour détecter les allergènes rares

K Sboui, O Belhadj, I Lahouel, F Amri, M Youssef, H Belhadjali, J Zili
Service dermatologie, CHU Monastir, Tunisie

Introduction :

L'Eczéma de contact des pieds est souvent traité de manière symptomatique, sans qu'une enquête étiologique appropriée ne soit réalisée. Identifier l'agent causal revêt une grande importance pour confirmer l'origine allergique et mettre en place des mesures d'éviction adaptées. Nous rapportons un cas d'eczéma de contact aux chaussures avec forte suspicion de l'implication de l'acétophénone azine (AA) chez une patiente aux antécédents de dermatite atopique (DA).

Observation :

Une enfant atopique de 5 ans nous a été adressée pour dermatite hyperkératosique et fissuraire sévère des deux pieds qui avait commencé peu après le port d'une paire de baskets, doublées d'une semelle en mousse bleue. La notion d'aggravation à la suite du port d'une autre paire de tongs a été rapportée. Cette atteinte bilatérale et symétrique, siégeait essentiellement au niveau de la face dorsale des orteils et la face plantaire des avant-pieds. Un eczéma de contact des pieds a été suspecté. Des patch-tests cutanés ont été réalisés avec les allergènes de la batterie standard européenne montés sur des chambres de patch-test et occlus pendant 2 jours. En outre, des morceaux de la mousse bleue interne des baskets (semelle bleue) et de la semelle des tongs (semelle verte) ont été testés, tels quels, humidifiés avec de l'eau. Une autre semelle de chaussures personnelles (semelle rose), qui n'était toutefois pas en mousse, a également été testée. Tous les tests ont été retirés à J2 et lus à J2 et J3. Des réactions positives aux morceaux de la mousse bleue contenue dans les baskets et de la semelle des tongs ont été observées à 48h et 72h (réactions ++ dans les deux cas). Les autres tests sont revenus négatifs. La patiente a été mise sous dermocorticoïdes avec bonne évolution clinique.

Discussion:

La composition des chaussures comprend de nombreux produits potentiellement allergisants, tels que les accélérateurs de la vulcanisation et les antioxydants du caoutchouc, les agents tannants du cuir, les colles, les teintures, les plastiques, ou le nickel. La variété des allergènes potentiels est vaste, et bien que la plupart puissent être identifiés grâce à la batterie standard européenne et la batterie des caoutchoucs, les changements dans la composition des matériaux de chaussures signifient que l'utilisation de séries allergènes de base peut ne pas suffire à détecter certains cas. Il est alors essentiel de prélever des échantillons des chaussures que le patient porte régulièrement pour réaliser des tests personnalisés. Cela peut permettre de détecter des allergènes inconnus, rares, ou nouveaux qui ne sont pas testés de routine. Des rapports récents ont évoqué l'AA comme un allergène incriminé dans l'eczéma de contact des pieds. Ce composé biocide est formé « de novo » par la combinaison d'acétophénone et d'hydrazine hydrate dans les mousses ce qui rend son étiquetage absent, et il n'est pas encore commercialisé. Il peut être présent dans les mousses des chaussures, y compris les tongs et les semelles des baskets. L'utilisation d'interface par des chaussettes n'est pas toujours efficace pour prévenir les réactions allergiques. Dans ce cas particulier, une forte présomption de la présence d'AA dans les semelles en mousse a incité à réaliser des tests personnalisés, ce qui a permis de pallier l'absence d'allergènes dans les séries standard. Notre suspicion est renforcée par le fait qu'aucune réaction positive n'a été observée en réponse aux semelles roses, qui, contrairement aux autres, n'étaient pas en mousse. Ce cas met en aussi en évidence l'importance de considérer la possibilité d'une dermatite de contact liée aux chaussures chez les patients atteints DA, car l'eczéma de contact des pieds peut s'accompagner de lésions à distance qui pourraient être erronément interprétées comme une exacerbation de leur DA.

Conclusion :

La diversité des allergènes potentiels dans la composition des chaussures, y compris les allergènes rares ou nouveaux tels que l'AA, souligne l'importance des tests cutanés personnalisés pour détecter ces agents et confirmer le diagnostic. Les mesures d'éviction appropriées permettent d'améliorer nettement la qualité de vie des patients.

Particularités de la dermatite de contact allergique à la néomycine

Amal Ghenim², Asma Chouchane^{1,2}, Sarra Saad^{1,4}, Asma Aloui^{1,2}, Asma Gaddour^{1,3}, Marwa Bouhoula^{1,2}, Maher Maoua^{1,2}, Aicha Brahem^{1,2}, Houda Kalboussi^{1,2}, Olfa El Maalel^{1,2}, Imen Kacem^{1,2}, Mohamed Denguezli^{1,4}, Souheil Chatti^{1,2}

1. Faculté de médecine de Sousse ,4002 Sousse, Tunisie

2. Service de médecine du travail et de pathologies professionnelles, CHU Farhat Hached de Sousse

3. Service de médecine du travail et de pathologies professionnelles, hôpital Ibn El Jazzar, Kairouan

4. Service de dermatologie, CHU Farhat Hached de Sousse

Objectifs : Les antibiotiques topiques, faisant parfois partie de l'arsenal thérapeutique des dermatites de contact allergiques (DCA) peuvent eux-mêmes en être à l'origine. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et médicales des sujets atteints de la DCA à la néomycine.

Matériel et méthodes : Étude descriptive transversale réalisée sur 24 ans, portant sur les sujets ayant consulté à l'unité de dermato-allergologie du service de médecine du travail du CHU Farhat Hached de Sousse dans le cadre de l'exploration d'une DCA et ayant présenté un patch test positif à la néomycine à la Batterie Standard Européenne.

Résultats : Au total, 69 cas de sensibilisation à la néomycine ont été recensés dont 65,2% étaient de genre masculin. L'âge moyen était de $40,13 \pm 11,62$ ans. Le secteur d'activité le plus touché était le secteur de la santé. Les antécédents cutanés personnels les plus retrouvés étaient les mycoses et l'urticaire. L'atopie familiale a été notée chez 14 sujets. La localisation initiale était essentiellement au niveau des mains (86,1%). L'aspect clinique le plus retrouvé lors du diagnostic était l'aspect fissuraire (17,4%) suivi par l'aspect érythémato-squameux (15,9%). Les allergènes, le plus fréquemment associés à la néomycine, étaient : le bichromate de potassium, la fragrance mix, le formaldéhyde et le cobalt. Huit cas ont été déclarés en tant que maladie professionnelle.

Conclusion : La néomycine est l'une des causes de DCA aux médicaments qui cause fréquemment la co-sensibilisation à plusieurs allergènes. L'origine professionnelle doit toujours être envisagée dans le cas d'une rythmicité avec le travail.

L'eczéma bulleux : à propos d'un cas clinique

E. B.M. Keby Da Costa, E. El Bakali, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira

**Service de Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Université Mohammed V,
Rabat**

Introduction :

L'eczéma bulleux est une forme clinique d'eczéma qui touche principalement les extrémités. Elle se présente sous forme d'une dermatose vésiculo-bulleuse, avec la présence de vésicules et de bulles tendues sur les paumes et les plantes. L'origine exacte de la dyshidrose n'est pas réellement connue, mais selon certains auteurs, plusieurs facteurs de risques ont été discutés. Le stress, l'anxiété et la fatigue peuvent aussi jouer un rôle dans l'apparition de ce type d'eczéma. Enfin, cela peut être dû à une réaction allergique par des produits chimiques suite à un contact direct avec les peaux sensibles.

Observation :

Une fille de 15 ans, sans antécédents notables, consultait pour des lésions bulleuses des jambes. Ces lésions évoluaient depuis une semaine, précédées de sensation de cuisson et de prurit, sans fièvre ni arthralgies. La patiente rapportait une poussée similaire survenue 1 an auparavant et spontanément résolutives.

L'interrogatoire ne révélait pas de prise médicamenteuse, de piqûre d'insecte ou d'application de topiques. L'examen clinique révélait la présence de bulles tendues de grande taille, à contenu clair. Les bulles étaient localisées sur le jambe gauche. Le signe de Nikolsky était négatif. Il n'y avait pas d'atteinte muqueuse associée. Le reste de l'examen somatique était sans particularités. Le bilan biologique ne montrait pas d'hyperéosinophilie, d'anémie ou de syndrome inflammatoire biologique. L'étude histologique montrait un épiderme bien conservé dépourvu de nécrose ou d'exocytose mais légèrement décollé par un œdème dermique superficiel. Le reste de la peau contenait un infiltrat inflammatoire polymorphe important, très riche en polynucléaires éosinophiles avec présence de foyers en flammèches du collagène dermique et absence de lésions de vascularite. Le diagnostic d'eczéma bulleux a été retenu et la patiente été mise sous dermocorticoïde avec bonne évolution.

Discussion :

L'eczéma bulleux, ou dyshidrose, est une affection dermatologique qui se caractérise par l'apparition des bulles au niveau des mains et des pieds principalement. Cette affection cutanée provoque des démangeaisons intenses, une sensation de brûlure et des desquamations. L'atteinte des membres est inhabituelle, et fait discuter plusieurs diagnostics différentiels. Il existe un facteur favorisant bien connu, Le traitement repose sur les dermocorticoïdes.

Dermatoses bulleuses

PEMPHIGUS SUPERFICIEL INDUIT PAR LE VALPROATE DE SODIUM : À PROPOS D'UN CAS

Meryeme BOUTAAROURT, Ouiame EL JOUARI, Salim GALLOUJ

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Mohamed VI de Tanger

INTRODUCTION

Les pemphigus superficiels représentent environ 20% des cas de pemphigus. On distingue le pemphigus séborrhéique qui est une forme localisée de la maladie et le pemphigus foliacé qui est une forme disséminée.

Plus de 200 cas de pemphigus induits par des médicaments ont été rapportés dans la littérature médicale, nous en rapportons un cas dont le Valproate de sodium est incriminé.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 70 ans, ayant comme ATCD une épilepsie sous Valpro Cooper LP 500 mg/j depuis 3 mois, admise pour la prise en charge d'une érythrodermie suintante. Chez qui l'examen dermatologique, à l'admission objectivait des plaques érythémato-squameuses confluentes et des érosions post bulleuses prurigineuses étendues sur une surface cutanée estimée à 92%, plus prononcées au niveau du visage et du tronc qu'au niveau des membres inférieurs et supérieurs, certaines étaient surmontées de croûtes hémorragiques et mélicériques et d'autres mettaient à nu une surface rose bordée d'une collerette épithéliale, les muqueuses buccale et oculaire étaient atteintes.

On notait la présence de 3 bulles faisant 1 cm en regard du genou droit, flasques, à contenu clair avec un signe de Nikolsky positif.

La biopsie cutanée a objectivé une dermatose bulleuse intra-épidermique compatible avec un pemphigus superficiel.

Les auto-Ac anti-espaces intercellulaires (IFI) étaient positifs.

Le taux de G6PD était normal.

Nous avons changé le médicament incriminé après avis neuro et déclaré au centre de pharmacovigilance, la patiente a été mise, en plus de soins locaux, sous corticothérapie orale 1mg/kg/j après un bolus de 1g pendant 3j de suite avec introduction ultérieure de Disulone.

L'évolution a été marquée par une bonne amélioration.

DISCUSSION

Les pemphigus superficiels sont des maladies auto-immunes spécifiques d'organe touchant la peau, regroupant le pemphigus séborrhéique et le pemphigus foliacé (c'est le cas de notre patiente), se caractérisent par des lésions cutanées exclusives, un clivage sous-corné et des auto-anticorps dirigés contre la Dsg 1.

Le tableau clinique est caractérisé par la présence de plaques érythémato-squameuses qui font suite à des bulles superficielles et éphémères. Un prurit est souvent décrit ainsi qu'un signe de Nikolsky. Les muqueuses sont habituellement respectées. Les bulles fugaces sont rapidement remplacées par des plaques squameuses et croûteuses qui peuvent confluer et réaliser un tableau d'érythrodermie suintante.

Le pemphigus induit reste une entité rare d'autant plus qu'il s'agit du Valproate de sodium comme médicament inducteur, chose qui n'est pas décrite dans la littérature d'où la particularité de de notre cas.

CONCLUSION

La prise en charge d'un pemphigus induit réside essentiellement dans l'arrêt du médicament incriminé tout en traitant par corticothérapie et éventuellement par Disulone sans oublier la déclaration au centre de pharmacovigilance.

Rémission complète d'un pemphigus foliacé chez une patiente séropositive après traitement par rituximab

I Moubine, K Baline, H Skalli, S. Chiheb

Service de Dermatologie et de Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le pemphigus foliacé est une dermatose bulleuse auto-immune pouvant engager le pronostic vital, caractérisé par une atteinte cutanée diffuse avec présence d'anticorps circulants dirigés contre la desmogléine-1. Le rituximab est devenu le traitement de première intention. Les infections actives sont l'une des contre-indications de celui-ci. Nous décrivons un cas de pemphigus foliacé corticodépendant chez une patiente VIH positive traité efficacement par rituximab.

Observation :

Une patiente âgée de 45 ans, suivie pour infection VIH de découverte fortuite depuis 3 ans sous traitement antirétroviral, et suivie depuis 2005 pour un pemphigus foliacé confirmé par l'histologie et l'immunofluorescence directe et indirecte, ayant reçu un traitement par corticothérapie à raison de 1,5 mg/kg/jour associé à l'azathioprine, qui a été arrêté en raison d'une leucopénie, puis remplacé par la dapsons avec une bonne évolution mais avec des rechutes fréquentes lors de la régression. La patiente a été réadmise pour une rechute de la maladie. L'examen clinique a révélé plusieurs érosions post-bulleuses recouvertes de croûtes impétiginisées situées sur le tronc, le dos et les membres, avec atteinte du visage et des lésions cicatricielles hyperpigmentées. Compte tenu de la progression de la maladie et de la corticodépendance, la décision a été de démarrer le rituximab. Avant le début du traitement, la charge virale du VIH était indétectable et le nombre de CD4 était de 763 cellules/mm³. La patiente a reçu 1000 mg à J1 et J14, avec rémission complète à 6 mois. La charge virale du VIH et le nombre absolu de CD4 sont restés stables pendant le traitement.

Discussion :

Le rituximab est un anticorps monoclonal anti-CD20. Malgré son utilisation de plus en plus fréquente dans le traitement des maladies auto-immunes, il n'existe pas de recommandations sur son utilisation chez les patients présentant des infections virales évolutives. L'utilisation du rituximab chez les patients VIH constitue une contre-indication relative, cette conclusion a été tirée à partir d'études portant sur l'utilisation de schémas de chimiothérapie combinée dans le contexte du lymphome non hodgkinien chez les patients atteints du VIH. La principale préoccupation dans le traitement des patients atteints du VIH est le risque accru d'infection, en particulier la réactivation virale. Cependant, le traitement rituximab ne semble pas entraîner une lymphopénie considérable chez les patients atteints de pemphigus, sans modification du nombre absolu de lymphocytes T CD4⁺.

Conclusion :

Bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour confirmer ces résultats, l'utilisation du rituximab chez les personnes séropositives pour le VIH atteintes de pemphigus devrait être envisagée afin de prévenir les nombreux effets secondaires associés aux médicaments immunosuppresseurs conventionnels.

Dermatoses bulleuses auto-immunes induites par les sulfamides hypoglycémiantes : trois observations

Bousmara R¹, Hali F¹, Marnissi F², Meftah A³, Filali H, Chiheb S¹

¹ Service de Dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

² Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

³ Laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie, FMPC, Maroc

INTRODUCTION

Les sulfamides hypoglycémiantes représentent une des principales classes d'antidiabétiques oraux (ADO). Leurs effets secondaires cutanés sont rares et essentiellement d'origine immunologique. Nous rapportons trois observations originales de dermatoses bulleuses auto-immunes (DBAI) secondaires à la prise des sulfamides hypoglycémiantes.

OBSERVATIONS

Cas 1 : patiente de 68 ans, diabétique de type 2 depuis 2 ans, sous gliclazide depuis 4 mois, admise pour une éruption lichénoïde prurigineuse polymorphe étendue, secondairement bulleuse, survenant 2 mois après la prise de gliclazide. Les examens histologiques et l'immunofluorescence directe étaient compatibles avec un lichen plan pemphigoïde. L'enquête de pharmacovigilance a trouvé un score d'imputabilité I3B4. Le gliclazide a été arrêté, remplacé par l'insuline, la patiente a reçu une corticothérapie orale à la dose de 1mg/kg/j. L'évolution était bonne sans rechute, avec un recul actuel de 1 an.

Cas 2 : patient de 55 ans, connu hypertendu et diabétique sous metformine et glimépiride introduit depuis 2 ans. Il présentait depuis 2 mois avant l'hospitalisation des bulles flasques étendues au niveau des membres. L'histologie et l'immunofluorescence directe confirmaient le diagnostic de pemphigus vulgaire. Devant la non amélioration sous corticothérapie à forte dose, une origine médicamenteuse a été suspectée qui a été confirmée par l'enquête de pharmacovigilance. Dans ce sens, les glimépirides étaient arrêtées avec une évolution favorable.

Cas 3 : patiente de 65 ans, diabétique de type 2 depuis 2 mois, ayant été mise sous gliclazide. Un mois après le début du traitement, elle a présenté des bulles tendues à contenu hémorragiques, avec atteinte de la muqueuse buccale et génitale. La biopsie cutanée avec immunofluorescence directe était compatible avec une pemphigoïde bulleuse. La patiente était traitée par prednisone et azathioprine sans amélioration. Devant la résistance thérapeutique et la notion de début de la symptomatologie 1 mois après le début de gliclazide, une origine médicamenteuse était évoquée, soutenue par le rapport de pharmacovigilance. L'évolution était favorable après l'arrêt de gliclazide.

DISCUSSION

Les DBAI induites sont une entité rare. Récemment, les antidiabétiques oraux ont été incriminés. Des cas ont déjà été décrits avec la metformine et les gliptines. Les sulfamides hypoglycémiantes ont été impliqués dans le déclenchement de prurits, d'éruptions psoriasiformes, des dermatoses purpuriques pigmentées et d'éruptions lichénoïdes, mais aucun cas de lichen plan pemphigoïde, de pemphigoïde bulleuse ou de pemphigus vulgaire n'a été rapporté jusqu'à présent. Le nouvel effet indésirable décrit dans cette observation doit être répertorié et connu en raison de la fréquence de prescription de cet antidiabétique oral.

CONCLUSION

Il s'agit de la première série rapportée de DBAI aux sulfamides hypoglycémiantes, effet secondaire exceptionnel pour un antidiabétique oral largement prescrit.

Série hospitalière de dermatoses bulleuses auto-immunes jonctionnelles du service de dermatologie du CHU Bab El Oued (Alger)

B. Merrouche ⁽¹⁾, F. Hamchaoui ⁽²⁾, H. Sahel ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service de Dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie

⁽²⁾ Service d'Épidémiologie, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie

Introduction : Les dermatoses bulleuses auto-immunes (DBAI) jonctionnelles ou sous-épidermiques représentent à un groupe de maladies rares caractérisées par la présence d'un décollement bulleux par clivage dermo-épidermique. L'objectif de notre travail était de décrire le profil épidémio-clinique, histologique, thérapeutique et évolutif des DBAI jonctionnelles à travers une série hospitalière de 24 cas.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective monocentrique, menée au service de dermatologie du CHU Bab El Oued, sur une période de 4 ans (2019-2022), incluant tous les patients hospitalisés pour DBAI sous épidermique confirmée.

Résultats : Vingt-quatre patients ont été colligés (6 cas/ an), dont 8 enfants. Le sex-ratio était de 3 (18F/6M). L'âge moyen était de 35,8 ans (1-78 ans). L'association à des pathologies neuro-dégénératives était retrouvée chez 3 cas (12,5 %) avec un cas d'AVC, un cas de maladie d'Alzheimer et un cas de retard mental. D'autres comorbidités étaient notées : l'HTA dans 5 cas (20.8 %) et le diabète dans 4 cas (16.7 %). L'atteinte cutanée était disséminée et pleuri-bulleuse dans plus de 75 % des cas. L'atteinte muqueuse était présente dans 45.8 % des cas et l'atteinte unguéale dans 16.7 % des cas. Une hyperéosinophilie était notée chez 17 patients (70.8 %). La surinfection cutanée était retrouvée dans 7 cas. L'IFI a été réalisée chez 13 patients : positive dans 85 % des cas. Le diagnostic retenu après examen immuno-histopathologique correspondait à une pemphigoïde bulleuse (PB) dans 12 cas (50 %), une dermatose à IgA linéaire (DIGAL) dans 4 cas, une épidermolyse bulleuse acquise (EBA) dans 3 cas, une pemphigoïde gestationnelle (PG) dans 2 cas et dans un seul cas à une pemphigoïde cicatricielle (PC), une dermatite herpétiforme (DH) et un lupus bulleux (LB). Sur le plan thérapeutique, la corticothérapie locale forte seule était prescrite dans 2 cas, la corticothérapie systémique (0.5 à 1 mg/kg/j) était administrée chez 16 patients (66.7 %). L'adjonction d'un immunosuppresseur était indiquée dans 2 cas avec (le méthotrexate dans un cas et l'azathioprine dans l'autre cas). La dapsonne était prescrite chez 8 malades. Une bonne réponse clinique initiale (après 2-3 semaines en moyenne) était obtenue dans plus de 85 % des cas. L'évolution était marquée par 2 cas de rechute et un cas de récurrence.

Discussion : Notre série souligne l'hétérogénéité des différentes DBAI sous-épidermiques. La population étudiée était plutôt jeune (66 % avaient moins de 50 ans) comparée aux données de la littérature. Les formes pédiatriques, très rares, ont constitué le tiers de nos cas. Une nette prédominance féminine a été constatée. Celle-ci est rapportée par de nombreuses publications. La PB constituait, en termes de fréquence, la première maladie retenue (50 % des cas), ce qui concorde avec les données de la littérature. Le pronostic relativement bon est encore une fois confirmé par notre étude.

Conclusion : Les DBAI sous-épidermiques sont des affections hétérogènes rares et d'évolution majoritairement favorable. La PB est la plus fréquente de ses dermatoses et son traitement de référence est représenté par les corticoïdes, locaux ou généraux.

Pemphigoïde bulleuse médicamenteuse induite par le célécoxib

B. Merrouche, Q. Kazman, N. Boughostour, C. Ben Mohand, H. Sahel
Service de Dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose bulleuse auto-immune sous-épidermique touchant principalement le sujet âgé. Elle peut être déclenchée par certains médicaments. Nous rapportons une PB secondaire à la prise de célécoxib (Celebrex®).

Observation :

Un patient âgé de 55 ans, atteint d'un retard mental modéré, présentait une éruption bulleuse généralisée, prurigineuse au 8^e jour d'un traitement par célécoxib prescrit pour une arthrose. L'examen clinique retrouvait de multiples bulles tendues, disposées sur des placards érythémateux, disséminées sur tout le corps, y compris le visage, avec des localisations muqueuses buccales et génitales. Le signe de Nikolsky était négatif. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. La biologie objectivait une hyperéosinophilie à 2450 mm³. L'examen histopathologique montrait un clivage sous-épidermique avec à l'immunofluorescence (IF) directe des dépôts linéaires d'IgG et de C3 le long de la jonction dermo-épidermique. La recherche d'anticorps sériques anti-membrane basale par IF indirecte était positive. Le diagnostic de PB était retenu. L'étude d'imputabilité médicamenteuse était en faveur de la responsabilité de célécoxib. Devant l'étendue des lésions, le patient a été mis sous corticothérapie à la dose de 1mg/kg/jour avec une évolution rapidement favorable.

Discussion :

La PB iatrogène est rare. Les gliptines, les diurétiques et les neuroleptiques sont les médicaments le plus souvent impliqués. Des cas isolés de PB déclenchée par le célécoxib, anti-inflammatoire non stéroïdien de nouvelle génération, ont été décrits dans la littérature.

Dans la PB attribuée aux médicaments, la présentation clinique est généralement sévère avec une plus grande fréquence d'atteinte des muqueuses et du visage. Les caractéristiques histologiques et immunopathologiques sont identiques à celles de la forme idiopathique. Pour notre observation, la forte imputabilité du médicament suspecté et la guérison rapide à son arrêt concordaient avec le caractère induit de la maladie.

Conclusion :

Il est important de considérer la possibilité d'une origine médicamenteuse devant toute PB, en particulier en présence d'une atteinte muqueuse et/ou céphalique.

Profil épidémiologique des pemphigus au service de dermatologie et vénéréologie du CHU Bab El Oued

L.Iberraken, F. Hamchaoui, H.Sahel
Service de dermatologie CHU Bab El Oued.

Introduction :

Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune rare. Le but de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients atteints de pemphigus hospitalisés au service de dermatologie du CHU Bab El Oued à Alger.

Matériel et méthodes :

Étude rétrospective (janvier 2020 à janvier 2022) et prospective (janvier 2022 à juin 2023) à partir des dossiers des patients hospitalisés pour pemphigus au service de dermatologie et vénéréologie du CHU Bab El Oued à Alger.

Résultats : 27 cas ont été colligés dont 18 femmes et 9 hommes (sex ratio : 0 .5). L'âge moyen était de 50 ans avec des extrêmes (16—75 ans). Plus de la moitié des patients avait des antécédents médicaux principalement : diabète et HTA .On ne retrouvait pas de prises médicamenteuses ni de maladies auto-immunes associées. Il s'agissait de 21 cas de pemphigus profond (vulgaire : 19 cas, végétant : 2 cas), 4 cas de pemphigus superficiel (séborrhéique), 1 cas de pemphigus paranéoplasique, et 1 cas de pemphigus herpétiforme. Nous n'avons pas recensé de cas de pemphigus induit. Le prurit était présent dans 59,3 % des cas. Le signe de Nikolsky était positif chez 21 patients. Le mode de début était muqueux chez 2/3 des patients. L'atteinte de la muqueuse buccale a été retrouvée chez 20 patients, la muqueuse génitale chez 9 patients, oculaire 10 patients, œsophagienne chez 4 patients. L'atteinte unguéale a été retrouvée chez deux patients. La sévérité estimée par score PDAI a retrouvé 70% de formes modérées contre 30% de formes sévères.

L'histologie était caractéristique sauf chez 1 patient, l'IFD positive chez 88,9 % des patients et non concluante chez 11,1 %. L'IFI a été réalisée chez 18 patients : positive chez 90 % des cas.

Une corticothérapie orale a été prescrite à la dose de 0,5 à 1.5 mg/kg/j de prednisone chez tous les patients excepté un seul chez qui une corticothérapie locale a été suffisante. L'adjonction d'immunosuppresseurs à type d' azathioprine a été nécessaire chez 70 % des patients. Du rituximab a été utilisé chez 5 patients, et des immunoglobulines IV chez 2 patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2 mois, avec une évolution favorable dans 85 % des cas. 4 décès ont été notés. Les principales complications observées étaient : les infections (16 cas dont 7 surinfections herpétiques et 6 surinfections bactériennes), le diabète cortico-induit (16 cas), un cas de thrombose veineuse profonde ayant causé une embolie pulmonaire et occasionné la mort du patient.

Discussion :

Le Pemphigus dans notre série concerne le sujet entre 40 et 60 ans de sexe féminin. Les formes profondes sont plus fréquentes. Il n'existe pas de relation entre âge et forme clinique mais la prédominance du sexe féminin est retrouvée quelle que soit la forme clinique.

Nos résultats sont concordants avec ceux des autres séries de pemphigus français concernant la répartition des formes cliniques, majoritairement profonde (L.Jelti et al 2016) . Ce profil diffère fortement de celui retrouvé dans les séries maghrébines, où le pemphigus superficiel est prédominant (J. El Alami et al 2017)

Conclusion :

Il ressort de cette étude du pemphigus algérien, un profil épidémiologique différent du spectre du pemphigus maghrébin.

Un pemphigus herpétiforme traité avec succès par méthotrexate

B. Merrouche ^[1], L. Iberraken ^[1], S. Derkaoui ^[2], H. Sahel ^[1]

^[1] Service de Dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger

^[2] Service d'Anatomo-pathologie, CHU Bab El Oued, Alger

Introduction :

Le pemphigus herpétiforme (PH) est une dermatose bulleuse auto-immune très rare combinant les aspects cliniques de la dermatite herpétiforme et les caractéristiques immuno-histopathologiques du pemphigus. Nous rapportons un nouveau cas traité efficacement par le méthotrexate (MTX).

Observation :

Une patiente âgée de 54 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle et de néoplasie mammaire droite traitée par mastectomie totale associée à une radio-chimiothérapie adjuvante en rémission depuis 6 ans, présentait des lésions cutanées étendues très prurigineuses évoluant depuis 3 mois. Il s'agissait de plaques érythémato-papuleuses, à bordure vésiculo-bulleuse, avec un regroupement herpétiforme, siégeant au niveau du tronc et des quatre membres. Le signe de Nikolsky était négatif. Il n'y avait pas d'atteinte muqueuse. Le bilan biologique, les marqueurs tumoraux la mammographie ainsi que le scanner thoraco-abdomino-pelvien étaient normaux. L'histologie cutanée montrait un clivage intra-épidermique, une spongiose et une discrète acantholyse. L'étude en immunofluorescence directe (IFD) objectivait des dépôts inter-kératinocytaires d'IgG en mailles de filet. Le diagnostic de pemphigus herpétiforme était retenu. La patiente était initialement traitée par l'association prednisone à la dose de 0.5 mg/kg/j et dapsons à 100 mg/j. Cette dernière était arrêtée pour mauvaise tolérance clinico-biologique. De plus, la prise des corticoïdes était anarchique. Un traitement par le MTX à 15 mg/semaine était alors introduit permettant une rémission complète avec un recul de 6 mois.

Discussion :

Le PH, individualisé en 1975 par Jablonska et al, est une variante rare et non classique du pemphigus. Sa présentation clinique est proche de la dermatite herpétiforme avec en particulier un prurit invalidant. Les muqueuses sont classiquement indemnes. Sur le plan biologique, une hyperéosinophilie sanguine est parfois notée (absente chez notre malade). A l'histologie, la caractéristique principale est la présence d'une spongiose à éosinophiles. L'acantholyse est inconstante. La confirmation diagnostique repose sur la mise en évidence de dépôts intercellulaires d'IgG par IFD.

Le PH est habituellement de bon pronostic. La conduite thérapeutique est mal codifiée. Dans la littérature, la dapsons (Disulone®) en monothérapie ou associée à une corticothérapie générale, a été souvent utilisée en premier intention. Quelques cas ont été traités par MTX à la dose de 7.5 à 20 mg/semaine avec une bonne réponse.

Conclusion :

Le PH est une entité rare dont la prise en charge reste encore mal définie. Le MTX peut constituer une option thérapeutique efficace et bien tolérée pour cette affection.

Le coût du pemphigus direct et indirect

à propos de 80 cas

I Couissi, H Baybay, Z Douhi, M Soughi, S Elloudi, Fz Mernissi

Introduction :

Les principales modalités thérapeutiques du pemphigus sont la corticothérapie seule ou associée aux immunosuppresseurs et le Rituximab associé à une corticothérapie courte durée qui a actuellement l'AMM en Europe pour le pemphigus modéré à sévère comme traitement de première intention. Au Maroc, le pemphigus n'est pas encore reconnu comme affection longue durée malgré sa morbidité et sa mortalité élevée s'il n'est pas contrôlé.

L'objectif de notre étude était d'estimer le coût annuel moyen direct et indirect du pemphigus par patient du point de vue de la société durant les 2 premières années d'évolution de la maladie, ensuite de comparer ces coûts chez des patients traités par Rituximab+ corticothérapie courte (protocole Ritux) par rapport à ceux sous corticothérapie standard (protocole CS) dans le traitement de 1^{ère} ligne du pemphigus.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude rétro-prospective incluant des patients hospitalisés atteints de pemphigus sur une période de 11 ans du mois Janvier 2011 au mois Novembre 2022.

Une analyse des coûts basée sur la prévalence a été réalisée d'un point de vue sociétal, incluant les coûts directs médicaux (coûts des traitements, des consultations externes et des admissions à l'hôpital), les coûts directs non médicaux (les frais de déplacements) ainsi que les coûts indirects (l'absentéisme au travail).

Tous les coûts de cette étude ont été rapportés en dirhams (dh) soit 1€ = 10.8dh et 1\$ = 9,56 dh.

Une étude descriptive du coût du pemphigus direct et indirect sur une période de 2 ans et une analyse statistique comparative des résultats entre la 1^{ère} et la 2^{ème} année et entre les deux protocoles CS et Ritux après recueil et saisie de données, a été effectuée au laboratoire d'épidémiologie de recherche clinique et santé communautaire, à l'aide du logiciel SPSS version 20.

Résultats :

Parmi les 200 patients atteints du pemphigus un échantillon de 80 avec un suivi régulier a été inclus. Le coût annuel moyen du pemphigus revenait à 46623,05 dh/an, avec une nette prédominance du coût du traitement (66,63%).

On note une nette diminution du coût direct médical du protocole Ritux et CS entre la 1^{ère} et 2^{ème} année (-75037,3 dh/patient pour le protocole Ritux et - 37360,67dh/patient pour le protocole CS). Le coût moyen direct des patients sous protocole Ritux est plus élevé que ceux sous protocole CS (51374,94 dh vs 25802,75dh), dominé par le coût du traitement : 51374,94dh pour le protocole Ritux et 25802,75dh pour le protocole CS. Le coût global s'inversait chez les 26 patients suivi au cours de la 3^{ème} année sous Rituximab en rémission.

Le coût moyen total des patients atteints de pemphigus sévère était 1,4 fois plus élevé (53337,11 dh/an) que ceux atteints d'un pemphigus modéré (38466,66 dh/an) sans rapport significatif. Le coût moyen total des patients atteints de pemphigus profond était légèrement élevé, soit 1,4 fois plus que ceux atteints de pemphigus superficiel (53258dh vs 38786,21dh), sans rapport significatif.

Le coût moyen direct non médical dans notre étude était de 1375,25 dh/an et représentait 3% du coût moyen total. Le coût indirect dans notre étude était de 5700dh/an et représentait 12% du coût moyen total.

Discussion :

Il s'agit de la première étude dans la littérature à estimer le coût du pemphigus dans une population Africaine le Maroc, d'un point de vue sociétal.

Le traitement occupe la plus grande partie des dépenses que ça soit dans le protocole CS ou Ritux. Dans une étude Hongroise, le coût annuel moyen du pemphigus était de 3 995 € par patient, ce qui est presque similaire à notre étude (46623,05 dh/an).

Les coûts indirects représentant la majorité (58 %), dans notre étude c'était plutôt le coût du traitement qui représentait la majorité (66,63%), par contre, le coût indirect ne présentait que 12%. Le coût des traitements

systemiques a été identifié comme le principal facteur de coûts médicaux directs (47 %), ce qui est similaire à notre étude mais avec un pourcentage beaucoup plus important (79%) avec un rapport significatif <0,05.

Hsu et al. ont analysé les données de 6 404 patients atteints de pemphigus entre 2002-12 aux États-Unis [23]. Le coût annuel moyen des patients hospitalisés a été estimé à 14 521\$, ce qui est 3 fois plus cher que notre étude [23]. Aux États-Unis, le principal facteur de coûts médicaux directs du pemphigus était le traitement par immunoglobulines intraveineuses, contrairement à notre étude où le principal facteur était le Rituximab.

Dans l'étude Hongroise, le coût moyen du pemphigus sévère était de 7 547 € ce qui est 1,5 fois plus élevé que celui de notre étude (53337,11dh). Cependant, le coût du pemphigus modéré était de 2 460 € ce qui est légèrement moins cher que celui de notre étude (38466,66 dh). Le coût plus élevé dans les formes sévères est expliqué par des durées d'hospitalisation plus longues et par l'utilisation de moyens thérapeutiques plus chers à savoir le Rituximab par rapport aux formes modérés.

Dans l'étude Hongroise, le coût du pemphigus vulgaire a été associé à des coûts moyens plus élevés soit presque quatre fois plus que ceux atteints de pemphigus foliacé (€4,942 vs €1,270). Cependant notre étude, a objectivé que le coût moyen total des patients atteints de pemphigus profond était légèrement élevé, soit 1,4 fois plus que ceux atteints de pemphigus superficiel (53258dh vs 38786,21dh), sans rapport significatif.

Le coût le plus élevé du pemphigus profond est expliqué par le fait que ce dernier donne des atteintes muqueuses sévères qui nécessitent des durées d'hospitalisation plus longues, et des moyens thérapeutiques plus efficaces et plus coûteux.

Une étude menée au CHU de Rouen, avait comparé les coûts associés au traitement par Rituximab et corticothérapie chez 90 patients atteints de pemphigus, au cours d'une période de 3 ans. Elle avait montré que le rituximab permettait de réduire jusqu'à 21 % les ressources et les coûts du système de santé liés au pemphigus.

Dans notre étude, le Rituximab n'a pas permis de réduction des coûts du système de santé en comparaison avec la corticothérapie orale. Ceci peut être expliqué par le fait que notre étude a été menée sur une période courte de deux années contrairement aux études citées qui ont été menées sur une période beaucoup plus longue de trois ans, d'où la nécessité de réaliser des études avec un recul plus important. Cependant durant la 3^{ème} année, on a noté une nette diminution des coûts pour les 26 patients sous protocole Ritux avec un suivi à 3 ans avec coût moyen globale à 3500dh/an.

Dans l'étude Hongroise, le coût direct non médical a été estimé à 860€, ce qui représentait 21,5% du coût moyen total. Les résultats de cette étude sont six fois plus élevés que ceux de la nôtre. Cette différence peut être expliquée par le fait que le coût des moyens de transport en Hongrie est plus élevé que celui du Maroc.

On note que le coût direct non médical est plus cher presque le double dans le protocole CS que le protocole Ritux (1760,2 dh/an vs 1043,72 dh/an).

Ceci est expliqué par le fait que les patients sous protocole Ritux ont une rémission plus rapide, moins rendez-vous de consultation et donc des frais de transport réduits.

Dans l'étude Hongroise, le coût indirect a été estimé à 2,305€ soit 57.7% du coût moyen total. Les résultats de cette étude sont quatre fois plus importants que la nôtre (5700 dh).

Ils sont expliqués par la différence socio-économique entre les deux pays.

Dans une étude menée au service, les patients sous protocole CS ont présenté 71 complications soit 47% avec 9 décès.

Les complications étaient multiples notamment le diabète chez 18 patients (25%), la dyslipidémie chez 13 patients (18%), HTA, la cataracte et l'ostéonécrose chez 8 patients chacun (11%), l'obésité chez 5 patients (7%), la surinfection bactérienne et herpétique chez 4 patients chacun (6%) et la dépression, l'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale et l'acné cortisonique chez 2 patients chacun (3%) [5,6].

Chez les 63 patients ceux protocole Ritux, 18 patients ont présenté de complications dominées par les surinfections herpétiques, cependant il n'y avait pas de décès ni de comorbidités.

Conclusion :

Notre étude a permis l'évaluation des coûts directs médicaux, non médicaux et indirect du pemphigus pour la société sur une période de deux années.

Une part importante des coûts totaux est attribuable aux soins de santé, essentiellement les traitements avec un taux d'occupation des lits élevés dans le protocole CS. Le coût direct du protocole Ritux est resté plus cher durant les deux années par rapport au protocole CS. Par contre le taux d'occupation des lits et l'absentéisme était moindre. Cependant le coût global diminuait au cours de la 3^{ème} année chez les patients sous Rituximab en rémission complète.

Références :

[1] : V. Brodszky, B. Tamási, K. Hajdu, M. Péntek, A. Szegedi, M. Sárdy, Z. Bata-Csörgő, Á. Kinyó, L. Gulácsi & F. Rencz(2021) Disease burden of patients with pemphigus from a societal perspective, Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 21:1, 77-86.

[2]: Hsu D, Brieva J, Silverberg JI. Costs of care for hospitalization for pemphigus in the United States. JAMA Dermatol. 2016 Jun 1; 152 (6):645–654. Direct costs of pemphigus were reported in the following articles so they are highlighted as of considerable interest to

the reader.

[3]: V. Hebert, T. Vermeulin, C. Prost-Squarcioni, C. Picard-Dahan, S. Duvert-Lehembre, L. Bruno, R. Marie-Aleth, P. Bernard, A. Dupuy, J.-D. Bouaziz, S. Oro, S. Dalac-Rat, E. Delaporte, M. Avenel-Audran, B. Sassolas, M. Alexandre, F. Caux, M. D'Incan, C. Bedane, G. Quereux, L. Machet, O. Dereure, F. Skowron, N. Franck, M. Beylot-Barry, M.-S. Doutre, S. Debarbieux, D. Jullien, L. Misery, P. Musette, C. Paul, P. Vabres, N. Bénétou, N. Dupin, E. Houivet, P. Joly,

Comparaison des coûts de santé du traitement de première ligne par rituximab par rapport à la corticothérapie standard chez les patients pemphigus nouvellement diagnostiqués, Annales de Dermatologie et de Vénérologie, Volume 145, Issue 12, Supplement, 2018, Pages S51-S52, ISSN 0151-9638.

[4]: Heelan K, Hassan S, Bannon G, Knowles S, Walsh S, Shear NH, et al. Cost and Resource Use of Pemphigus and Pemphigoid Disorders Pre- and Post-Rituximab. J Cutan Med Surg. 2015 Jun;19(3):274–82.

[5] : H. Baybay, M. Soughi, O. Mikou, M. Barrimi, H. Hafidi, C. Aarab, R. Alouane, I. Ramouz, K. Dahhou, C. Najjari, M. Meziane, F.Z. Mernissi. Troubles psychiatriques iatrogènes liés à la corticothérapie générale chez les patients traités pour une dermatose chronique

Annales de dermatologie et de vénéréologie. Vol 138 - N° 6-7 P. 516-518 - juin 2011.

[6] : G Senhaji, H Bay Bay, O El Jouari, A Lamouaffaq, Assenhaji, Z Douhi, S Elloudi, Fz Mernissi. Pemphigus : The Experience Of Dermatology Department Of Fez. Abstract book, 24th World Congress of Dermatology Milan 2019.

Bonne évolution d'une épidermolyse bulleuse dystrophique pré-tibiale sous photothérapie UVB

O. Handi ; F. amaaoune ; M. Abaoudouraib ; O. Hocar ; S. Amal

Service de Dermatologie , CHU MOHAMED VI MARRAKECH , Maroc

Introduction

L'épidermolyse bulleuse dystrophique (EBD) est une génodermatose rare, caractérisée par une fragilité cutanéomuqueuse responsable de décollements dermo-épidermiques survenant sous la lamina densa après des traumatismes mineurs. Elle est caractérisée par un prurit, des bulles avec grains de milium, des lésions de type prurigo prédominant aux zones pré-tibiales et une onychodystrophie des orteils. Nous rapportons ici le cas d'un patient atteint d'une forme

prurigineuse ayant bien répondu à la photothérapie.

Observations

Une femme âgée de 31 ans, issue d'un mariage consanguin de second degré, qui présentait dès l'âge d'un an des lésions bulleuses multiples au moindre frottement sur les extrémités associées à un prurit invalidant et une dystrophie unguéale. La patiente ne rapportait aucun antécédent similaire dans la famille. Cliniquement, on notait des placards érythémateux au niveau pré-tibial, à surface recouverte d'érosions et de bulles hémorragiques par endroit et un signe de Nikolsky positif. On

retrouvait aussi des papules lichénoïdes regroupées en plaques au niveau des jambes, des grains de milium et une onychodystrophie des orteils.

La biopsie confirmait le diagnostic d'EBD. L'IFD montrait des dépôts d'anticorps anti Collagène VII et laminine au toit épidermique. L'analyse moléculaire n'a pas été réalisée par défaut de moyens.

Ainsi le diagnostic d'EBD pré-tibiale a été retenu et la patiente a été traitée par des dermocorticoïdes locaux, de la loratadine et de l'hydroxyzine. Comme il y avait peu d'amélioration, elle a commencé un traitement par photothérapie. Elle a eu 6 séances d'UVB et a montré une amélioration progressive du prurit et des lésions

Discussion

L'épidermolyse bulleuse dystrophique (EBD) pré-tibiale est un sous-type rare d'EBD due à une mutation de transmission du gène COL7A1 codant pour le collagène VII généralement transmise de manière autosomique dominante, mais des cas autosomiques récessifs et sporadiques ont également été rapportés comme est le cas pour notre patiente. Son début est souvent tardif (20–30 ans). Elle est caractérisée par un prurit, une fragilité cutanéomuqueuse responsable de décollements survenant à la suite de traumatismes mineurs et laissant des grains de milium, des lésions de type prurigo prédominant aux zones pré-tibiales et une dystrophie unguéale. Le retard diagnostique est important et fréquent, expliqué par l'aspect semblable au prurigo nodulaire et au lichen amyloïde. Dans le cas rapporté, l'absence de contrôle du prurit avec des traitements symptomatiques a conduit à l'initiation d'une photothérapie UVB à bande étroite, avec une amélioration du prurit et des lésions.

Conclusion

L'EBD pré-tibiale est une forme trompeuse d'épidermolyse bulleuse dystrophique dont le diagnostic et la prise en charge s'avèrent généralement difficiles. Ce rapport illustre le succès thérapeutique des UVB dans le contrôle du prurit et l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Pemphigoïde bulleuse déclenchée à double reprise par une chirurgie orthopédique

O. Handi; C. Naji ; M. Abaoudouraib ; S. Amal ; O. Hocar

Service de Dermatologie , CHU MOHAMED VI MARRAKECH , Maroc

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse (PB) se présente le plus souvent sous la forme de bulles généralisées, prurigineuses et tendues chez les patients âgés. La PB localisée est une forme moins courante de PB qui peut être difficile à diagnostiquer.

Nous présentons le cas d'un homme qui a présenté une PB localisée à double reprise après chirurgie orthopédique. Ce cas illustre la possibilité que la PB localisée soit déclenchée par des interventions chirurgicales.

Observation :

Un homme de 60 ans ayant comme antécédent une fracture du fémur droit ,traitée par enclouage rétrograde, s'est présenté avec une éruption bulleuse prurigineuse au niveau du genou et de la jambe droite, 15 jours après la chirurgie. La biopsie cutanée a montré des bulles avec un infiltrat éosinophilique , et des dépôts d'IgG et de C3 dans la membrane basale à l'immunofluorescence

directe. Le diagnostic d'une forme localisée de pemphigoïde bulleuse a été retenu. La prednisone 0,5 mg/kg a été commencée quotidiennement et les lésions ont disparu en 3 mois. Malheureusement, la fracture n'a pas consolidé pendant cette période et le patient a bénéficié d'une greffe osseuse. Quelques jours après la chirurgie, le patient a développé de nouvelles bulles tendues autour du site

chirurgical, de la cuisse et du genou droit (Figure 2). La corticothérapie a de nouveau été introduite et les lésions ont disparu 2 mois plus tard.

Discussion

La PB localisée a déjà été décrite dans le contexte de la radiothérapie, la photothérapie et des brûlures. L'apparition de cette forme après chirurgie a rarement été rapportée dans la littérature. Il est suggéré que les lésions tissulaires interfèrent avec l'immunité humorale, provoquant une altération des antigènes BP180 et BP230.

Le fait que la PB localisée soit survenue à deux reprises suggère sans doute un lien avec la chirurgie. A notre connaissance, il s'agit du deuxième cas où un tel phénomène se reproduit après 2 interventions chirurgicales chez le même patient. Parmi les mécanismes proposés incriminés dans cette forme localisée de PB, on retrouve le phénomène de Koebner. Mais dans notre cas, nous pensons que le déclencheur principal est l'œdème secondaire à la chirurgie orthopédique, puisque

les lésions s'étendaient au-delà du site chirurgical.

Conclusion

A travers ce cas, il s'avère important de reconnaître la forme localisée de la PB, afin de démarrer une prise en charge appropriée pour le patient.

Pemphigus paranéoplasique pemphigoïde like : à propos d'un cas

c

E. B. M. Keby Da Costa, E. El Bakali, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira

Service de Dermatologie, Hôpital Militaire D'instruction Mohammed V, Université Mohammed V, Rabat

Introduction

Le pemphigus paranéoplasique (PPN) est une maladie auto-immune rare cutanéomuqueuse avec une néoplasie sous-jacent. Il est sous-individualisé comme une forme différente de pemphigus en comparaison aux pemphigus vulgaires et superficiels. Le PPN est considéré actuellement comme un syndrome cutané muqueux hétérogène comprenant au moins 5 variantes cliniques et immunologiques: pemphigus-like, pemphigoïde bulleuse-like, érythème polymorphe-like, graff-versus-host disease (maladie du greffon contre l'hôte) -like, lichen plan-like, et une atteinte systémique possible. L'association la plus fréquente se fait avec les proliférations lymphoïdes. Nous décrivons le cas d'un patient atteint de Pemphigus paranéoplasique pemphigoïde bulleuse-like associé à une tumeur de colon.

Observation

Patiente âgée de 57 ans, opérée en 2017 pour plastron appendiculaire. Une résection iléo caecale a été réalisée, et l'examen anapath était en faveur d'un adénocarcinome de colon. Un complément d'exérèse en 2020, avec hémicolectomie droite. La patiente a développé des plaques érythémateuses surmontées de bulles à contenu clair et hémorragiques, associées à des macules foncées et éruptions post bulleuse au niveau de l'avant bras, l'abdomen, le dos et quelques lésions aux membres inférieurs. Une biopsie cutanée a été réalisée avec examen histologique, qui a montré un décollement sous épidermique qui occasionne des bulles contenant de nombreux polynucléaires éosinophiles. Le toit de ces bulles est constitué d'un épiderme dépourvu d'acantholyse et de nécrose. L'immunofluorescence directe (IFD) a montré la présence de dépôts d'IgG et de C3 intercellulaires réalisant un aspect en " résille " observé au niveau de la partie inférieure de l'épiderme. La patiente a été mise sous corticoïdes par voie orale, en plus de sa chimiothérapie.

Discussion

Les dermatoses paranéoplasiques ne résultent pas d'une extension directe du cancer, mais leur présence est évocatrice d'une tumeur sous-jacente dont le développement précède toujours les manifestations cutanées. L'éruption se caractérise par son polymorphisme et associe grossièrement des signes de pemphigus, d'érythème polymorphe et de pemphigoïde bulleuse. L'évolution de la dermatose est parallèle à celle du cancer avec régression lorsque le cancer est en rémission, et reprend son cours évolutif en cas de récurrence. Les tumeurs solides (le plus souvent sein, poumon et peau) sont le plus souvent associées à des pemphigus vulgaires, plus rarement à des pemphigus superficiels et exceptionnellement à des pemphigus paranéoplasiques. Le pemphigus paranéoplasique pemphigoïde like est une dermatose bulleuse auto-immune caractérisée par des manifestations cliniques de pemphigoïde et une histologie de pemphigus. Le traitement est mal codifié et associe généralement la prise en charge du pemphigus ainsi que la recherche et le traitement du néoplasie sous-jacent. Le traitement précoce de la tumeur est prioritaire.

Pemphigoïde nodulaire : à propos d'un cas

E. B. M. Keby Da Costa, E. El Bakali, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira

Service de Dermatologie, Hôpital Militaire d'instruction Mohammed V, Université Mohammed V, Rabat

Introduction :

La pemphigoïde nodulaire est une variante clinique rare de la pemphigoïde bulleuse, caractérisée par le chevauchement clinique de lésions de prurigo nodulaire et de bulles. Celles-ci peuvent survenir aux sites des lésions nodulaires ou les précéder. Nous décrivons le cas d'un patient atteint de pemphigoïde nodulaire sans survenue de lésions bulleuses.

Observation :

Patient âgé de 84 ans, diabétique, suivi pour hyperplasie bénigne de prostatique a présenté un accident ischémique cérébral en 2020 et cholécystectomie en 2022. Il avait des lésions de prurigo nodulaire du tronc et des extrémités évoluant depuis plus de 10 ans, et traité pour prurigo nodulaire de Hyde, mais sans amélioration. L'examen clinique révélait de multiples papules et nodules hyperkératosiques associés à des démangeaisons intenses. Il n'y avait pas d'atteinte muqueuse. L'examen histologique d'une biopsie cutanée montrait un épiderme d'épaisseur normale, fait de kératinocytes étroits, et liée entre elle sans nécrose ni acantholyse. On note aussi la présence de décollement bulleux sous épidermique uniloculaire, la cavité bulleuse contient surtout des éosinophiles. Le derme papillaire est festonné sans micro abcès avec un infiltrat périvasculaire sans vascularites. Il n'y avait pas d'hypertrophie nerveuse. L'immunofluorescence directe été négative. Ces constatations clinique et histologiques ont permis de retenir le diagnostic de la pemphigoïde nodulaire, des explorations biologiques ont été réalisées, et n'ont pas montré de perturbations rénales, hépatiques, ou du métabolisme glucidique. Le patient a été mise sous prednisone 40mg/jour, vu que c'était le seul traitement qui l'a relativement soulagé auparavant.

Discussion :

La pemphigoïde nodulaire est actuellement une maladie clinique distincte. L'apparition de bulles n'est pas constante (60%) et peut survenir avant, pendant ou plusieurs années après l'apparition des lésions nodulaires. Dans notre cas, il n'y avait pas de bulles. La pathogénie de la pemphigoïde nodulaire peut être expliquée par le fait qu'un traumatisme et une inflammation localisée exposent des épitopes de la membrane basale cryptique au système immunitaire, qui réagit en formant des auto-anticorps chez des sujets sensibilisés. Les antigènes cibles de la pemphigoïde nodulaire sont similaires à ceux de la pemphigoïde bulleuse : BP 180 et BP 230. Le traitement de la pemphigoïde nodulaire peut être compliqué. Il nécessite parfois l'utilisation des immunosuppresseurs (azathioprine) ou d'immunomodulateurs (dapsone) avec ou sans corticoïdes systémiques.

A propos d'un cas de lichen plan pemphigoïde

Le lichen plan pemphigoïde est une dermatose bulleuse sous épidermique rare. Décrite la première fois par Kaposi il y'a environ un siècle, elle se caractérise cliniquement par des bulles tendues avec des lésions typiques de lichen.

Seulement quelques cas ont été rapporté dans la littérature, dont la majorité avait une histoire personnelle de lichen avant l'apparition des lésions bulleuses.

Nous rapportant le cas d'une patiente âgée de 54ans originaire de la Guadeloupe de phototype V, sans antécédents particuliers ni notion de prise médicamenteuse récente qui consulte pour une dermatose prurigineuse évoluant depuis deux mois avec apparition de bulles tendues il y'a une semaine.

L'examen clinique retrouve des plaques hyperpigmentées et tantôt violacées surmontées de squames fines au niveau de l'abdomen, de la région lombo sacrée et des extrémités ainsi que des bulles tendues sur peau saine au niveau des membres. En dermoscopie, on retrouvait un aspect violacé avec de fines lignes blanches entrecroisées réalisant l'aspect typique des stries de Wickham.

Le reste de l'examen dermatologique, à savoir les muqueuses et phanères était sans particularité.

Le bilan biologique retrouvait une hyperéosinophilie à $0.7 \times 10^9/L$ et des anticorps anti Bp 180 et 230 positifs.

La biopsie cutanée d'une bulle retrouvait un clivage jonctionnelle associée à des dépôts fluorescents jonctionnels linéaires avec les anticorps anti C3 et IgG en immunofluorescence indirecte. Une dermite d'interface avec une vacuolisation de la basale.

Le diagnostic de lichen pemphigoïde a été retenu et la patiente a été mise sous corticothérapie orale à la dose de 1mg/kg/jr avec une bonne évolution.

Discussion :

Le lichen pemphigoïde est une pathologie longtemps considérée comme une simple variante de dermatoses plus courantes à savoir la pemphigoïde bulleuse et le lichen plan. Pourtant un nombre croissant de preuves suggère qu'il s'agit d'une maladie auto-immune à part entière dont la cible est une protéine de 180 kDa exprimée au niveau des hémidesmosomes de la jonction dermo-épidermique.

Sur le plan clinique, la distinction entre le lichen pemphigoïde et son principal diagnostic différentiel réside dans la disposition des lésions bulleuses. Elles se développent plutôt sur les lésions de lichen dans le lichen bulleux et à distance en cas de lichen pemphigoïde.

Le diagnostic de certitude est basé sur l'étude histologique qui retrouve au niveau d'une lésion bulleuse les caractéristiques typiques de la BP (clivage sous-épidermique avec un infiltrat éosinophile dans le liquide vésiculaire, tandis que l'histopathologie d'une lésion lichénoïde présente les caractéristiques typiques du lichen plan avec hyperkératose focale, hypergranulose, infiltrat lymphocytaire sous-épidermique en forme de bande et dermatite d'interface avec vacuolisation de la basale et apoptose kératinocytaire).

Par ailleurs, plusieurs rapports de cas décrivent une association entre le développement du LPP et la prise de médicaments et/ou des conditions médicales préexistantes (infections virales, néoplasies...).

Enfin le traitement repose sur les corticoïdes par voie systémique avec une posologie qui varie selon les différentes équipes allant d'une dose très faible dans certains cas décrit par les japonais jusqu'à 2 mg/kg/jr. Les autres options thérapeutiques comprennent les corticostéroïdes topiques, la dapsone et l'acitrétine, dont l'utilisation peut être associée à moins d'effets secondaires.

Conclusion :

Le LPP est une maladie très rare qui appartient à une famille plus large de maladies autoimmunes caractérisées par des auto-anticorps dirigés contre le collagène 7.

En raison de sa faible prévalence, il n'y a pas de consensus concernant son traitement. Cependant, l'association de corticostéroïdes systémiques et topiques, éventuellement en combinaison avec la Dapsone ou l'acitrétine, mérite d'être envisagée.

Pemphigus sous Rituximab

(Étude préliminaire)

M.Elomari Alaoui¹, A.Fliti¹, N.Er-rachdy¹, L.Benzekri¹, N.Ismaili¹, M.Meziane¹, K.Senouci¹
Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc

Introduction :

Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune acquise, potentiellement mortel médié par des anticorps (Ac) circulants anti desmogléines 1 et/ou 3, elle reste une pathologie très fréquente en Maghreb et d'ailleurs il constitue le 1^{er} motif d'hospitalisation au service de dermatologie CHU ibn Sina de Rabat. Actuellement le rituximab est indiqué comme traitement de 1^{ère} intention pour tout type de pemphigus modérée à sévère permettant une épargne stéroïdienne et pouvant également servir pour améliorer le pronostic de la maladie.

Matériels et méthodes :

Nous avons effectué une étude rétro-prospective préliminaire descriptive et analytique de 41 patients atteint de pemphigus au service de dermatologie du CHU Ibn Sina Rabat qui s'est déroulé sur une période de 5ans allant de 2019 à 2023. On a inclus tous les patients ayant reçu la cure M12 et plus avec un recul d'au moins 9 mois après la cure et on a exclue les patients qui ont fait une complication nécessitant l'arrêt de la perfusion. Le protocole de la perfusion était un traitement d'attaque : 1g en J1 et J15, puis un traitement de maintenance (M6,M12,M18,M24).

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 50 ans, avec une prédominance féminine. Le délai moyen de consultation était de 7 mois(plus de la moitié de nos patient ont consulté tardivement et ce retard de diagnostic explique les formes sévères (PDAI> 45), ce qui justifie l'utilisation du rituximab en première intention. Le rituximab a été indiqué pour tous types de pemphigus.

Hormis la cure M6 : 41 patients ont reçu plus de 3 cycles de rituximab avec un suivi régulier, et chez eux on a noté un taux de rémission clinique et immunologique a 100% en M24, avec un arrêt de la corticothérapie. Dans notre étude, les effets secondaires était souvent lié au débit de perfusion (urticaire, syndrome grippal, pic fébrile, hypotension, douleurs abdominales) qui ont été jugulées par une prémédication répétée et une surveillance étroite, alors que de rare complication cortico induites ont été observé chez nos patients sous Rituximab dominé par le diabète

Discussion :

Le rituximab est un anticorps monoclonal ciblant l'antigène CD20 des lymphocytes B. Il a été autorisé en 2007 par (FDA) des États-Unis et (EMA) pour le traitement des formes modérées à sévères du pemphigus. Ces dernières années il est apparu comme un traitement révolutionnaire, avec moins d'effets secondaires que le traitement classique.

A notre connaissance, notre étude reste la seule a envisagé plus de cycles jusqu'à M24 avec un recul d'au moins 6 mois après la dernière cure contre très peu d'études de la littérature qui ont évalué le ritux comme un traitement de maintenance avec plus de cycles : ce qui rend difficile d'évaluer son efficacité à long terme.

Dans notre étude l'indication du rituximab était quasi systématique chez tous nos patients vu la sévérité du tableau clinique. Une rémission clinique et aussi biologique complète a été obtenu chez tous nos patients en M24 avec une dégression rapide du CTC adjuvante sur une durée moyenne de 6 mois ce qui nous a permis d'éviter les effets indésirables de la corticothérapie au long cours. Nos résultat rejoint ceux de la littérature : il confirme les résultats de Joli et collaborateur, ainsi que Heelanet et collab qui ont évalué l'efficacité des cycles répétés du rituximab pour une période de suivi plus longue avec une dégression aussi plus rapide de la CTC et une rémission clinique et biologique importante

Conclusion :

Le Rituximab est une option thérapeutique prometteuse pour tous types de pemphigus et qui reste un agent d'épargne stéroïdienne efficace.

Plusieurs nouvelles thérapeutiques sont en cours d'évaluation(Anti CD19, Anti CD20 :2^{ème} et 3^{ème} génération, Anti CD25, Inhibiteurs de cytokines). Espérons qu'une ou plusieurs de ces thérapies émergentes se révéleront bientôt sûres et efficace dans le traitement du pemphigus et améliorent la survie et la qualité de vie de ces patients.

Un cas de pemphigoïde bulleuse induite par les inhibiteurs de sodium-glucose cotransporter type 2

A.Fliti¹, N.Er-rachdy¹, M.Elomari Alaoui¹, L.Benzekri¹, N.Ismaili¹, M.Meziane¹, K.Senouci¹
¹*Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose bulleuse sous épidermique autoimmune.

Certains médicaments ont été impliqués dans la pathogenèse de la maladie.

Les inhibiteurs du co-transporteur sodium-glucose 2 (SGLT2i), une nouvelle classe des antidiabétiques. La PB induite par les SGLT2i est restée rare avec seulement deux cas rapportés dans la littérature et six cas dans la base de données de pharmacovigilance.

Par conséquent, nous rapportons ce cas de PB induite par SGLT2i

Observation

Une femme de 83 ans, ayant des antécédents d'hypertension artérielle depuis 7 ans et traitée par bêta-bloquant, a présenté des lésions bulleuses et prurigineuses. Quatre mois auparavant, elle a été mise sous Dapagliflozine pour traiter un diabète de type 2.

À l'examen physique, elle présentait de multiples bulles et érosions tendues sur une peau saine au niveau des bras, jambes et le tronc, avec une érosion de la muqueuse buccale. Le signe de Nikolsky était négatif.

L'évaluation histopathologique a montré une bulle sous-épidermique avec une nécrose épidermique, un infiltrat inflammatoire avec des polynucléaires éosinophiles. L'étude en immunofluorescence directe de la peau périlésionnelle a montré la présence d'immunoglobuline G linéaire et de C3 au niveau de la membrane basale.

L'immunofluorescence indirecte était négative pour les anticorps anti-pemphigoïde

Ag BP 180 et AgBP230. Les résultats ont permis de retenir le diagnostic de la pemphigoïde bulleuse induite par le SGLT2i. La dapagliflozine a été arrêtée, en tant que facteur déclenchant potentiel, et la patiente a été mise sous insuline par l'endocrinologue. Elle a été traitée par la doxycycline à raison de 200 mg par jour par voie orale et par un traitement topique par dermocorticoïde une fois par jour. Cet effet indésirable a été déclaré au centre de pharmacovigilance.

Après trois semaines, les érosions cutanées de la patiente se sont améliorées grâce au traitement systémique et topique qu'elle a reçu. Trois mois après l'arrêt de la Dapagliflozine, la patiente est restée asymptomatique.

Discussion :

La pemphigoïde bulleuse est l'apanage des sujets âgés souvent polymédicamentés, plus de 80 médicaments ont été incriminés dans la PB médicamenteuse.

Les SGLT2i ou Glifozines: sont une nouvelle classe d'anti-diabétiques oraux commercialisés depuis 2015. Trois molécules sont déjà approuvées en Europe (Dapagliflozine, canagliflozine, empagliflozine).

Deux cas de pemphigoïde induites par SGLT2i ont été publiés dans la littérature avec bonne évolution après arrêt de médicament incriminé.

Conclusion :

Les inhibiteurs de SGLT2 sont des protecteurs cardiovasculaire et rénal, prescrits en cas d'insuffisance rénale et cardiaque chez les diabétiques. Le risque de PB induite par les inhibiteurs de SGLT2 reste rare, avec un bon pronostic et évolution favorable dès l'arrêt du médicament. Il s'agit d'un cas de pemphigoïde bulleuse induite par inhibiteur de SGLT2 déclaré dans le monde.

Intertrigo chronique des plis : Pensez au pemphigus à IgA

**D.ELINKICHARI¹, M.TABKA¹, A.SOUISSI¹, D.MDHAFER¹,
I.CHELLY², M.SALLEMI³, M.MOKNI¹**

¹ Service de Dermatologie, Hôpital La RABTA, Université de Tunis El MANAR, Faculté de médecine de Tunis, Tunis, Tunisie

² Service d'Anatomopathologie, Hôpital La RABTA, Université de Tunis El MANAR, Faculté de médecine de Tunis, Tunis, Tunisie

³ Service d'Immunologie, Hôpital La RABTA, Université de Tunis El MANAR, Faculté de médecine de Tunis, Tunis, Tunisie

Introduction :

Le pemphigus à IgA (PIgA) est un groupe hétérogène de maladies caractérisées par la production d'anticorps circulants de type IgA dirigés contre les constituants des structures desmosomales et non desmosomales de la surface des kératinocytes. Nous en rapportons un cas révélé par un intertrigo chronique des grands plis et ayant bien répondu à la doxycycline.

Observation :

Une femme de 50 ans, sans antécédents familiaux de génodermatose, par ailleurs en bonne santé, agricultrice, s'est présentée pour des érosions cutanées évoluant depuis 1 mois. L'examen dermatologique objectivait des plaques érosives, croûteuses par endroits, dont certaines avaient des contours polycycliques, réparties de façon symétrique au niveau des plis sous mammaires, axillaires et inguinaux. Quelques plaques siégeaient au niveau de l'abdomen. L'examen des muqueuses était normal hormis une chéilite sèche. L'examen histologique d'une biopsie cutanée a révélé une dermatose acantholytique. Deux nouvelles biopsies pour étude histologique et en immunofluorescence directe ont été réalisées. Un traitement par doxycycline (100mg/j) a été, entre-temps, initié avec régression quasi totale des lésions au bout d'un mois. Un mois plus tard, la patiente consultait à nouveau pour poussée de sa maladie faite d'érosions, croûtes et multiples pustules à hypopion, dont certaines étaient confluentes en nappes. L'acantholyse a été confirmée et un dépôt inter-kératinocytaire d'IgA a été mis en évidence. Le test ELISA à la recherche d'anticorps (Ac) anti-desmoglérine 1 et 3 était négatif. La recherche d'Ac anti-desmocolline 1 n'a pas été réalisée. Le diagnostic de PIgA a été retenu. Le traitement par doxycycline, arrêté par la patiente devant la nette amélioration, a été réintroduit avec disparition des lésions en moins d'un mois.

Discussion :

Notre patiente s'est présentée au début avec une dermatose érosive et acantholytique mimant une maladie de hailey hailey ou un pemphigus superficiel. Ce n'est que pendant la deuxième poussée que des lésions pustuleuses plus évocatrices du PIgA sont apparues. L'efficacité des cyclines dans les dermatoses acantholytiques, à savoir le pemphigus superficiel, la maladie de hailey hailey et la maladie de Darier a été suggérée, probablement du fait de leur propriétés anti-inflammatoires plus qu'antibiotiques. A notre connaissance, nous rapportons le premier cas de PIgA traité par la doxycycline.

La dermatose à IgA linéaire (DIGAL) associée à un lymphome B de la zone marginale type MALT

R. ZMITI (1) A. Souissi (1) T. Mariem (1) F. Alaoui (1) I. Chelly (2) H. Slim (2) T. Senda (3) M. Mokni (1)

- (1) Service de dermatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- (2) Service d'anatomopathologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
- (3) ORL, Hôpital des forces de sécurité intérieure de La Marsa, Marsa, Tunisie

Introduction :

La dermatose à IgA linéaire (DIGAL) est une dermatose bulleuse auto-immune sous épidermique. Il s'agit d'une dermatose rare qui est souvent idiopathique. Néanmoins, elle peut s'associer dans certains cas à des néoplasies, des connectivites, des maladies inflammatoires du tube digestif, des infections ou à la prise de certains médicaments. L'association d'une DIGAL et d'un lymphome B a été décrite dans un seul cas de la littérature. Nous rapportons le cas d'une DIGAL associée à un lymphome B de la zone marginale.

Observation :

Une femme âgée de 66 ans consultait pour une éruption bulleuse apparue 3 mois plus tôt au niveau du cou. La patiente était suivie pour un lymphome B de la zone marginale type MALT au stade 4 sous chimiothérapie.

L'examen objectivait de multiples bulles tendues sur un fond érythémateux à contenu translucide associé à quelques érosions post bulleuses dont quelques-unes étaient disposées en « rosettes » siégeant au niveau du cou, de l'abdomen, et des membres supérieurs. La muqueuse génitale était siège d'une bulle et de quelques érosions post bulleuses. La biopsie cutanée montrait un décollement bulleux sous épidermique sans nécrose kératinocytaire ni acantholyse associé à un infiltrat inflammatoire dermique polymorphe. L'immunofluorescence directe révélait la présence d'un dépôt linéaire et continu à la jonction dermo-épidermique de type IgA. Le diagnostic d'une DIGAL était retenu. La patiente a été mise sous dapsone 100 mg/j. L'évolution a été favorable avec une régression complète des lésions au bout de 3 mois de traitement.

Conclusion :

La DIGAL était décrite auparavant en association à de nombreuses hémopathies (leucémie myéloïde chronique, maladie de Hodgkin, lymphomes non hodgkiniens, myélome, plasmocytome, lymphome angioimmunoblastique). Notre cas est le deuxième cas décrit d'une association de la DIGAL à un lymphome B. La prise en charge du lymphome ne suffit pas pour le traitement de la dermatose. Les traitements efficaces sont essentiellement la dapsone et la corticothérapie générale.

Lichen plan pemphigoïde avec atteinte muqueuse exclusive

M TABKA¹, S NAHALI¹, A SOUISSI¹, R MAAMOURI², I CHELLY³, M SELLAMI⁴, M MOKNI¹

¹Service de dermatologie, ³Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologique, Laboratoire d'Immunologie, CHU La Rabta

²Service d'ophtalmologie, CHU Hedi Raïs

Introduction :

Le lichen plan pemphigoïde (LPP) est une dermatose bulleuse auto-immune (DBAI) sous-épidermique définie par l'association d'un lichen plan (LP) et d'une dermatose bulleuse. Des formes de LPP associant un LP et une pemphigoïde des muqueuses (MMP) ont été plus récemment rapportées. Nous en décrivons un cas.

Observation :

Un homme de 68 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle consultait pour une dysphagie haute et des lésions buccales érosives invalidantes évoluant depuis un an. L'examen de la cavité buccale montrait : des zones érosives bien limitées recouvertes de pseudomembranes sur un fond érythémateux, cernées par des stries blanchâtres réticulées de la face interne des joues, les faces latérales de la langue et la gencive. Une atteinte œsophagienne a été mise en évidence par la fibroscopie, les autres muqueuses malpighiennes étaient épargnées. La biopsie d'une lésion jugale concluait à un lichen plan érosif. Une corticothérapie systémique (prednisolone, 1mg/kg/j) et topique en bain de bouche a été initiée. L'évolution était marquée par l'aggravation de l'atteinte buccale et l'apparition d'une symptomatologie oculaire faite de xérophtalmie, photophobie et hypehrémie conjonctivale. L'examen du segment antérieur de l'œil a révélé la présence d'un symblépharon à l'œil droit et d'un ankyloblépharon à l'œil gauche (stade III et stade IV respectivement selon la classification de Foster). Une deuxième biopsie buccale et une biopsie conjonctivale ont été réalisées, montrant un décollement dermo-épidermique associé à un infiltrat inflammatoire mixte sans atteinte lichénoïde décelable. L'examen en immunofluorescence directe (IFD) objectivait un dépôt linéaire d'IgA et d'IgG le long de la jonction dermo-épidermique. Ces anticorps marquaient le toit en immunofluorescence indirecte sur peau clivée. Les tests ELISA étaient faiblement positifs pour les auto-anticorps anti-BP180 NC16a et négatifs pour les auto-anticorps anti-PB230. En se basant sur les aspects clinique, histopathologique et immunologique, le diagnostic de LPP avec atteinte muqueuse isolée a été retenu. Un traitement associant : dapsone (100mg/j), azathioprine (150mg/j) et prednisolone (0,5mg/kg/j) n'a pas permis d'obtenir une rémission. Trois mois plus tard, une excision du tissu cicatriciel bilatéral avec greffe de membrane amniotique conjonctivale a été réalisée. Un mois plus tard, l'examen oculaire a montré la présence d'un symblépharon à l'œil gauche. Devant la progression rapide de la maladie, étant résistante à plusieurs thérapeutiques, et l'engagement du pronostic visuel, des cures de cyclophosphamide (600 mg/m² en IV) ont été initiées avec stabilisation de la maladie (recul de 3 mois).

Discussion :

Dans notre cas, le diagnostic de LPP a été confirmé par l'examen histopathologique et les résultats de l'IFD compatibles avec une PB. Le LPP avec atteinte muqueuse exclusive demeure une entité débattue. En effet, cette forme est considérée par certains auteurs comme une pemphigoïde des muqueuses (MMP) avec des caractéristiques cliniques et histopathologiques semblables à celles du LP. D'autres auteurs ont émis l'hypothèse que la DBAI serait une complication du LP par l'exposition au système immunitaire d'antigènes de la JDE ou chorio-épithéliale auparavant masqués. Récemment, Schmidt et al. ont démontré que les patients atteints de LPP présentaient une réponse mixte des cellules Th1/Th2 contre l'antigène BP180. Ces résultats renforcent la première hypothèse. L'évolution récalcitrante chez notre patient plaide également en faveur de cette hypothèse. Il n'existe pas à l'heure actuelle une prise en charge consensuelle du LPP. Le traitement dépendra essentiellement de la sévérité de l'atteinte clinique.

Pemphigoïde bulleuse de l'enfant: Profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif

S. Saad¹; N. Ghariani Fetoui¹; O. mani¹; M. BEN KAHLA¹; M. Ben rejeb¹;
M. LAHOUAL EP GAIED¹; A. Aounallah¹; B. Sriha²; N. Ghariani¹; S. Mokni¹;
M. Denguezli¹

¹Dermatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie; ²Anatomo-pathologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction

La pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose bulleuse rare chez l'enfant. A travers une série de 8 patients, nous nous proposons d'analyser ses particularités cliniques et thérapeutiques chez l'enfant.

Matériel (ou patient) et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive colligeant tous les patients âgés de moins de 17 ans, ayant été hospitalisés dans notre service pour une PB sur une période de 17 ans [2006–2023].

Résultats

Nous avons colligé 8 cas de PB, dont 5 nourrissons avec un âge moyen de 4,4 mois et 3 enfants avec un âge moyen de 10 ans. Le sex-ratio (H/F) était de 1,6. La présentation clinique initiale était des bulles tendues prurigineuses. L'atteinte palmoplantaire était notée chez 4 nourrissons (fig1A). L'atteinte des racines des membres étaient trouvées chez 4 patients. La muqueuse génitale et buccale étaient atteintes chez 5 et 2 patients respectivement (fig1B, 1C). Trois enfants ont été vaccinés 12 jours avant le début des signes. L'examen histologique avec IFD a confirmé le diagnostic dans tous les cas. Un test ELISA, réalisé pour trois patients, a montré une élévation d'auto-anticorps contre l'antigène BP180 dans les 3 cas. Une hyperéosinophilie était notée chez 75% des patients. Les dermocorticoïdes ont permis une rémission complète en un mois chez 2 nourrissons. La prednisone orale à la dose de 1mg/kg/j était nécessaire pour les autres patients avec une amélioration clinique rapide chez 4 patients (fig1D). Chez un enfant, l'association de dapsons n'a pas montré un bénéfice, mais l'augmentation de la dose de prednisone à 1.5 mg/kg/j a permis d'accélérer la guérison. L'évolution à long terme était favorable chez tous les patients.

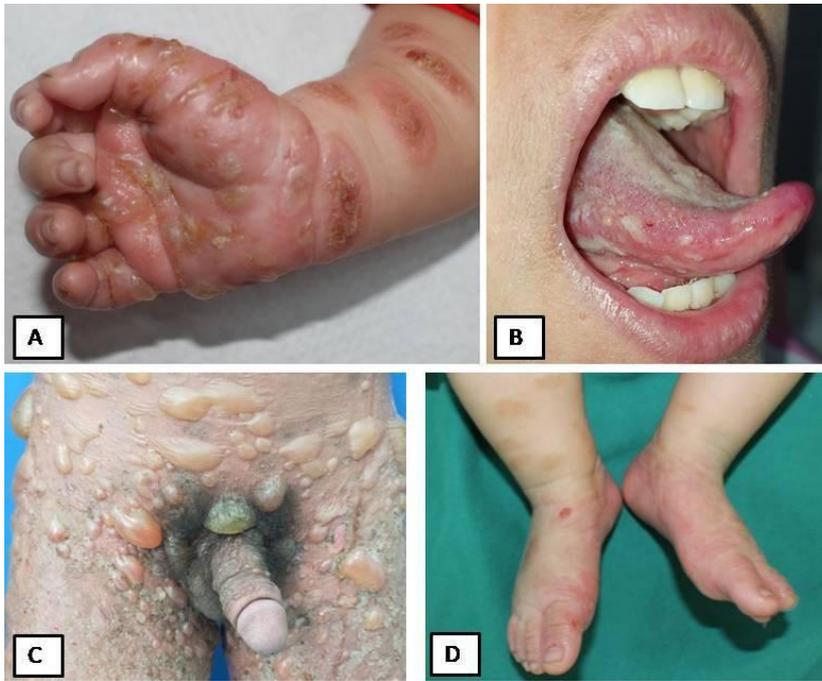
Discussion

La PB est une dermatose bulleuse auto-immune, liée à des anticorps dirigés contre les antigènes BP180 et BP230, touchant principalement les sujets âgés. Dans notre série, elle se caractérise par la localisation acrale chez les nourrissons. L'atteinte des muqueuses est plus fréquente en pédiatrie qu'à l'âge adulte. L'atteinte génitale est plus fréquente chez les adolescents que chez les nourrissons. Le résultat de l'ELISA était positif pour les auto-anticorps contre le BP180 et négatif pour le BP230, qui est habituel dans la PB infantile. Cela peut expliquer la meilleure évolution de la PB chez l'enfant par rapport à celle de l'adulte. Le mécanisme pathogénique qui expliquerait ces différences cliniques serait lié à l'expression de l'antigène BP en fonction de l'âge dans les différentes zones cutanées du corps. Les facteurs étiologiques déclenchant l'apparition de la maladie chez les enfants ne sont pas définis. Une relation de cause à effet entre la vaccination et l'apparition de la PB est difficile à prouver en raison du grand nombre de vaccins. En outre, la poursuite du calendrier vaccinal n'a pas entraîné de rechute. Notre série montre l'efficacité du propionate de clobétasol topique, essentiellement chez les nourrissons, et de la prednisone per os à des doses de 1 à 1,5 mg/kg/j chez les enfants plus âgés.

Conclusion

La PB chez l'enfant diffère de celle des adultes par la distribution des lésions et l'évolution généralement favorable.

Image(s) :



FigA: atteinte bulleuse palmaire/ Fig B: atteinte bulleuse au niveau de la muqueuse buccale et C: au niveau de la muqueuse génitale/ Fig D: Amélioration clinique après traitement par prednisone.

Pemphigoïde bulleuse Photodistribuée : Une Observation Inhabituelle

Sboui K, Korbi M, Ben Hamouda S*, Dweik T, Youssef M, Belhadjali H, Zili J
Service dermatologie, * Service anatomopathologie, CHU Monastir, Tunisie

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse (PB) est la plus fréquente des dermatoses bulleuses auto-immunes chez les personnes âgées. Elle est liée à des anticorps anti-jonction dermo-épidermique dirigés contre les antigènes BP180 et BP230. L'identification des facteurs déclenchants possibles et leur élimination rapide pourrait améliorer le pronostic. Nous présentons ici un cas inhabituel de PB photo distribuée.

Observation :

Une femme de 78 ans, aux antécédents de diabète sous insuline et metformine depuis 10 ans, consultait en période estivale (mois d'août) pour une éruption bulleuse prurigineuse initialement au niveau des zones photo-exposées évoluant depuis deux semaines, sans notion de prise médicamenteuse récente ou application récente de topiques photo-sensibilisants. Les lésions étaient faites de bulles et de vésiculo-bulles tendues à toit intact, à contenu clair surmontant une base érythémateuse et siègeaient initialement au niveau des zones photo-exposées notamment le cou, le décolleté, les avant-bras, les dos des mains, les faces antérieures des jambes, et les dos des pieds. L'évolution était marquée par l'extension des lésions au niveau des cuisses et des bras. L'hémogramme montrait une hyperéosinophilie à 1400. Le diagnostic de PB était retenu sur la base d'une biopsie montrant une bulle sous-épidermique riche en éosinophiles et une immunofluorescence directe montrant un marquage linéaire positif du C3 sur la jonction dermo-épidermique. La patiente était mise sous corticothérapie locale très forte de classe 4 (propionate de clobétasol) et photoprotection avec bonne évolution clinique.

Discussion

La PB a fait l'objet de multiples études visant à définir ses facteurs prédisposants. Divers agents tels que certains médicaments, les brûlures, les interventions chirurgicales, la radiothérapie, les traumatismes, les expositions chimiques, et les infections, ont été associés à l'apparition ou à l'exacerbation de la PB. Des cas de PB déclenchés par des traitements au psoralène et aux ultraviolets (UV) A et B pour le psoriasis et le mycosis fongoïde ont été rapportés. Dans le cas du psoriasis, le facteur déclenchant exact reste controversé et peut inclure des modifications de la membrane basale dépendant du psoriasis. Des cas de PB apparaissant sur des lésions de phototoxicité induite par des médicaments tels que la doxycycline et le furosémide ont également été rapportés. Ces cas ont été signalés comme survenant exclusivement sur des zones photo-exposées où la phototoxicité s'est produite, ainsi que sur tout le tégument cutané. Le cas de notre patiente est intéressant car elle ne présentait pas de dermatose sous-jacente et ne prenait aucun agent photosensibilisant. Cependant, ses lésions sont apparues à la suite d'une exposition solaire intense et étaient localisées sur les zones photo-exposées, avec une extension minimale aux zones partiellement protégées telles que les bras et les cuisses. Cette présentation exceptionnelle de PB photodistribuée soulève des questions sur l'interaction entre cette dermatose et l'exposition aux UV. La perturbation tissulaire médiée par les UV a été proposée comme mécanisme conduisant à l'exposition des antigènes de la zone de la jonction dermo-épidermique et au développement ultérieur d'auto-anticorps, contribuant éventuellement au déclenchement ou à l'aggravation la PB.

Conclusion

Bien que des cas de PB survenus suite à une exposition aux UV aient été rapportés, il est inhabituel que cette dermatose se manifeste avec une photo distribution aussi marquée. Ce cas met l'accent sur la nécessité de réaliser des recherches supplémentaires pour élucider la relation complexe et peu connue entre la PB et la photosensibilité.

Pemphigus paranéoplasique : Quand la peau révèle un cancer digestif

K Sboui, Y Soua, I Lahouel, K Trimech, H Belhadjali, M Youssef, J Zili
Service de dermatologie de Monastir, Tunisie

Introduction :

Le pemphigus paranéoplasique (PPN) est une dermatose bulleuse paranéoplasique, généralement associée à des troubles lymphoprolifératifs, et dont l'évolution est souvent fatale. Les tumeurs malignes non hématologiques sont très rarement incriminées. Nous rapportons un cas de PPN révélant un cancer du cæcum.

Observation :

Une patiente âgée de 83 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle, nous consultait pour des érosions douloureuses et trainantes de la muqueuse buccale, associées à une épistaxis récidivante ainsi qu'à une odynophagie entravant l'alimentation évoluant depuis trois mois. L'examen révélait une chéilite érosive et hémorragique, des érosions de la muqueuse buccale, à fond rouge vif, siégeant au niveau du palais, de la langue avec plusieurs érosions du versant muqueux des lèvres. Des papules érythémateuses érosives siégeaient au niveau du cou et des aisselles. Une plaque érosive était notée en regard de l'ombilic. La biopsie de la muqueuse buccale a révélé une acantholyse avec à l'IFD un dépôt interkératinocytaire d'IgG et de C3. Le diagnostic de pemphigus paranéoplasique était suspecté. Une enquête étiologique révélait la présence d'un cancer du cæcum associé. La patiente était mise sous prednisone 1mg/kg/j avec une amélioration partielle de son atteinte muqueuse. Une prise en charge chirurgicale de sa néoplasie était envisagée.

Discussion :

Le diagnostic de PPN doit être suspecté devant une atteinte muqueuse, souvent isolée et sévère, en particulier de la muqueuse buccale surtout chez le sujet âgé. Différents sous-types cliniques de PPN ont été décrits : Pemphigus vulgaire-like, Pemphigoïde-like, lichen plan-like, et voire même nécrolyse épidermique toxique (NET)-like. La chronologie de l'apparition du PPN par rapport à la néoplasie sous-jacente est variable. Dans environ deux tiers des cas, le cancer est diagnostiqué avant l'apparition du PPN. Il peut être également révélé par le pemphigus. Un bilan étiologique exhaustif doit être réalisé. Les maladies lymphoprolifératives représentent la grande majorité des troubles associés au PPN. L'association d'un PPN à un cancer digestif est exceptionnelle. Selon les critères diagnostiques révisés de Svoboda, publiés en 2021, le diagnostic de PPN nécessite la présence de trois critères majeurs ou deux critères majeurs et deux critères mineurs. Les critères majeurs incluent une atteinte muqueuse avec ou sans atteinte cutanée, la présence d'une néoplasie interne concomitante, et l'identification d'anticorps dirigés contre les protéines de la famille des plakines par les tests immunologiques. Les critères mineurs comprennent des caractéristiques observées en histopathologie, telles qu'une acantholyse et/ou une interface lichénoïde avec éventuellement des kératinocytes nécrotiques, ainsi que la détection d'un marquage interkératinocytaire et/ou de la jonction dermoépidermique par l'IFD. Notre patiente accomplit deux critères majeurs et deux critères mineurs. Il n'existe pas encore de directives spécifiques pour la gestion du pemphigus paranéoplasique. On commence par administrer de la prednisone en première intention pour obtenir une amélioration rapide des symptômes cutanéomuqueux. Il est recommandé d'initier le rituximab dès que possible. En cas d'amélioration partielle avec ce traitement, il peut être envisagé d'ajouter un immunosuppresseur, tel que le mycophénolate mofétil ou l'azathioprine. Il est important de noter que le pronostic de cette maladie reste très défavorable en raison du pronostic de la néoplasie associée, ainsi que de la gravité des lésions muqueuses et de leur résistance au traitement.

Conclusion :

Ce cas met en évidence l'importance de chercher activement une néoplasie sous-jacente devant un pemphigus chez le sujet âgé afin d'assurer une prise en charge adéquate et précoce du patient.

COVID-19 et pemphigus

I. Ouadi¹; Y. Oujidi²; B. Housni² ; N. Zerrouki³ ;N. Zizi³; S. Dikhaye³

¹Service de dermatologie, vénéréologie et allergologie, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc

Service d'Anesthésie et Réanimation, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc

³Service de dermatologie, vénéréologie et allergologie, laboratoire d'épidémiologie, de recherche, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc

Introduction

Le pemphigus englobe un groupe hétérogène de dermatoses bulleuses auto immunes potentiellement mortelles, affectant la peau et les muqueuses. Elles présentent une évolution chronique, avec une morbidité et une mortalité significatives, ainsi qu'une altération importante de la qualité de vie. La mortalité a diminué au fil des ans, principalement grâce à l'utilisation de corticostéroïdes (CS), les immunosuppresseurs (IS) et de nouveaux agents biologiques, notamment le rituximab (RTX). Cependant, à la lumière de la récente pandémie du COVID-19, de nombreuses inquiétudes ont été soulevées quant à l'immunogénicité du vaccin COVID-19 et à la vulnérabilité des patients pharmacologiquement immunodéprimés. Ainsi, nous avons visés à étudier la relation entre l'infection par le COVID-19 et le vaccin COVID avec le pemphigus.

Matériel et méthodes

Notre travail est une étude rétrospective, descriptive et monocentrique menée dans notre service de dermatologie, entre le mois de Juin 2014 jusqu'au mois de Mai 2022, tout les patients avec pemphigus retenu sur des critères cliniques, histologiques et immunologiques ont été inclus.

Résultats

Nous avons recensés 63 cas de pemphigus, avec une incidence de 8 nouveaux cas par an, un pic à été observé en 2020 avec 9 nouveaux cas enregistrés. L'âge moyen était de $55,7 \pm 14,83$ ans et le sex-ratio

F/H était de 1,03. Nous n'avons enregistré aucun cas de pemphigus de novo après une infection par le COVID-19, cependant, chez les patients ayant reçu le vaccin COVID-19, nous avons noté le suivant : 3 récurrences de pemphigus chez des patients antérieurement stables, sans écart thérapeutique et sans événements intercurrents, survenus 1, 6 et 7 mois après la vaccination, et 7 cas de pemphigus de novo, avec une médiane d'apparition de 3 mois après le vaccin, parmi les 7 patients qui ont développé un pemphigus de novo, 5(71%) avaient reçu au moment de l'apparition du pemphigus 3 injections, à savoir Oxford-AstraZeneca pour les 2 premières injections chez tous les patients, pour la 3ème injection, 4 des 5 patients (80%) ont reçu le vaccin BioNTech-Pfizer, tandis qu'un seul patient (20%) a reçu Oxford-AstraZeneca pour la 3ème injection.

Discussion

Le pemphigus, peut être induit ou aggravé par certains médicaments ou vaccins. À ce jour, la population mondiale continue de se faire vacciner contre le SARS-COV2, pouvant être associé à l'augmentation du nombre de nouveaux cas ou de poussées de maladies auto-immunes, notamment le pemphigus dans notre cas, De plus, nous avons noté un pic du nombre de cas en 2020, pouvant être expliqué par une infection COVID asymptomatique, ainsi que par le traumatisme psychologique induit par l'état de quarantaine mondiale et le stress que le monde a vécu durant cette période. De nombreuses théories ont été émises pour expliquer cette augmentation des chiffres, et l'une d'entre elles est la coïncidence avec le pemphigus, mais le nombre croissant de cas plaide contre cette théorie et laisse entrevoir un réveil de l'immunité entraînant l'apparition/les poussées de maladies auto-immunes.

Conclusion

À travers notre série, nous avons observés l'apparition de novo de pemphigus chez des patients antérieurement sains, ainsi que son aggravation chez des patients avec pemphigus. en. rémission clinique, cependant, des conclusions définitives ne peuvent être tirées et plus d'études sont nécessaires.

pemphigus sévères

I. Ouadi1; L. Elyamani1; Y. Oujidi 2 ; B. Housni 2 ; N. Zerrouki1,3; N. Zizi1,3; S. Dikhaye1,3

(1)Service de Dermatologie et Vénérologie, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc

(2) Service d'Anesthésie et Réanimation, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc

(3)Service de Dermatologie et Vénérologie, laboratoire d'épidémiologie, de recherche, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc

Introduction

La mortalité du pemphigus a énormément diminué au fil des ans suite à la découverte des corticostéroïdes (CS) et des agents immunosuppresseurs (IS).

Cependant, ces traitements s'accompagnent souvent d'effets secondaires considérables, en grande partie dus à l'immunosuppression prolongée qu'ils induisent. Par conséquent, de nouveaux traitement ont été déployés pour réduire la morbi-mortalité du pemphigus, tels que les échanges plasmatiques (EP). Ainsi, notre travail vise à étudier l'apport de la plasmaphérèse dans le traitement du pemphigus.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée dans notre service de dermatologie, s'étendant du mois de Juin 2014 jusqu'au mois de Mai 2023, nos patients ont été répartis en 4 groupes (Gp) thérapeutiques, Gp1 sont les patients qui ont reçu les CS et les IS (23 patients), Gp2 sont les patients qui ont reçu les CS, le RTX et les EP (16 patients), le Gp3 sont les patients qui ont reçu les CS et le RTX (12 patients), et le Gp4 sont les patients traités par les CS uniquement (12 patients).

Résultats

Nous avons recensé 63 cas de pemphigus, la moyenne d'âge était de 55,69 ans \pm 14,7 avec un sex-ratio F/M de 1,06. L'absence d'apparition de nouvelles bulles était par ordre croissant : 10,8 jours pour le Gp2, 17,5 jours pour le Gp3, 24 et 43 jours pour le Gp4 et Gp1 respectivement. Les délais de cicatrisation totale étaient comme suit : 19,1 jours pour le Gp2, 25,7 jours pour le Gp3, 31,8 et 55,1 jours pour le Gp4 et Gp1 respectivement. La comparaison des groupes a montré une différence statistiquement significative entre les différents groupes en terme d'absence de lésions et de cicatrisation avec un $p < 0,01$. La durée médiane d'hospitalisation était également réduite chez les patients traités par EP à 5,5 semaines, comparé aux autres groupes ou la médiane d'hospitalisation était de 6,2 semaines, la dose initiale de corticothérapie pleine dose dans le Gp2 était 1,15 mg/kg/jr, 1,2mg/kg/jr pour le Gp3, et 1,6mg/kg/jr pour le Gp1. La dégression de la corticothérapie était démarrée après 7 semaines pour le Gp2, 9 semaines pour le

Gp3, 19 semaines pour le Gp1 et 23 semaines pour le Gp4. Les complications étaient présentes dans 66,6% des cas, dominées par les complications infectieuses (52%), thromboemboliques (23,8%), hématologiques et allergiques dans 4,7% chacune.

Discussion

Peu de centres utilisent les EP pour des indications dermatologiques, notre centre est le premier sur le plan national et maghrébin à avoir testé son efficacité dans le traitement du pemphigus avec des résultats bénéfiques, cependant, le risque de complications est non négligeable, des études similaires chez des patients en neurologie ont noté un risque de complications de 60%, nos taux d'infection peuvent être expliqués par l'altération de la barrière cutanée prédisposant au sepsis ainsi que l'immunodépression pharmacologique, concernant le risque thrombotique, l'inflammation importante, l'hyperviscosité sanguine, et l'alitement chronique sont des facteurs pro-thrombotiques importants.

Conclusion

Les EP ont prouvé être une thérapie adjuvante intéressante dans l'obtention d'une rémission clinique rapide chez les patients avec pemphigus, cependant, les cliniciens doivent être avisés par rapport aux éventuelles complications, et assurer ainsi une bonne surveillance.

Vie sexuelle chez les patients avec pemphigus

I. Ouadi1; L. Elyamani1; N. Zizi2; S. Dikhaye 2

1Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc;

2Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, laboratoire d'épidémiologie, de recherche, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc

Introduction

Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune fréquente dans notre contexte touchant la peau et les muqueuses, à l'origine d'une grande morbi-mortalité ainsi qu'une altération importante de la qualité de vie (QDV), plusieurs études se sont intéressées à l'étude du retentissement sur la QDV, cependant, peu se sont concentrées sur le retentissement sur la vie sexuelle, ainsi nous avons visé à étudier le retentissement du pemphigus sur la vie sexuelle des patients, ainsi que les facteurs associés.

Matériel et méthodes

Notre travail est une étude rétrospective, descriptive et mono-centrique menée dans notre service de dermatologie, sur une période s'étalant entre le mois de Juin 2014 jusqu'au mois de Juin 2023, tous les patients avec pemphigus ont été inclus, l'évaluation de la qualité de vie était réalisée à l'aide du Dermatology Life Quality Index (DLQI), l'évaluation du retentissement sur la vie sexuelle était réalisé à l'aide de questions et de scores spécifiques à savoir le Female Sexual Function Index (FSFI) pour les femmes et l'International Index of Erectile Dysfunction Questionnaire (IIEF-5).

Résultats

Nous avons recensé 69 cas de pemphigus, l'âge moyen des patients était de 58,3 ans, l'âge moyen des femmes était à 58,8 ans et des hommes à 57,9 ans, le sex-ratio F/H était 1,02, des comorbidités psychiatriques ont été notés chez 13% des patients, au moment du diagnostic 89% de nos patients étaient mariés, la durée moyenne d'évolution des symptômes était 2 ans, le DLQI moyen était de 14,8, l'atteinte cutanée était observée dans 98,4%, et l'atteinte muqueuse dans 73%, les zones les plus touchées étaient : le tronc (92,1%), les membres (79,4%), et le visage (49%), quant aux muqueuses, la muqueuse orale était touchée dans 71,4% et génitale dans 27%. 88,9% des patients admettaient un retentissement sur leurs vies sexuelles avec un score moyen FSFI à 26,4, et 57,1% des femmes avaient un score < ou égal à 26, quant aux hommes, la moyenne du score IIEF-5 était 14,3, et 66,7% des patients avaient une dysfonction érectile sévère, les facteurs associés à cette altération selon les patients étaient : les lésions cutanées suintantes et d'odeur nauséabonde (77%), l'atteinte des muqueuses (69%)

principalement la muqueuse génitale (91%) surtout pour les femmes à l'origine de douleur et d'écoulement lors des rapports sexuels, suivi de l'atteinte de la muqueuse orale principalement due aux érosions muqueuses douloureuses (87%) avec l'halitose consécutive (59%), d'autres facteurs étaient la douleur cutanée (45,01%), et la perte de confiance en soi (41,2%).

Discussion

Le pemphigus est une dermatose fréquente dans notre contexte, avec une incidence croissante dans le monde, cependant, peu d'études existent évaluant le retentissement sur la vie sexuelle, contrairement au vitiligo ou le psoriasis, nos résultats montrent l'impact important que cette dermatose a sur la vie sexuelle des patients souffrant de cette dermatose, ceci étant en rapport avec plusieurs facteurs à savoir les lésions muqueuses invalidantes, les douleurs, le suintement ainsi que l'odeur des lésions cutanées.

Conclusion

Notre étude souligne l'impact important qu'a le pemphigus sur la vie sexuelle des patients, incitant les cliniciens à prendre cet élément en considération, et à élaborer des scores adaptés pour mieux prendre en charge ces patients.

Cicatrisation de pemphigoïde bulleuse en grain de milium: série de 7 cas

S. JEBBOUJE, F. HALI, S.CHIHEB

Introduction:

Les grains de milium sont des kystes kératiniques superficiels de 1 à 2 mm en forme de dôme, associés à l'épidermolyse bulleuse héréditaire (EBH), l'épidermolyse bulleuse acquise (EBA), la pemphigoïde bulleuse, le lichen plan bulleux et les porphyries. La pemphigoïde bulleuse (PB) est la maladie bulleuse auto-immune la plus répandue dans le monde.

Le but de cette étude est de mettre le point sur la cicatrisation de la PB en grains de milium.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique. Ont été inclus sept cas de PB avec formation des grains de milium entre la période de Janvier 2013 et Mai 2023. La confirmation des PB était basée sur des éléments cliniques, histologiques et par la fluorescence linéaire des IgG au niveau de la zone de la membrane basale lors d'une immunofluorescence directe et indirecte (IFD, IFI respectivement). Aucun cas n'a bénéficié d'une microscopie électrique.

Résultats:

Sur les 147 cas de PB colligés, sept présentaient une cicatrisation en grain de milium correspondant à une prévalence de 4.76%. Six étaient des hommes, l'âge médian était de 66.8 ans et le délai moyen du diagnostic était de 5 mois. Des tares neurologiques ont été présentes chez 3 patients. Tous les patients ont présenté des lésions type de PB avec à l'examen histologique un épiderme décollé à la jonction ainsi qu'au niveau dermique un infiltrat inflammatoire éosinophilique. L'IFD a montré des dépôts jonctionnels du C3 et/ou IgG. L'immunofluorescence indirecte à la recherche des anticorps anti-MBG (anti-BP180 et anti-BP230) est revenue positive avec des chiffres différents.

Les grains de milium sont apparus dans un délai moyen de 2.6 mois. L'éruption était faite de lésions blanches nacrées en forme de dôme de 1 à 2 mm de diamètre, non prurigineuses, siégeant au niveau des cicatrices des bulles antérieures dans tous les cas sauf un où elles sont apparues sur une peau saine. Le siège le plus fréquent chez nos patients était le tronc et les membres inférieurs puis le cou et le visage. Une régression en quelques mois a été constatée en l'absence d'un traitement adjuvant ablatif.

Discussion:

A notre connaissance, l'association de la pemphigoïde bulleuse et l'apparition des grains de milium est une découverte rare. Dans notre série la prévalence de cette association est de 4.76% ce qui indique qu'un diagnostic différentiel prudent avec les EBA est obligatoire.

L'association des tares neurologiques et PB a été décrite chez 3 de nos patients. Le profil neurologique et PB suggère un lien pour la pathogenèse de PB, mais aucune association avec l'apparition des grains de milium n'a été retrouvée dans la littérature.

La formation des grains de milium au cours de la PB reste encore mal élucidée, mais une interaction de prédisposition immunologique et des interactions atypiques entre les hémidesmosomes et la matrice extracellulaire est suggérée. Les cliniciens doivent rester prudent quant au diagnostic précis du type de la dermatose bulleuse en présence de ces kystes épidermiques.

Conclusion :

A notre connaissance, aucune série n'est décrite dans la littérature étudiant la cicatrisation de la pemphigoïde bulleuse en grain de milium. Notre série de cas est la première mettant la lumière sur cette problématique de la formation des grains de milium qui présente davantage un problème esthétique pour les patients suivis pour pemphigoïde bulleuse

D'autres études sont nécessaires pour comprendre le mécanisme et fournir des approches thérapeutiques afin d'améliorer la qualité de vie de ces patients.

Pemphigus végétant induit par l'indapamide

L.E.MARHRAOUI, F.EL FATOIKI, H.SKALI, F.HALI, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie
CHU Ibn Rochd de Casablanca

Introduction:

Le pemphigus végétant est une dermatose bulleuse auto-immune qui se manifeste par des lésions végétantes localisées au niveau des grands plis.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 70 ans qui présente un pemphigus végétant induit par l'indapamide.

Observation :

Une patiente âgée de 70 ans, hypertendue depuis 5 ans sous Indapamide 1,5 mg/j, qui avait présenté depuis 5 mois des lésions bulleuses prurigineuses occupant la région inguinale, laissant place à des érosions et prenant progressivement un aspect végétant.

L'examen clinique avait retrouvé un placard érythémato-violacé végétant malodorant occupant toute la région inguinale sans atteinte vulvaire ni anale avec un signe de Nikolsky négatif, associé à une chéilite sèche avec deux érosions endobuccales pseudo-aphtoïde, ainsi qu'une atteinte de la muqueuse nasale et une onychomadèse intéressant les ongles des mains.

Le bilan biologique avait montré une hyperéosinophilie à 1190. La biopsie cutanée et l'immunofluorescence directe ont montré une acantholyse et un clivage intra épidermique avec dépôts de C3 et d'IgG le long de la membrane basale.

L'immunofluorescence indirecte à la recherche d'anticorps antisubstance intercellulaire était positive à 1280.

L'enquête pharmacologique menée a incriminé l'indapamide ; ainsi le diagnostic de pemphigus végétant inguinal induit par l'indapamide a été retenu.

Sur le plan thérapeutique une corticothérapie orale 1 mg/kg/j et l'azathioprine 100 mg/j ont été instaurés, avec arrêt de l'indapamide et sa substitution par l'amlodipine.

L'évolution fut marquée par la cicatrisation complète après 2 mois de traitement laissant une légère hyperpigmentation post inflammatoire, avec un recul d'un an sans récurrence.

Discussion :

Le pemphigus végétant est une variante rare du pemphigus vulgaire. Plusieurs cas de pemphigus induit par une prise médicamenteuse ont été rapportés dans la littérature, les molécules les plus couramment impliqués sont la pénicilline, le captopril et les céphalosporines, et le délai entre la prise médicamenteuse et l'apparition des lésions reste très variable.

Il est impératif de rechercher les prises médicamenteuses chez tout patient présentant un pemphigus et d'arrêter, si possible, tout médicament imputable.

Notre observation est considérée originale vu la rareté du pemphigus végétant induit par l'indapamide.

Phénotype clinique, biologique et histologique des pemphigus induits

S. Zakaryaa, F. Hali, S. Chiheb Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca.

Introduction : Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune (DBAI) le plus souvent idiopathique, dont le mécanisme physiopathologique est la présence d'auto-anticorps ciblant des protéines structurales de la peau et des muqueuses au niveau intra-épidermique. Il est par conséquent caractérisé sur le plan clinique par le développement de vésicules et de bulles superficielles et fragiles laissant place à des érosions cutanées et muqueuses. Les pemphigus induits par des médicaments ou des vaccins sont beaucoup plus rares. L'objectif de notre travail est d'étudier le phénotype clinique, biologique et histologique de cette entité pour une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique. Nous rapportons dix cas de pemphigus induits, confirmés par les enquêtes de pharmacovigilance. Matériel et méthodes : Etude prospective colligeant les patients ayant présenté un pemphigus induit par un médicament de mai 2018 à mai 2022 au service de dermatologie de Casablanca. Résultats : Dix patients ont été inclus, 5 avaient présenté un pemphigus induit par la vaccination anti-COVID-19 et 5 un pemphigus post-médicamenteux. L'ensemble des caractéristiques cliniques, biologiques, histologiques et thérapeutiques sont représentés par le Tableau I. Huit étaient des pemphigus profonds, un superficiel et un herpétiforme. Ils se distinguaient cliniquement par un prurit sévère, des érosions post-bulleuses de grande taille, un signe de Nikolsky positif, des plaques urticariennes, une localisation prédictive au niveau du tronc et du dos, ainsi que l'atteinte muqueuse chez neuf patients. Huit patients avaient une hyperéosinophilie sanguine importante associée à une IFI (Anticorps anti-substance inter-cellulaire) positive chez tous nos patients. L'aspect histologique était semblable à celui des pemphigus classiques. L'enquête de pharmacovigilance incriminait la ciprofloxacine, l'amoxicilline-acide clavulanique, la flucloxacilline, le fénofibrate et l'antagoniste du système rénine-angiotensine. Tous nos patients ont présenté une évolution favorable sous traitement systémique (corticothérapie : 1mg/kg/jr, azathioprine) en plus de l'arrêt du médicament imputable. Discussion : Les pemphigus induits sont une entité rare dont les caractéristiques cliniques, biologiques et histologiques sont encore mal élucidées. En effet, à travers nos résultats et ceux de la littérature, les pemphigus induits sont le plus souvent très prurigineux associant de larges érosions au niveau du tronc et du dos, surtout associées à des plaques urticariennes. L'histologie est celle d'un pemphigus classique et la biologie révèle souvent une hyperéosinophilie importante. Par conséquent, tout pemphigus à caractères atypiques ou résistant au traitement doit faire rechercher les prises médicamenteuses à proscrire

Pemphigus et prurit: Prévalence et facteurs prédictifs

S. Zakaryaa, F. Hali, S. Chiheb Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca.

Introduction : Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune le plus souvent idiopathique caractérisée par le développement de vésicules et de bulles superficielles laissant place à des érosions cutanées et muqueuses avec comme principal signe fonctionnel la douleur ayant un retentissement important sur la qualité de vie. Alors que le prurit représente un signe fonctionnel bien documenté au cours de la pemphigoïde bulleuse, très peu de rapports de cas ont traité la survenue du prurit au cours du pemphigus. L'objectif de notre travail est d'étudier la prévalence du prurit dans le pemphigus ainsi que ses principaux facteurs prédictifs. Matériel et méthodes : Etude prospective colligeant les patients ayant présenté un prurit au cours de l'évolution de leur pemphigus sur une durée de 2 ans de janvier 2021 à décembre 2022 au service de dermatologie et de vénéréologie de Casablanca. La composante prurit du BPDAI (Bullous Pemphigoid Disease Area Index) a été appliquée à des patients atteints de pemphigus. Les variables catégorielles et numériques ont été analysées par rapport à une EVA standard de prurit. Résultats : Trente-sept patients ont été inclus, dont 20 hommes (54 %) et 17 femmes (46 %). Le principal facteur de risque était les prises médicamenteuses retrouvées chez 12 patients soit 37 % des cas. 51% des pemphigus étaient superficiels dont 26% séborrhéiques et 25% foliacés, 18 (49%) étaient des pemphigus profonds dont 41% vulgaires et 8% végétants. 14% des patients avaient présenté un pemphigus induit par des médicaments (Pénicilline, amlodipine, paracétamol) / vaccins (anti COVID-19) et 5% un pemphigus paranéoplasique. L'atteinte muqueuse

était retrouvée chez 16 patients soit 43% des cas alors qu'elle était strictement cutanée chez 57% des cas. Le prurit était retrouvé chez 18 patients soit 49% de notre échantillon avec le BPDAl moyen de 24 heures de 3 (sur 10) et le BPDAl Pruritus score total moyen de 11 (sur 30). 10 patients soit 55% avaient une atteinte cutanée pure, un pemphigus actif avec un taux d'IFI (Anticorps anti-substance inter-cellulaire) élevé ainsi qu'un infiltrat éosinophilique sanguin important. Il s'agissait d'un pemphigus foliacé chez 33% des cas, d'un pemphigus séborrhéique dans 33% des cas, d'un pemphigus vulgaire dans 28% des cas et d'un pemphigus végétant chez 6% des cas. A l'étude histologique chez les patients souffrant de prurit, un infiltrat éosinophilique était retrouvé chez 72% des cas. 5 cas de pemphigus induits étaient retrouvés dont 2 foliacés, 2 séborrhéiques et 1 végétant. L'enquête de pharmacovigilance incriminait les vaccins anti Covid-19 chez 2 patients, la pénicilline, l'amlodipine et le paracétamol. Plusieurs patients (62%) avaient présenté une rémission sous traitement systémique (corticothérapie, azathioprine, dapsone) en plus de l'arrêt du médicament imputable en cas de pemphigus induit ; par ailleurs, 38% avaient présenté au moins un épisode de rechute. Discussion : Les patients atteints de pemphigus avec atteinte cutanée isolée avaient des scores BPDAl 24 heures et prurit total plus élevés que ceux atteints d'atteinte muqueuse ou cutanéomuqueuse. Le pemphigus foliacé entraînait un prurit plus important que le pemphigus vulgaire. Les pemphigus induits sont souvent très prurigineux avec une hyperéosinophilie importante biologique et histologique. Les patients présentant un BPDAl élevé avaient des taux d'IFI élevés corrélés à l'activité et sévérité de la maladie. Ainsi ces 3 facteurs étaient prédictifs du prurit

Evolution spectaculaire sous déprivation androgénique d'un pemphigus paranéoplasique récalcitrant associé à un adénocarcinome prostatique

H . Moata ¹, F .Hali ¹, S.Zafad ², H.Jouhadi ², S. Sahraoui ², S .Chiheb¹

¹ Service de dermatologie vénéréologie . CHU ibn rochd. Casablanca . Maroc

² Service d'oncologie radiothérapie. CHU ibn rochd. Casablanca .Maroc

Introduction :

Le pemphigus paranéoplasique (PPN) est une dermatose bulleuse auto-immune rare, associant une stomatite érosive, une éruption polymorphe et une néoplasie, connue ou révélée au moment du diagnostic du PPN. Nous rapportons un cas récalcitrant de pemphigus paranéoplasique associé à un adénocarcinome prostatique, ne s'améliorant qu'après association d'une hormonothérapie au traitement immunosuppresseur conventionnel.

Observation :

Patient âgé de 69 ans, se présente pour des érosions de la muqueuse buccale évoluant depuis 4 mois .L'examen objectivait des érosions endobuccales associées à une cheilite érosive crouteuse , des érosions endo-nasales ,une hyperhémie conjonctivale de l'œil gauche et quelques érosions post bulleuses avec un nikolsky positif au niveau du tronc et de la région fessière. L'étude anatomopathologique de la biopsie cutanée et l'immunofluorescence directe étaient en faveur d'un pemphigus profond. Le taux d' anticorps anti-substances intercellulaires était élevé à 1280 .Le patient rapportait une symptomatologie urinaire à type de dysurie et de pollakiurie nocturne. Le toucher rectale objectivait une prostate augmentée de volume et le taux de Psa était élevé à 23. Une biopsie prostatique a été réalisée confirmant le diagnostic d'adénocarcinome prostatique. Le diagnostic de PPN a été retenu. Le patient a été mis sous corticothérapie orale (1,5 mg/Kg/j) et azathioprine (150mg /j) sans amélioration. Un traitement par hormonothérapie a été associé avec régression des lésions muqueuses et cutanées au bout de 2 semaines.

Discussion :

Le pemphigus paranéoplasique (PPN) est la forme la plus récemment décrite et la plus rare du pemphigus . Il associe des manifestations cliniques cutané-muqueuses polymorphes à une néoplasie, le plus souvent une hémopathie lymphoïde . L'association à un adénocarcinome prostatique a rarement été rapporté dans la littérature. Le diagnostic de PPN est difficile en raison de présentations cliniques et histologiques très variables ,du manque de spécificité des examens immunologiques usuels et de la possibilité d' associations fortuites de pemphigus à des néoplasies, de meilleur pronostic que les véritables PPN. Le traitement de la tumeur associée est primordial pour obtenir une remission.

Rechute grave d'un pemphigus sous Rituximab : Défi thérapeutique réussi par MMF

N. Walid, K.Baline, F.Hali, F.Marnissi, S.Chiheb

Introduction :

Le pemphigus vulgaire est une dermatose autoimmune grave. Son traitement classique basé sur les corticostéroïdes, le traitement immunosuppresseur. Le rituximab a révolutionné sa prise en charge avec une rémission sûre.

Nous présentons un cas exceptionnel d'une rechute grave du pemphigus profond contrôlée parfaitement par MMF et RTX

Observation : Patiente âgée de 43 ans, suivie pour Pemphigus profond depuis 2 ans retenu devant des arguments cliniques, histologiques et immunologiques traité par ctc et Rituximab J0, J14, M6 et M12 avec une bonne amélioration à partir de la première cure de RTX, admise à notre structure devant une rechute grave de sa maladie à 1 mois après sa 4^{ème} cure de RTX(M12), sans notion de prise précoce d'un médicament ou d'une plante médicinale. A l'examen clinique ; des érosions post bulleuses diffuses au niveau du tronc, le dos et les membres avec signe de Nikolsky positif, des érosions péri-orales et périoculaires. Une biopsie cutanée avait éliminé une toxidermie, un bilan paranéoplasique était négatif et les AC anti substances intercellulaires étaient élevés à 1280 (Versus 80). Après échec de plusieurs thérapies ; l'azathioprine, les bolus de corticothérapie et la cure de rituximab seule, nous avons ajouté un Mycophenolate Mofetil au 2ème cycle de RTX à la dose de 1.5g par jour avec dégression progressive des corticoïdes. Une évolution favorable a été notée avec cicatrisation et arrêt des nouvelles lésions 7 jours après cette nouvelle attitude thérapeutique

Discussion :

Le rituximab est un anticorps monoclonal anti-CD20, utilisé efficacement dans le traitement du pemphigus modéré à sévère. Les rechutes de pemphigus sous Rituximab sont inhabituelles voire exceptionnelles. A notre connaissance, c'est le premier cas de rechute après 6 mois de rituximab.

Les guidelines thérapeutiques existantes se limitent au rechute de RTX avant 6ème mois, notre cas était un défi thérapeutique bien réussi avec l'association du Rituximab et mycophenolate mofetil

Biot* rapportait un cas de Pemphigus réfractaire traité d'emblée par ces deux molécules avec une amélioration spectaculaire (1)

Conclusion :

Notre expérience propose une alternative thérapeutique efficace dans le contrôle des rechutes de pemphigus survenant après 6 mois de Rituximab.

1. Biot, S. D. R. N., Franco, J. P. D. A., Lima, R. B., Pereira, H. N. C., Marques, L. P. J., & Martins, C. J. (2014). Refractory pemphigus vulgaris treated with rituximab and mycophenolate mofetil. Anais Brasileiros de Dermatologia, 89, 980-984.

Exploration d'un cas de forme Pemphigus-like : La Maladie de Grover sous investigation

Najlae Rahmani, Ouiame Eljouari, Ibtissam Alfaker, Salim Gallouj
Service de Dermatologie du CHU Mohamed VI de Tanger

Introduction :

La maladie de Grover, également connue sous le nom de dermatose acantholytique bénigne ou de dyskératose acantholytique, est une dermatose peu fréquente qui se manifeste par une éruption cutanée vésiculo-papuleuse érythémateuse prurigineuse localisée sur le tronc, les bras et les jambes. La maladie peut toucher 0.1% de la population générale, avec une prédominance chez les hommes, avec un ratio homme-femme de 2.4 pour 1 avec un Age moyen de début de 61 ans. Bien que la pathogénie exacte de cette maladie demeure inconnue, son évolution mais certains facteurs, tels que la chaleur, la transpiration excessive, l'exposition au soleil et les maladies systémiques, ont été impliqués dans son apparition ; cependant elle est généralement considérée comme une réaction inflammatoire.

Le diagnostic de la maladie de Grover peut être établi cliniquement, mais il est important de réaliser des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic et exclure d'autres affections dermatologiques similaires, telles que le pemphigus vulgaire. Les tests de coloration en immunofluorescence directe et de préparation à l'hydroxyde de potassium sont généralement négatifs pour la maladie de Grover. La confirmation définitive du diagnostic repose sur une biopsie cutanée, qui révèle une acantholyse intra-épidermique, indiquant une perte d'adhérence entre les kératinocytes de l'épiderme.

Case report :

Un jeune homme marocain âgé de 25ans, sans aucun antécédents personnels de diabète ni d'une hypertension artérielle ou de maladie chronique, ni d'antécédents chirurgicaux particuliers ou de comportements toxiques, ni d'allergie alimentaire, médicamenteuse ou environnementale. Il s'est présenté dans notre formation avec une histoire remontant à 5 ans d'installation d'une éruption érythémateuse papuleuse suintante au niveau de la partie supérieure du dos évoluant par poussée et rémission. Lors de l'examen physique, les lésions se présentaient sous la forme de plaques érythémateuse bien limitée à bords irrégulier, accompagnées d'une fine desquamation superficielle.

A la dermoscopie, un fond jaune-rosé avec des vaisseaux polymorphes linéaires, glomérulaires et en épingle à cheveux entouré d'un halo blanchâtre sont les motifs qui ont été observés.

Le patient a rapporté la présence de démangeaisons intenses qui s'aggravaient après avoir transpiré ou pris des bains chauds. Ces symptômes étaient plus prononcés pendant les saisons automnale et hivernale. Malgré l'utilisation de plusieurs traitements topiques, il n'a ressenti qu'un soulagement minimal.

Un bilan biologique a été réalisé au laboratoire incluant une numération formule sanguine, taux d'IgE totales, une protéine C-réactive, hépatique et ionogramme sanguin qui est revenu sans anomalie notable, et les sérologies VIH, hépatite B et C, VDRL étaient tous négatifs.

L'histologie de l'échantillon a révélé une acantholyse supra-basale réalisant des fentes plus que de véritables bulles, de localisation suprabasale ; il s'y associe à une légère dyskératose. Ces caractéristiques ont conduit à un doute diagnostique entre la maladie de Grover et le pemphigus profond. Cependant, un bilan d'auto-anticorps anti-espaces intercellulaires est revenu négatif, ce qui a confirmé le diagnostic de la maladie de Grover dans sa forme pemphigus-like.

Le patient a été initié à un traitement à base d'acitrétine, avec une dose quotidienne de 25 mg correspondant à 0.4mg/kg. En complément, une application de dermocorticoïdes a été recommandée. Les résultats ont été prometteurs, car l'état clinique du patient s'est nettement amélioré et le prurit a complètement disparu. Cette amélioration témoigne de l'efficacité du traitement prescrit.

Discussion :

La dermatose acantholytique transitoire, communément appelée maladie de Grover, est une pathologie acquise rare dont l'origine reste inconnue. Elle a été écrite pour la première fois par Ralph Grover en 1970. Cette affection touche principalement les adultes d'âge moyen et plus âgés, avec

prédominance masculine ; ratio de 2 à 3 pour 1 ; et les personnes de race blanche. Les symptômes caractéristiques comprennent des papules érythémateuses et parfois des vésicules, principalement localisées sur le haut du tronc et les extrémités proximales, accompagnées d'un prurit variable.

Malgré son étiquette initiale de maladie transitoire, ne durant que quelques semaines, des rapports ultérieurs ont démontré que la maladie de Grover peut s'étendre sur plusieurs mois ou se manifester de façon récurrente.

Il est important de noter dans le cas présenté que l'atteinte du dos est habituelle de la maladie de Grover. Dans la littérature médicale l'éruption est généralement tronculaire avec une prédominance au niveau de la poitrine antérieure, du haut du dos et de la région lombaire. L'atteinte des paumes, des plantes des pieds et du cuir chevelu est rare.

Par ailleurs, divers facteurs ont été identifiés comme pouvant aggraver l'état général de la maladie, par exemple, l'exposition prolongée au soleil qui entraîne une augmentation de la chaleur et de la transpiration. Des études ont également révélé que le repos au lit prolongé peut constituer un facteur d'aggravation. Dans le cas de notre patient, il lui a été conseillé d'éviter chacun de ces déclencheurs, car ses symptômes persistent, afin de prévenir leur impact négatif sur l'évolution globale de sa maladie.

De façon caractéristique, l'analyse histopathologique révèle une acantholyse localisée et divers degrés de dyskératose. On distingue ainsi quatre sous-types histologiques : le sous-type à la maladie de Darier, le sous-type similaire au pemphigus, le sous-type similaire à la maladie de Hailey-Hailey et le sous-type de nature spongieuse. Ces différents sous-types peuvent se manifester de manière isolée ou coexister simultanément.

La gestion du traitement de notre patient avec des stéroïdes topiques et de l'acitrétine s'est avérée être une approche thérapeutique initiale efficace pour cette condition, permettant de soulager les symptômes, de réduire les risques d'effets secondaires indésirables et de présenter une rentabilité économique. Dans la littérature, le traitement de première intention consiste à utiliser des émoullients et des stéroïdes topiques ainsi que des analogues de la vitamine D, en association à des antihistaminiques de type H1. Les rétinoïdes systémiques, les corticoïdes oraux ou la photothérapie sont réservés aux cas plus graves ou résistants au traitement.

Conclusion

La maladie de Grover est une affection cutanée rare caractérisée par des éruptions papuleuses et un prurit intense. Bien que sa pathogenèse ne soit pas entièrement élucidée, plusieurs études ont mis en évidence des associations avec le cancer, la chimiothérapie et les antécédents de transplantation d'organes. Cette pathologie est généralement bénigne peut être diagnostiquée par une biopsie cutanée révélant la présence d'acantholyse intra-épidermique. En raison de la possibilité de régression spontanée, le traitement présente un codage défaillant. Pour les cas de nature modérée et temporaire, l'administration d'une simple corticothérapie locale est amplement suffisante. Chez le patient rapporté, le traitement par dermocorticoïdes était insuffisant, mais l'ajout d'acitrétine a entraîné une rémission clinique rapide.

Dermatose acantholytique transitoire : un défi diagnostique

A Chabbouh, S Gara, M Saad, K Sboui, I Chabchoub, N Litaïem, M Jones, F Zeglaoui

Service de dermatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunisie

Introduction :

La dermatose acantholytique transitoire, appelée aussi maladie de Grover, est une dermatose acantholytique acquise peu fréquemment rencontrée en pratique courante. Nous rapportons le cas d'un patient présentant une forme persistante.

Observation :

Un homme de 65 ans, sans antécédents médicaux, nous a consulté pour une éruption prurigineuse évoluant depuis 5 ans ne s'améliorant pas sous dermocorticoïdes. L'interrogatoire a révélé la notion de persistante de l'éruption ainsi que l'aggravation en période estivale. Aucun cas similaire dans la famille n'a été retrouvé. L'examen physique a révélé des papules kératosiques sur le tronc et les épaules confluentes par endroit en plaques érythémato-squameuses et érosives. Une biopsie cutanée a montré une acantholyse suprabasale avec absence d'infiltrat inflammatoire dermique.

L'immunofluorescence directe en peau péri lésionnelle et la recherche d'auto-anticorps circulants étaient négatifs. Le diagnostic de maladie de Grover était retenu. Un bilan réalisé à la recherche d'une néoplasie associée était sans anomalies. Le traitement par acitrétine à la dose de 10mg/j a entraîné une nette amélioration en un mois.

Discussion :

La maladie de Grover est une affection rare touchant les adultes de plus de 40 ans. L'éruption est caractérisée par la présence de papules érythémateuses ou de papulovésicules parfois regroupées en petites plaques. Elle touche essentiellement le tronc, le cou et la partie proximale des membres. Le prurit est présent dans 75% des cas. Les poussées surviennent principalement en hiver, et sont habituellement transitoires. Notre cas se distingue par la persistance de l'éruption et l'aggravation en période estivale ce qui avait amené à un retard de diagnostic de 5 ans. Les traitements symptomatiques tels que les dermocorticoïdes ou le calcipotriol sont généralement efficaces. En cas d'échec, il est possible d'envisager un traitement systémique tel que l'acitrétine ou le méthotrexate. Dans notre cas, les dermocorticoïdes n'avaient montré aucune amélioration et la décision était de mettre le patient sous acitrétine.

Conclusion :

La maladie de Grover constitue un défi diagnostique et thérapeutique. Des études approfondies sont nécessaires pour établir une conduite thérapeutique efficace dans les cas résistants. L'évolution de cette maladie est en général favorable mais un suivi est toutefois nécessaire en raison de l'association rare mais possible avec certaines néoplasies.

Dermatoses du cuir chevelu

Apport de la trichoscopie dans la pathologie capillaire

Najlae Rahmani, Ouïam Eljouari, Ibtissam Alfaker, Salim Gallouj

Service de Dermatologie du CHU Mohamed VI de Tanger

Introduction :

Les pathologies du cuir chevelu sont des affections fréquentes entraînant des symptômes gênants pouvant altérer la qualité de vie des patients. Leur diagnostic précis reste essentiel pour la mise en place d'un traitement adéquat. La trichoscopie, une technique non invasive d'imagerie du cuir chevelu et des follicules pileux, s'est révélée être un outil précieux dans l'évaluation diagnostique de ces pathologies. Dans cette étude, nous avons évalué l'intérêt de la trichoscopie dans le diagnostic des pathologies du cuir chevelu.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude prospective incluant 521 patients présentant différentes pathologies du cuir chevelu, au niveau du service de dermatologie de CHU Mohamed VI de Tanger sur une période de 3 ans, s'étalant du juin 2020 au mai 2023. Tous les patients ont été examinés à l'aide d'un dermoscope avec une plage de grossissement appropriée pour évaluer les caractéristiques du cuir chevelu et des cheveux. Les données ont été enregistrées et analysées à l'aide du logiciel SPSS 21.

Les critères d'inclusion étaient tous les patients présentant une symptomatologie de pathologies du cuir chevelu.

Résultats :

Pour ce groupe de 521 patients, 341 étaient femme et 180 étaient des hommes, l'âge moyen était de 30 ans avec un écart-type de 15.2. Les principales pathologies diagnostiquées étaient le psoriasis dans 33% ; les teignes dans 19.9% des cas ; la pelade dans 17% des cas ; l'alopécie androgéno-générique (AAG) dans 13.8% des cas ; la dermatite séborrhéique dans 5% des cas ; le lichen pileux dans 2% des cas et d'autres pathologies, telles que la folliculite décervante, la cellulite disséquante, et l'acné chéloïdienne dans 1% des cas

L'examen trichoscopique a permis d'identifier des signes dermoscopiques spécifiques pour chaque pathologie. Les signes les plus observés étaient : les squames blanchâtres, l'anisotrichie chez 34.6% des cas, le poil duveteux dans 24% des cas, l'érythème dans 58.4% des cas, les points noirs dans 54% des cas et les points jaunes dans 22.2%. L'étude de corrélation a montré que les points jaunes, les poils duveteux et en points d'exclamation étaient présents dans la pelade ($p < 0.001$) tandis que l'anisotrichie, les signes péripilaires ont été identifiés chez les patients atteints d'une AAG ($p < 0.001$).

Cependant, les poils cassés, en virgule, en tire bouchons et en code à barres étaient liés de manière significative aux teignes.

Dans le psoriasis, les squames blanchâtres, les globules rouges et les vaisseaux en points étaient visibles ($p < 0.001$) alors que les vaisseaux arborisants et les squames jaunes étaient associées à la dermatite séborrhéique ($p = 0.002$).

Discussion :

Le but de notre étude était de déterminer l'intérêt de l'utilisation du dermoscope dans l'identification des troubles capillaires et même essayer de décrire de nouveaux aspects dermoscopiques pour chaque entité.

Quelques études ont essayé de déterminer les aspects dermoscopiques en fonction des différentes pathologies. Nos résultats confirment ces aspects : ainsi les cheveux cassés, points jaunes squames et cheveux en code à barre étaient significativement présents dans les teignes, tandis que les squames

jaunâtres, l'érythème et les vaisseaux arborisants étaient trouvées dans la dermatite séborrhéique. Il existait aussi une relation entre la folliculite décalvante de la nuque et les cheveux en touffes.

Cependant, il convient de noter que la trichoscopie ne remplace pas complètement les autres méthodes diagnostiques telles que la biopsie cutanée. Dans certains cas, une analyse histopathologique peut être nécessaire pour confirmer le diagnostic. De plus, l'interprétation des images trichoscopiques nécessite une expertise et une formation spécifique.

Conclusion

La trichoscopie est une technique non invasive, rapide et précise dans le diagnostic des pathologies du cuir chevelu. Elle permet une évaluation détaillée du cuir chevelu et des cheveux, avec une sensibilité et une spécificité élevées. Son utilisation devrait être encouragée dans la pratique clinique pour une prise en charge optimale des patients atteints de pathologies du cuir chevelu.

L'impact de l'alopecie androgenetique sur l'estime de soi chez les marocains : etude transversale

J. El Haddad Meriem ,Ouiame Eljouari, Salim Gallouj

Service de dermatologie-venerologie, CHU Tanger-Tetouan-Al Hoceima

INTRODUCTION

L'alopecie androgenetique (AAG) est une affection dermatologique couramment rencontrée chez les hommes et les femmes. Bien que l'AAG soit une condition physiologique, son impact sur l'estime de soi d'une personne est si important qu'il ne peut être ignoré. Il a un effet significatif sur une variété d'aspects psychologiques et sociaux de la vie de l'individu.

Nous avons mené une étude transversale dont l'objectif principal était d'évaluer l'impact de l'alopecie androgenetique sur l'estime de soi des femmes et hommes marocains, ainsi que la satisfaction des patients à l'égard de leur apparence.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale menée au sein du service de dermatologie du CHU de Tanger, sur une période s'étendant du mois de février 2023 au mois de mai 2023. A l'aide d'un questionnaire distribué à travers des réseaux sociaux aux femmes et hommes marocains. Les patients atteints d'AAG ont été analysés en fonction de leur âge, de la durée de la maladie, de la progression de la maladie selon l'échelle de Ludwig chez les femmes et l'échelle de Hamilton chez les hommes, des antécédents familiaux d'AAG, de l'estime de soi selon l'échelle de Rosenberg en 10 éléments notés de 1 à 4, et enfin la modalité de traitement. Les données ont été collectées puis saisies sur Google Form, et analysées sur le logiciel SPSS 2021

RESULTAT :

Nous avons reçu au total 102 réponses. La moitié des participants étaient des femmes, l'âge moyen était de 35,3 ans. 52.9% étaient mariés et 80.4% des répondants avaient un niveau scolaire universitaire. 26,7% des hommes avaient une AAG de stade 3, alors que 70.5% des femmes avaient une AAG de stade 1. Selon les résultats, 59.8% avaient des antécédents familiaux d'AAG, et 57.8% présentaient une durée de chute des cheveux allant de 1 à 5 ans. 60% des patients étaient non satisfaits de leur apparence globale et 51% affirmaient qu'ils se sentaient plus âgés à cause de leur AAG. 55.9 % sentaient que l'AAG avait un impact négatif sur leur estime de soi avec leur partenaire et 55.3% sentaient une limitation de leur fonction sociale. Quant à l'estime de soi selon l'échelle de Rosenberg, le score moyen était de 30.63%. Plus de la moitié des répondants appliquaient des traitements topiques, dont 57.1% étaient non satisfait du résultat.

DISCUSSION :

Bien que le sujet de l'AAG ait été largement discuté dans la littérature, peu d'études ont tenté de quantifier les impacts psychologiques et l'estime de soi à ce jour. Notre étude montre que l'AAG réduit l'estime de soi des hommes et des femmes de tous âges. Un lien statistiquement significatif entre la réussite scolaire et l'estime de soi a également été trouvé. Par contre, la plupart de nos patients rapportaient une altération de leur estime de soi avec leurs partenaire et sentaient une limitation de leur fonction sociale.

Dans l'étude de Nilforoushzadeh et Al, une corrélation statistiquement significative a été découverte entre le niveau d'éducation et l'estime de soi avec un score de Rosenberg à 18,81 pour les patients ayant un niveau scolaire universitaire, contre 14,00 pour des patients avec un niveau scolaire secondaire. Par contre, Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre l'état matrimonial et l'estime de soi. Fang Liu et Al ont constaté que 73,3% des patients avaient des antécédents familiaux d'AAG, et la majorité se sentait plus âgé à cause de leur AAG. Roksana et Al ont rapporté que pour la plupart de leurs patients, l'AAG n'a eu que peu ou pas d'impact sur leur relation avec leur partenaire et a rarement causé une limitation sociale, contrairement à notre étude. En plus de cela, ils ont constaté que 56 % des patients suivaient des traitements contre l'AAG et 30,7 % des patients ont déclaré n'avoir jamais essayé de traitement, ce qui concorde avec notre étude. Dans une autre étude, selon Zbiciak-Nylec et al, les hommes touchés par l'AAG considéraient leur AAG comme un facteur qui freine le démarrage des relations. Plus de la moitié d'entre eux estimaient

que les personnes qui ne souffraient pas de chute de cheveux sont beaucoup plus attirantes. Rzepa et al ont révélé que les patients atteints d'AAG considéraient l'onychomycose et la tuberculose comme beaucoup moins gênantes. Quant à l'estime de soi selon l'échelle de Rosenberg, Liu et al ont noté chaque élément de 1 à 4 et ont rapporté un score moyen de 29,79 ce qui se rapprochait avec nos résultats. Tas et al ont noté chaque élément de 0 à 3 et ont rapporté une estime de soi significativement plus faible chez les femmes par rapport aux hommes (score moyen de 11,57 vs 15,76 ; respectivement). Danyal et al ont rapporté des scores moyens de 16,46 pour les hommes atteints d'AAG avec une perte de cheveux légère et de 17,3 avec une perte de cheveux sévère.

CONCLUSION

Notre étude a montré que l'AAG affecte l'estime de soi et le fonctionnement social des hommes et des femmes de tous âges. Le traitement et le conseil peuvent jouer un rôle dans l'amélioration de l'estime de soi. Des interventions plus larges doivent être prévues pour permettre l'accès à un soutien psychologique et psychosocial, en commençant le traitement à un stade précoce de la maladie

Association lupus et alopecie frontale fibrosante : Une observation rare

Walid N, Baline K, Chiheb S, service de dermatologie Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction :

L'alopecie fibrosante frontale (AFF) est une alopecie cicatricielle lymphocytaire dont l'etiopathogenese reste inconnue. Plusieurs maladies auto-immunes ont été associees à l'AFF, et decrites dans la litterature comme le vitiligo et le lichen pigmentogene. Nous decrivons un cas rare d'AFF associe à un lupus cutane suggérant un mecanisme auto-immun dans la pathogenese des AFF.

Observation :

Une patiente de 48 ans, suivie depuis 20 ans pour lupus cutane retenu devant une photosensibilite, des arthralgies, chute de cheveux et un bilan immunologique positif, traitee par Hydroxychloroquine 200mg par jour. La patiente s'est presentee à notre structure pour des lesions cutanees du visage et une alopecie progressive de la racine des cheveux. L'examen clinique retrouve des macules hyperpigmentees par endroit et achromiques atrophiques par d'autres au niveau des joues, le nez et le front, avec un recul de la lisiere du cuir chevelu et alopecie des cils. La dermoscopie montre une hyperkeratose perifolliculaire + l'erytheme et l'atrophie. Le bilan immunologique de son lupus etait negatif. Les deux biopsies cutanees et du cuir chevelu montraient une atrophie epidermique avec vacuolisation basale, un infiltrat inflammatoire peri vasculaire et perifolliculaire

Nous avons retenu le diagnostic d'une alopecie frontale fibrosante en association avec un lupus cutane, la patiente a été mise sous Hydroxychloroquine avec dermocorticoide et minoxidil sur les lesions du cuir chevelu

Discussion :

L'originalite de notre observation reside dans la coexistence de lupus et de l'AFF chez la meme patiente. Nous n'avons que quelques descriptions de cette association dans la litterature. Le chevauchement lupus/AFF suggere la possibilite d'un mecanisme immunitaire commun.

L'apport de la dermoscopie est important dans ce chevauchement en montrant ; l'hyperkeratose peripilaire, l'erytheme, la pigmentation et l'atrophie cutanee. Histologiquement, Les deux caracterises par un infiltrat lymphocytaire. L'hydroxychloroquine est le traitement de choix de cette forme.

Profil épidémio-clinique des pathologies capillaires au sein du service de dermatologie de l'Hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca :

M.Faik Ouahab¹, A.Kelati¹, S.Chiheb¹

¹ Service de dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de Casablanca, UM6SS

Introduction :

La chute de cheveux est un motif de consultation fréquent en dermatologie. Elle est souvent responsable d'un impact psychosocial négatif sur les patients. Ses étiologies sont variables et multifactorielles. La démarche diagnostique repose sur des arguments cliniques et trichoscopiques et histologique dans les cas douteux, notamment les alopecies cicatricielles.

L'objectif de notre étude était de décrire le profil épidémio-clinique des patients consultant pour chute de cheveux dans notre service.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée au sein du service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Cheikh Khalifa Ibn Zayd de Casablanca sur une période de 18 mois allant de février 2021 à août 2022.

Résultats :

Notre série comportait 169 patients. Il y avait une nette prédominance féminine (63,9%). L'âge moyen était de 33,2 ans et 42,6% des patients avaient entre 20 et 30 ans. Des antécédents psychiatriques étaient présents chez 5,9% des patients dominés par les troubles anxieux chez 8 patients et une dépression chez 2 patients. Concernant les antécédents familiaux, nous avons noté 62,5% cas d'alopecie androgénétique familiale (AAG). La majorité de nos patients (42%) avaient une durée d'évolution supérieure à 1 an. La durée d'évolution de l'AAG dépassait une année chez 72,7% des patients, quant aux patients souffrants de pelade, et de teigne du cuir chevelu la durée d'évolution ne dépassait pas 3 mois. Les alopecies non cicatricielles (71,5%) comprenaient l'AAG (26%), la pelade (14,2%), l'effluvium télogène (10,1%), le psoriasis du cuir chevelu (8,3%), l'alopecie de traction (7,1%), les teignes du cuir chevelu (2,4%), la dermatite séborrhéique (2 cas) et la trichotillomanie (2 cas). Les alopecies cicatricielles (28,4%) étaient dominées par le lichen pileaire (10,1%) et l'alopecie frontale fibrosante (AFF) (7,1%). Ce groupe comportait également la folliculite décalvante (5,3%), le lupus discoïde (4,7%) et l'alopecie centrale centrifuge avec un cas. La notion de stress psychologique lié à la pathologie était présente chez 54,2% des cas. Le phototype prédominant dans notre série était le phototype IV (74%). La majorité des patientes atteintes d'AAG de notre série (55,6%) présentaient un stade précoce (stade I de Ludwig). Les hommes consultaient à un stade plus tardif. Ainsi, 23,5% d'entre eux présentaient un stade IIIa de Norwood-Hamilton. Le type de pelade le plus fréquent était la pelade en plaque (87,5%). Concernant les alopecies cicatricielles, les lésions étaient sous forme de plaques bien limitées dans le lupus et le lichen pileaire. Enfin, toutes nos patientes suivies pour AFF présentaient un recul de la lisière frontale de type linéaire.

Discussion :

Les alopecies peuvent être classées en deux types : non cicatricielles, où la repousse du poil est possible, et cicatricielles, résultant d'une destruction irréversible du follicule pileux. L'alopecie androgénétique (AAG) est la forme la plus fréquente de perte de cheveux chez les adultes, touchant jusqu'à 50% des femmes et 80% des hommes, avec une nette prédominance féminine dans cette étude. La pelade peut affecter les deux sexes sans prédominance marquée. Les alopecies cicatricielles (AC) sont moins courantes, représentant 28,4% des patients dans cette étude, principalement en raison de l'augmentation de l'incidence et de l'amélioration du diagnostic du lichen pileaire et de l'alopecie frontale fibrosante (AFF), les principales causes d'AC dans ce groupe

Conclusion :

Le domaine de la trichologie ne cesse d'évoluer. Une compréhension approfondie de l'épidémiologie des chutes de cheveux est une base nécessaire afin de progresser dans ce domaine, orienter la recherche et élaborer des stratégies de prévention et de traitement.

Vitamine D et chute de cheveux : Série de 104 cas

M.Faik Ouahab¹, A.Kelati¹, S.Chiheb¹

¹ Service de dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de Casablanca, UM6SS

Introduction :

En raison de ses propriétés anti-inflammatoires et immunomodulatrices, ainsi que son rôle dans la régulation de la différenciation et la prolifération des kératinocytes, la vitamine D joue un rôle important dans l'homéostasie cutanée et du poil, suscitant ainsi un intérêt majeur en trichologie.

L'objectif de notre travail était de décrire les taux de vitamine D chez les patients consultants pour chutes de cheveux dans notre service.

Matériels et méthode :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée au sein du service de dermatologie de l'Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa sur une période de 18 mois allant de février 2021 à août 2022. La carence en vitamine D a été définie par un taux entre 10-30 ng/ml, une insuffisance a été définie par un taux à <10 ng/ml.

Résultats :

Notre étude comportait 104 cas ayant consulté pour chute de cheveux. Le groupe des alopecies non cicatricielles comprenait 28 cas d'alopecie androgénétique (AAG), 12 cas d'effluvium télogène (ET) 18 cas de pelade, 6 cas de psoriasis et 4 cas d'alopecie de traction. Le groupe des alopecies cicatricielles comprenait 14 cas de lichen plan pileaire, 10 cas d'alopecie frontale fibrosante (AFF), 8 cas de lupus discoïde et 4 cas de folliculite décalvante. Une carence en vitamine D a été retrouvée dans 66,7% des cas d'AAG, 75% des cas d'ET et de lupus discoïde, 85,5% des cas de lichen pileaire, 80% des cas d'AFF et enfin 100% des cas de pelade. Un seul cas d'insuffisance en vitamine D a été retrouvé dans l'AFF.

Discussion :

Le rôle de la vitamine D dans les chutes de cheveux est un sujet d'actualité. Les données de la littérature suggèrent que la vitamine D, en raison de son effet immunomodulateur, pourrait être impliquée dans la pathogenèse de la pelade. Aksu Cerman et Mahamid et al. ont rapporté une diminution des taux sériques de la vitamine D chez les sujets atteints de pelade par rapport aux sujets sains, ce qui a également été retrouvé dans notre étude.

Des études menées par Sanke et al. et Conic et al. suggèrent que la vitamine D peut jouer un rôle dans l'apparition prématurée de l'AAG. Par conséquent, les niveaux de vitamine D devraient être évalués chez les patients atteints de cette pathologie.

Concernant les alopecies cicatricielles, les études de la vitamine D et ces dernières portent essentiellement sur le lichen plan pileaire et l'AFF. Nos résultats étaient comparables aux études de Conic et al. qui rapportaient un taux de carence chez 71% des cas de leur série.

Conclusion :

Le dépistage d'une carence en vitamine D doit être envisagé chez les patients atteints de chutes de cheveux en raison de sa prévalence élevée, mais une comparaison avec une population témoin reste nécessaire. Des études futures devraient évaluer si la supplémentation en vitamine D affecte le milieu immunologique inflammatoire que l'on retrouve dans ce groupe de pathologies.

Un lichen plan pilaire associé à une pelade :

Un cas

I .Chikh, M .Sakhri, H. Sahel

Service de dermatologie CHU Bab El Oued Alger

Introduction :

Le lichen plan pilaire (LPP) et la pelade sont deux pathologies alopeciantes auto-immunes qui s'opposent point par point sur la fréquence, la présentation clinique, le type d'alopecie et le pronostic, mais qui semblent converger vers un même mécanisme physiopathologique, pouvant expliquer leur présence simultanée chez un même individu. Nous rapportons un LPP du cuir chevelu associé à une pelade des sourcils, posant un problème de prise en charge thérapeutique.

Observation :

Patiente âgée de 35ans, présentait depuis 20ans une plaque alopecique cicatricielle du cuir chevelu, limitée en périphérie par un liseré érythemato-squameux. Le test de traction en périphérie de la lésion était négatif. Elle développait trois ans après une pelade des sourcils. L'aspect dermatoscopique était celui d'un LPP avec une hyperkératose et un érythème péri folliculaire. La patiente fut mise sous un traitement topique associant du Tacrolimus topique 1%, de Clotasol crème et du Minoxidil 5% pour son LPP et du Tacrolimus topique 1% et du Minoxidil 5% pour sa pelade des sourcils.

Discussion :

L'association LPP et pelade peut être attribuée à des mécanismes auto-immuns concomitants qui sont représentés par la perte du privilège immunitaire (PI) dans les follicules pileux. Ce concept de PI stipule que le follicule pileux est un site protégé par des mécanismes immunosuppresseurs locaux: la présence de molécule du CMH, l'expression de CMH non classique classe Ib et la production locale d'immunosuppresseurs. Suite à cette perte de la qualité du PI, une réaction immunologique locale autoentretenue et autoaggravée, médiée par les lymphocytes cytotoxiques dirigées contre des antigènes de nature inconnue, avec pour conséquence une destruction du follicule pileux. La différence entre ces deux pathologies est le site de cette perte de PI, qui touche la région du bulge pilaire dans le cadre du LPP, et donc affecte les cellules souches, entraînant une alopecie cicatricielle avec absence de possibilité de repousse, tandis que dans la pelade, c'est plutôt le bulbe pileux qui est atteint et donc les cellules souches sont épargnées, avec alopecie non cicatricielle et par la suite une possibilité de repousse. Les patients atteints de ces alopecies auto-immunes qui ont perdu le PI sur une partie du follicule pileux, pourrait être prédisposés à la perte de ce PI à un autre site du follicule pileux. La région du bulge pilaire est mieux protégée sur le plan immunitaire que celle du bulbe pileux par la présence des cellules souches.

Les patients atteints de LPP ont perdu leur PI au niveau du bulge pilaire et sont donc plus sujets à la perte du PI dans le bulbe pileux, mais l'inverse est moins fréquent, ce qui concorde avec le cas de notre patiente

Conclusion :

L'association de LPP et de pelade est rare avec peu de cas rapportés dans la littérature. Ces deux pathologies s'associent par leur pathogénie complexe impliquant des mécanismes auto-immuns similaires mais distincts par le site atteint du follicule pileux, conduisant souvent à une prise en charge simultanée par des traitements communs.

Cellulite disséquante du cuir chevelu : aspects cliniques et prise en charge

Fès S.BOUGHALEB - H.BAYBAY - M.GUECHCHATI - Z.DOUIHI - M.SOUGHI - S.ELLOUDI - FZ.MERNISSI

Service de Dermatologie et Vénérologie – Centre Hospitalier Universitaire Hassan II-

Introduction et objectif :

La cellulite disséquante du scalp (CDS) est une pathologie inflammatoire chronique rare du sujet jeune, le plus souvent de sexe masculin. Seuls quelques rapports de cas ont été publiés jusqu'à présent concernant la population marocaine. L'objectif est d'analyser les caractéristiques cliniques, dermoscopiques et thérapeutiques de cette pathologie souvent méconnue.

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective unicentrique colligeant les cas de CDS suivis dans notre formation depuis 2017. Ont été inclus tous les patients présentant des caractéristiques cliniques typiques de la cellulite disséquante, avec ou sans étude histologique. Les patients dont la présentation clinique était douteuse ont été exclus.

Résultats :

Au total, onze patients de sexe masculin ont été rassemblés. L'âge moyen était de 42,6ans avec des extrêmes allant de 23 à 65ans. Tous nos patients avaient déjà débuté une prise en charge auparavant, avec une durée moyenne d'évolution de 33,6 mois. La physiopathologie de la CDS repose entre autre sur une occlusion folliculaire, ce qui explique que 45% de nos patients présentaient une acné cicatricielle sévère, un cas présentait une maladie de Verneuil et un autre la triade associant acné, sinus pilonidal et cellulite disséquante. D'autres comorbidités comme le tabagisme et l'obésité avaient été retrouvés dans 18% des cas. L'examen clinique retrouvait chez tous les patients la présence de nodules sous cutanés suppurés, communicants dans 27% des cas, avec une atteinte d'au moins deux régions du scalp dans tous les cas. Les zones du scalp les plus atteintes étaient le vertex et l'occiput. 55% présentaient d'emblée des zones d'alopecie cicatricielle. L'étude dermoscopique avait révélé un érythème (90%), des squames péripilaires (80%), des points noirs (60%) et des bouchons folliculaires (50%). Les fentes cutanées (70%), une polytrichie (50%) et une atrichie (40%) étaient décrits chez 80% des patients au stade cicatriciel. La prise en charge des patients combinait des mesures d'hygiène avec des traitements locaux et systémiques. Le kétoconazole topique était prescrit dans 45% des cas, suivi de l'érythromycine locale (36%) et de l'acide fusidique (18%) pour gérer les surinfections. 90% des patients ont été mis en première intention sous cyclines, associée dans 40% des cas au zinc. Une amélioration partielle était notée dans 82% des cas à 3 mois d'où le maintien du même traitement. Une corticothérapie orale associée au rétinoïdes oraux a été utilisée en deuxième intention après 3 mois chez deux cas. Une stabilité de l'atteinte du scalp était obtenue dans 66% des cas au bout de 6 mois. Au-delà de cette durée, le traitement reposait principalement sur les rétinoïdes oraux et un traitement local par association adapalène et peroxyde de benzoyl chez un patient. Les facteurs associés à une récurrence étaient les écarts thérapeutiques (27%), le rasage (18%) et la reprise du tabagisme chez un patient.

Conclusion :

La CDS reste une pathologie invalidante difficile à gérer. Le principal objectif est d'éviter le stade d'alopecie cicatricielle, et pour cela la combinaison de traitements locaux et systémiques reste préférable. La dermoscopie apporterait un intérêt également dans le suivi de la pathologie.

Alopécie cicatricielle révélant une sarcoïdose

I.BEJJA / H. BAYBAY/ Z. DOUHI/ M. SOUGHI/ S. ELLOUDI/ FZ. MERNISSI
Service de dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction:

La sarcoïdose est une granulomatose multisystemique d'origine idiopathique. L'atteinte du scalp dans la forme cutanée de la sarcoïdose en constitue une manifestation rare et une cause exceptionnelle de l'alopécie cicatricielle du cuir chevelu.

Nous en rapportons un cas chez une jeune femme.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 47ans, sans antécédents particuliers, qui consultait pour l'installation progressive depuis 7ans de plaques alopeciantes du cuir chevelu sans autres signes associés notamment pas de plaintes fonctionnelles respiratoires.

L'examen clinique a révélé de multiples plaques alopeciques atrophiques squameuses par endroit d'allure cicatricielle. Le signe de traction était négatif. L'examen à la dermoscopie a montré des aires jaunes-orangées diffuses avec des squames blanches peripilaires, des télangiectasies et des vaisseaux linéaires irréguliers. L'examen du reste du corps a mis en évidence quelques plaques érythémateuses finement squameuses et atrophiques par endroit au niveau des oreilles, du visage et du tronc avec un aspect aussi lupoidique à la vitropression.

Une sarcoïdose cutanée et un lupus discoïde ont été évoqués. Une biopsie cutanée a été réalisée objectivant des petits granulomes épithelio-giganto-cellulaires sans nécrose caséuse évoquant en premier une sarcoïdose. Le reste de bilan de systématisation a été demandé à la recherche d'une sarcoïdose systémique.

Discussion:

Le granulome sarcoïdosique peut infiltrer les follicules pileux et engendrer une alopecie cicatricielle du cuir chevelu.

La dermoscopie est un outil aidant au diagnostic par la présence de l'aspect jaune orangé correspondant histologiquement à la présence du granulome au niveau du derme et des télangiectasies qui traduisent des vaisseaux dermiques dilatés. Bien que cet aspect lupoidique peut avoir une organisation en ilots ou glomérulaire ou diffuse comme le cas de notre patiente pouvant suggérer à côté de la destruction des follicules pileux une forme active et évolutive de la sarcoïdose.

L'histologie reste l'examen de choix pour confirmer le diagnostic et le bilan de systématisation est nécessaire pour le choix thérapeutique.

Conclusion:

Notre observation relate l'intérêt de l'atteinte cutanée notamment l'alopécie cicatricielle du scalp dans le diagnostic de la sarcoïdose confirmée histologiquement.

References:

1. Gould KP, Callen JP. Sarcoidosis. Available at <http://www.emedicine.medscape.com/article/1123970-overview>. [Accessed March 30th, 2010].
2. Katta R, Nelson B, Chen D, Roenigk H. Sarcoidosis of the scalp: a case series and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 690–692
3. Douri T, Chawaf AZ, Alrefae BA. Cicatricial alopecia due to sarcoidosis. *Dermatol Online J* 2003; 9: 16
4. Pellicano R, Todorovic-Zivkovic D, Gourhant JY, et al. Dermoscopy of cutaneous sarcoidosis. Poster presentation at the Second Congress of the International Dermoscopy Society, November 12-14, 2009, Barcelona.

“Folliculitis Decalvans and Lichen Planopilaris Phenotypic Spectrum”: Three cases report

A.Fliti, B. Karrakchou, M.Elomari Alaoui, S.Hamada, N.Ismaili, L.Benzekri, K.Senouci, M.Meziane

Department of Dermatology, Mohamed V University of Rabat, Ibn Sina University Hospital, Morocco

Introduction

Lichen planopilaris (LPP) and folliculitis decalvans (FD) are two distinct entities of primary scarring alopecia. Recently, they appear to be part of a phenotypic spectrum in which FD and LPP appear simultaneously or in a bi-phasic presentation. Herein, we report three cases of FD and LPP as a new presentation of this spectrum.

Case report:

We report three cases of 2 woman and 1 man presented clinical signs of FD and LPP (specially frontal fibrosing alopecia in 2 cases) : patches of alopecia, tufted hairs , follicular pustules crusts , with linear frontal hairline recession and eyebrow depilation (2 cases) . The hair pull-test was negative. On trichoscopy, there were tufts, pustules and crusts, associated with cicatricial milky-red areas and dilated vessels and peripilar hyperkeratosis, sliding sheaths, perifollicular erythema, and absence of vellus hairs.

A diagnosis of FD associated with lichen planopilaris was set and confirmed by histopathology. It showed multicoupond hair structures and plasma cells exocytose with neutrophilic infiltrate , and an infundibular hyperkeratosis and lymphocytic infiltrate with fibrosis in

Patients were put under oral doxycycline or oral isotretinoin or and intralesional corticosteroids. Topical fusidic acid was prescribed for FD, and oral corticosteroids were used for lichen planopilaris .

Discussion:

FD and LPP are classified into two different primary scarring alopecias according to the North American Hair Research Society. Recently, a new entity combining clinical, trichoscopic and pathologic findings of both FD and LPP has been described as “FD and LPP phenotypic spectrum” (FDLPPPS). It is characterized by concomitant or sequential occurrence of FD and LPP either in the same scalp location or in different ones.

When FD precedes LLP, it is hypothesized that the chronic and repetitive use of antibiotics in FD is responsible of subepidermal microbiome modification causing an exaggerated immune response. In addition to the chronic folliculitis, this immune response exposes new hair follicle antigens, promoting therefore the auto-immunity in LPP. Interestingly, Lobato-Berezo and al described a case of pustular FFA as a new variant of FDLPPPS . To this day, mainly scalp LPP cases have been reported in association with FD . This highlights the possible emergence of new subtypes within this phenotypic spectrum, as our patients cases.

Thereby, trichoscopy seems to have a prominent place in diagnosis orientation by showing either separate features of FD and LPP, or a progressive switch from FD to LPP by dynamic dermoscopy. Histopathology sets the FDLPPPS’ final diagnosis especially when FD and LPP occur in the same area. It is then characterized by more follicular packs and plasma cells exocytosis instead of neutrophils .

This phenotypic spectrum is probably misdiagnosed and is important to seek in doubtful cases to adapt therapies, considering anti-inflammatory agents associated with oral antibiotics are primordial for a better disease management.

Androgenetic alopecia and benign prostatic hyperplasia: myth or reality?

J. Belcadi¹; S. Oulad Al¹; Z. Youssef²; Z. Zhor³; K. Senouci¹; M. Meziane¹

1Dermatology, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco;

2Urology, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco;

**3Laboratory of Epidemiology and Clinical Research,
Faculty of Medicine and Pharmacy, Rabat, Morocco**

Introduction

Androgenetic alopecia (AGA) is a hereditary, androgen-mediated condition characterized by a progressive miniaturization of hair follicles, with terminal follicles, with terminal hairs becoming hairy.

Benign prostatic hyperplasia (BPH) is the most common benign neoplasm in men aged 70 and over, with or without obstructive syndrome. Since AGA and BPH share a common pathogenesis, and AGA manifests itself decades before the onset of BPH, it can serve as an early marker marker of BPH. The aim of the study was to answer the following questions :

Does the prevalence of AGA differ between BPH and non-BPH patients? Is there a difference in prostate size between AGA and non-AGA patients?

Are patients with early AGA predisposed to the early development of development of BPH? Is the severity of AGA (stage) correlated with prostate prostate size?

Material and methods

Prospective cross-sectional study over a 12-month period from March 2022 to March 2023 recruiting patients with BPH from the urology department.

The patients' detailed histories and clinical, biological and radiological examinations were recorded. The stages of AGA were evaluated, by a dermatologist, from I to VII according to the Norwood-Hamilton classification.

Results

We enrolled 63 patients during the study period, 82.5% of whom presented with AGA. The mean age at onset of AGA was 40 years. 47% of patients of patients suffered from stress and 44% reported smoking.

As comorbidities, arterial hypertension was the leading cause (42%), followed by diabetes (25%), abdominal obesity (24.3%) and dyslipidemia (15,8%). The mean age of onset of BPH in non-AGA patients was 67.7 years, while for AGA patients it was 64.5 years. The median was 56 ml, enabling us to divide patients into 2 groups: prostate volume groups: prostate volume < 56 ml and prostate volume > 56 ml. In the first first group, 70% of patients had an AGA, and for the second group group, 62% of patients had aga. For the different AGA grades grade III vertex was the most common (22.2%), followed by grade VI (14.29%).

The comparison of prostate size according to the different stages of AGA did not reveal any significant differences.

Discussion

Studies of the association between AGA and BPH have produced inconsistent results. In our study, the prevalence of AGA in BPH patients was high (82.4%), whereas its prevalence is 30% in the rest of the Caucasian population. The age of onset of BPH in subjects with AGA was two years earlier than in non-AGA subjects. In terms of prostatic volume, patients with high prostatic volume did not have a higher prevalence of AGA, and no difference in prostate size could be observed in patients with early stages of AGA (stages I and II) compared with those with advanced disease (stages VI-VII), which is in line with the results of the study by WenChieh Chen et al. colleagues.

Conclusion

AGA patients are more likely to develop BPH, and moreover at an earlier age. From a practical point of view, it might make sense to consider cross-screening and early treatment of these two most common disorders in men.

Association alopecie androgenetique et hypertrophie benigne de la prostate :

mythe ou realite ?

**J. Belcadi¹; S. Oulad Ali¹; F. Sassine¹ ; Y. Zaoui²; Z. Zeghari³; S. Hamada¹ ; K. Senouci¹
et M. Meziane¹**

¹Dermatologie, Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc;

²Urologie, Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc;

³Laboratoire d'epidemiologie et de recherche clinique,

Faculte De Medecine Et De Pharmacie De Rabat, Rabat, Maroc

Introduction

L'alopecie androgenetique (AAG) est une maladie hereditaire, mediee par les androgenes et caracterisee par une miniaturisation progressive des follicules pileux avec la transformation des cheveux terminaux en cheveux velus.

L' AAG est associee a un risque accru de plusieurs maladies telles que l'hypertension arterielle, la dyslipidemie, l'obesite abdominale et la resistance a l'insuline.

L'hyperplasie benigne de prostate (HBP) est le neoplasme benin le plus frequent chez les hommes ages de 70 ans et plus, avec ou sans syndrome obstructif .

Les observations cliniques et les resultats histopathologiques ont montre que l'AAG

est un processus dependant de la dihydrotestosterone (DHT) avec une miniaturisation continue des follicules pileux sensibles. La fonction prostatique depend egalement de la stimulation des androgenes, en particulier de la DHT, qui intervient son developpement et sa croissance, avec un role non negligeable mais encore debattu dans le developpement de l'HBP.

Comme l' AAG et l' HBP ont une pathogenie commune et que l'AAG se manifeste quelques decennies avant l'apparition de l'HBP, elle peut servir de marqueur precoce de cette derniere.

Objectifs

L'objectif de la presente etude etait de repondre aux questions suivantes : La prevalence de l'AAG differe-t-elle entre les patients atteints d'HBP et ceux qui ne le sont pas ? Existe-t-il une difference de taille de la prostate entre les patients atteints d'AAG et ceux qui ne le sont pas ? Les patients presentant une AAG precoce sont-ils predisposes a un developpement precoce de l'HBP ? La severite de l' AAG (stade) est-elle corrlee a la taille de la prostate ?

Matériels et méthodes

Nous avons effectue une etude transversale prospective sur une periode de 12 mois de Mars 2022 a Mars 2023 recrutant dans le service d'urologie les patients atteints d'HBP diagnostiquee cliniquement, biologiquement et radiologiquement.

Les antecedents details de la maladie, les antecedents familiaux d'AAG ou d'HBP, les antecedents personnels d'hypertension arterielle, de diabete, d'alcoolisme, de tabagisme et le mode de vie ont ete consignes dans un formulaire preetabli. Les donnees concernant l'age, le poids, la taille, le tour de taille, l'indice de masse corporelle et le score IPSS ont ete enregistrees. Tous les patients ont ete soumis a une echographie abdomino-pelvienne, a une debitmetrie urinaire, a un bilan lipidique et une mesure de l'indice glycémique.

Les patients qui etaient sous traitement par finasteride oral ou minoxidil topique au cours des 6 derniers mois ont ete exclus.

Les stades de l' AAG ont ete evalues, par un dermatologue, de I a VII selon la classification de Norwood-Hamilton. Nous avons egalement apprecier l'etat du cuir chevelu cliniquement et a la dermoscopie.

L'HBP a été définie et diagnostiquée selon les critères suivants : volume de la prostate >30 débit urinaire maximal <15 ml/s, débit urinaire moyen <10 ml/s pour un volume d'urine compris entre 200 et 400 ml ; et PSA <10 ng/ml.

Résultats

Nous avons colligé 63 patients durant la période de l'étude dont 82,5% présentaient une AAG.

Un antécédent familial de premier degré d'AAG était retrouvé chez 50,7% des patients.

L'âge moyen de survenue de l'AAG était de 40 ans.

46% des patients se plaignaient de stress dans leur vie quotidienne.

Le tabagisme et l'alcoolisme étaient retrouvés respectivement chez 46% et 12,7% des patients.

Comme comorbidités, l'hypertension artérielle était en chef de fil (42%), suivie du diabète (25%), l'obésité abdominale (24,3%) et la dyslipidémie (15,8%).

L'âge moyen de survenue de l'HBP chez les malades non AAG était de 67,7 ans, tandis que pour les malade AAG, il était de 64,5 ans.

Le volume prostatique médian était de 56 ml ce qui nous a permis de scinder les patients en 2 groupes : volume prostatique < 56 ml et volume prostatique > 56 ml.

Pour le groupe volume prostatique > 56 ml, 52% des patients présentaient une AAG et pour le groupe volume prostatique < 56 ml, 70% des patients présentaient une AAG.

Pour les différents grade d'AAG, le grade III vertex était le plus observé (22,2%) suivi du grade VI (14,29%).

La comparaison de la taille de la prostate en fonction des différents stades de l'AAG n'a pas révélé de différences significatives.

En ce qui concerne l'état du cuir chevelu, une hyperséborrhée était présente chez 82% des patients.

A la dermoscopie, tous les patients avec AAG présentaient une anisotrichie, 1 poil/orifice, des zones d'atrichie focale et une pigmentation péri-pilaire.

Discussion

L'AAG est associée à un risque accru de plusieurs maladies systémiques et à certains facteurs environnementaux, mais des controverses subsistent. Les androgènes comme la testostérone et la dihydrotestostérone sont impliqués à la fois dans l'AAG mais également l'HBP.

L'enzyme 5-alpha réductase, qui transforme la testostérone en DHT, joue un rôle clé.

Les études portant sur l'association AAG et HBP ont abouti à des résultats incohérents.

En ce qui concerne notre étude, la prévalence de l'AAG chez les patients HBP était élevée (82,4%) alors que sa prévalence est de 30% dans le reste de la population caucasienne.

L'âge de survenue de l'HBP chez les sujets atteints d'AAG était plus précoce de deux ans que celui des sujets non AAG.

En ce qui concerne le volume prostatique, les patients avec un volume prostatique élevé n'avait pas une prévalence plus élevée d'AAG. et enfin pour répondre au dernier objectif de notre étude, aucune différence de taille de la prostate n'a pu être constatée chez les patients présentant des stades précoces de l'AGA (stades I-V) par rapport à ceux dont la maladie est avancée (stades VI-VII).

Conclusion

Une association entre l'existence d'une AAG et la survenue d'une HBP a été observée dans notre étude. L'AAG a également été associé à un âge plus précoce de survenue d'HBP.

Pour confirmer davantage nos observation, des études à grande échelle sur l'association entre l'HBP et l'AGA dans la population générale sont nécessaires. Sur le plan pratique, il pourrait être judicieux d'envisager un dépistage croisé et un traitement précoce de ces deux troubles les plus courants chez les hommes.

Alopécie fibrosante frontale : Une série de 9 cas

Cherif M, Sellami K, Hamdi A, Abid M, Boudaya S, Bahloul E, Turki H
Service de dermatologie, CHU Hedi Chaker, Université de Sfax, Tunisie

Introduction :

L'alopécie fibrosante frontale (AFF) est une alopécie cicatricielle lymphocytaire dont l'incidence est toujours en progression. Elle est définie par un recul de la ligne d'implantation des cheveux sur le cuir chevelu. Nous étudions ses caractéristiques épidémio-cliniques et trichoscopiques.

Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective des cas d'AFF colligés dans le service de dermatologie de Sfax entre janvier 2014 et mai 2021. Le dermoscope Dermlite II PRO a été utilisé en lumière non polarisée.

Résultats :

Neuf femmes d'un âge moyen égal à 50 ans (43-61 ans) ont été colligées. Quatre patientes étaient ménopausées (44%).

Cliniquement, 3 patientes avaient une atteinte occipitale associée (33%) et 2 patientes avaient une atteinte pariétale (22%). Quatre patientes (44%) présentaient une atteinte des sourcils et 88% des patients présentaient une AFF de grade III. Les schémas cliniques étaient les suivants : zigzag (55%) et linéaire (44%). Parmi les lésions faciales, le lichen plan pigmentaire (LPP) (44%) et les macules lentigineuses (22%) étaient présents.

La trichoscopie réalisée sur 7 patients a montré l'absence de cheveux duveteux sur le bord frontal (100 % des cas), des squames périfolliculaires (85 %), un aspect en nid d'abeille et l'absence d'orifices folliculaires (71 %), des gaines péripilaires et des zones blanc ivoire (57 %), un érythème périfolliculaire, une pigmentation périfolliculaire et des cheveux en épingle (42 %).

Discussion :

Nos données convergent avec ceux d'autres études précédentes concernant la prédominance féminine, la survenue en période péri-ménopausique, avec une majorité de grade III. Cependant, dans la série de Panchaprateep et al (58 cas), la pseudo-frange, absente dans notre série, était notée dans 43% des cas. L'atteinte des sourcils est moins fréquente dans notre série (44% versus 69%). De plus, 32% des cas présentaient des papules faciales, absentes dans notre série.

A la trichoscopie, la fréquence de l'érythème, de l'hyperpigmentation et des squames périfolliculaires était similaire, alors que le motif en nid d'abeille était plus fréquent (71% versus 23%).

Conclusion :

La fréquence de l'AFF est en nette augmentation. La connaissance de son aspect trichoscopique permettrait d'éviter une biopsie cutanée.

Alopécie post opératoire : Signes cliniques et trichoscopiques

R. Said El Mabrouk 1; N. Fetoui Ghariani 1; M. Bel Kahla 1; S. Saad 1; B. Sriha 2 ; M. Ben rejeb 1; M. Lahouel Gaied 1; N. Ghariani 1; S. Mokni 1 ; A. Aounallah 1; M. Denguezli 1.

1 Université de Sousse, Faculté de Médecine, Service de Dermatologie, C HU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.

2 Université de Sousse, Faculté de médecine, Laboratoire d'anatomopathologie, C HU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.

Introduction

L'alopécie induite par la pression (AP), également connue sous le nom d'alopécie post opératoire survient généralement à la suite d'une immobilisation prolongée de la tête, telle qu'une intervention chirurgicale de longue durée ou une hospitalisation en unité de soins intensifs. Les signes trichoscopiques ne sont pas spécifiques mais peuvent aider au diagnostic. Nous rapportons un cas d'AP chez un enfant et nous décrivons les signes trichoscopiques.

Observation

Un garçon âgé de 10 ans a présenté une plaque d'alopécie au niveau du vertex deux semaines après une intervention chirurgicale de fermeture de communication inter auriculaire par un patch de péricarde autologue. L'intervention a été réalisée sous anesthésie générale et le patient est resté en réanimation immobilisé pendant 10 jours. Cliniquement il présentait une plaque alopecique bien délimitée, mesurant environ 10 × 5 cm (Figure 1). Le test de traction des cheveux est négatif. La trichoscopie a montré un érythème, de multiples cheveux cassés, des points noirs et des pseudo-comédons regroupés en amas au niveau des ouvertures folliculaires vides ou associées à des cheveux fins duveteux courts parfois enroulés (Figure 2). L'extraction manuelle des comédons a entraîné un nettoyage des images trichoscopiques avec disparition des comédons laissant place à des points jaunes (Figure 3). Une repousse spontanée des cheveux a été observée après 5 semaines.

Discussion

L'AP a été décrite pour la première fois en 1959 après des interventions chirurgicales gynécologiques de longue durée, pouvant être cicatricielle et/ou non cicatricielle. Elle peut survenir chez l'adulte comme chez l'enfant, généralement 3 à 28 jours après les événements déclencheurs et affecte les convexités du cuir chevelu, en particulier le vertex et l'occiput. La

durée de la pression semble être un facteur plus important que son intensité. Le pronostic est souvent bon, avec une résolution complète de l'alopecie dans environ 90 % des cas. Le mécanisme de la chute des cheveux est dû à une ischémie tissulaire causée par une pression prolongée sur le cuir chevelu, qui entraîne une compression des vaisseaux entourant les follicules pileux avec l'arrêt de leur activité par hypoxémie. Cliniquement, l'AP se présente sous la forme d'une plaque d'alopecie bien circonscrite, dans des zones correspondant à la zone de pression de la tête lors de l'immobilisation. La trichoscopie aide au diagnostic positif de l'AP en montrant des comédons, des points noirs et l'absence d'ouvertures folliculaires, permettant ainsi d'éliminer les diagnostics différentiels, en particulier la pelade qui survient dans un contexte similaire et qui se caractérise par la prédominance des points d'exclamations.

Conclusion

L'AP est une entité rare et particulière, dont le diagnostic positif est facilité par la trichoscopie.

R. Said El Mabrouk 1; N. Fetoui Ghariani 1; M. Bel Kahla 1; S. Saad 1; B. Sriha 2 ; M. Ben rejeb 1; M. Lahouel Gaied 1; N. Ghariani 1; S. Mokni 1 ; A. Aounallah 1; M. Denguezli 1.

1 Université de Sousse, Faculté de Médecine, Service de Dermatologie, C HU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.

2 Université de Sousse, Faculté de médecine, Laboratoire d'anatomopathologie, C HU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.

Introduction

L'alopecie frontale fibrosante (AFF) est une alopecie cicatricielle lymphocytaire primaire qui fait partie du spectre du lichen plan pileaire (LPP). Sa prevalence a augmenté au cours des dernieres années.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective colligeant les malades atteints d'AFF ayant consulté en dermatologie sur une durée de 6 mois, dont le diagnostic a été confirmé par l'étude histopathologique. Pour chaque patiente, nous avons relevé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et trichoscopiques.

Résultats

Nous avons recensé 10 patientes, âgée en moyenne de 54 ans, dont 7 étaient ménopausées. Huit patientes étaient de phototype IV selon la classification de Fitzpatrick. Les dermatoses associées étaient à type de lichen pigmentogène (2cas) et syndrome de Lassueur-Little Graham (1cas). Le délai diagnostique était de 2,5 ans. Dans 70 % des cas une alopecie partielle ou totale des sourcils a été observée, apparue dans un tiers des cas avant l'alopecie du cuir chevelu. La localisation fronto-temporale était la plus fréquente. Le signe du cheveu solitaire était présent dans 80% des cas. Les signes trichoscopiques communs à toutes les patientes étaient les unités folliculaires avec un seul cheveu, l'absence d'ouvertures folliculaires, l'érythème périfolliculaire, et le fond de couleur blanc ivoire. Une pigmentation brune périfolliculaire a été observée dans 90% des cas (n=9), les squames périfolliculaires dans 80% (n=8) et les points et globules rouges des sourcils dans 40% des cas (n=4).

Discussion

L'AFF a été rapportée principalement chez les femmes ménopausées. Son étiopathogénie reste inconnue, bien que certaines hypothèses soient proposées, notamment des facteurs hormonaux, l'auto-immunité, la susceptibilité génétique et certains facteurs exogènes. Sa prévalence a augmenté de façon exponentielle ces dernières années, probablement en rapport avec l'augmentation des facteurs déclenchants ou la sensibilisation accrue des cliniciens à ce type d'alopécie cicatricielle. L'alopécie des sourcils peut commencer par une perte de poils dans le tiers externe du sourcil ou par une raréfaction diffuse. Elle peut précéder ou être concomitante à l'atteinte du cuir chevelu, et peut évoluer vers une perte totale des sourcils.

Mis à part les signes trichoscopiques observés chez nos patientes, les vaisseaux arborescents sont parfois décrits. La présence du cheveu isolé est un indice clinique utile permettant le diagnostic différentiel avec l'alopécie androgénétique, se distinguant par la présence d'anisotrichie sur le plan trichoscopique. Les autres diagnostics différentiels de l'AFF sont le LPP où le fond est plutôt rouge laiteux, l'alopécie de traction et la pelade.

Conclusion

La trichoscopie est une technique rapide et non invasive permet non seulement de poser le diagnostic d'AFF, mais aussi d'éliminer les diagnostics différentiels ce qui permet d'instaurer un traitement précoce.

H.MARGHADI 1 M. HANDI 1 M.ABOUDOURIBI 2 , S.AMAL1 2 , O.HOCARI 2

(1) Service de dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI Marrakech

(2) Laboratoire Bioscience et santé , FMPM Université Caddi Ayyad , Marrakech

L'alopécie frontale fibrosante (AFF) se traduit classiquement par une alopécie cicatricielle en bande impliquant la racine fronto-temporale et les sourcils. Le diagnostic est confirmé par la trichoscopie montrant l'absence de poils duveteux et les squames péripilaires , ainsi que l'histologie objectivant une alopécie cicatricielle avec un infiltrat lichénoïde.

Une atteinte occipitale a été décrite dans jusqu'à 32 % des cas, cependant elle survient généralement en association avec l'atteinte de la zone antérieure.

Nous rapportons un cas d'une patiente avec une alopécie occipitale fibrosante (AOF) isolée.

Observation

Patiente de 35 ans , suivie pour hypothyroïdie sous lévothyroxine se présentait pour une plaque alopecique en bande occipitale associée à un prurit modéré évoluant depuis une année (Figure 1). La ligne fronto-temporo-pariétale et les sourcils étaient sans anomalies.

La trichoscopie montrait un érythème diffus, des squames péripilaires , des zones blanches cicatricielles , des gaines coulissantes et l'absence d'ouvertures folliculaires (Figure 2 et 3)

La biopsie du cuir chevelu a confirmé le diagnostic de lichen plan pilaire.

Vu le caractère rapidement évolutif de la maladie, une corticothérapie par voie générale était prescrite en association à des infiltrations locale de bétaméthasone.

L'évolution était marqué par la disparition du prurit et un début de repousse pilaire.

Discussion

L'alopécie frontale fibrosante (AFF) a été décrite en 1994. Elle est caractérisée par une alopécie cicatricielle en bande touchant la zone antérieure du cuir chevelu. Une alopécie des sourcils est fréquemment associée ainsi que des atteintes axillaire, pubienne, des duvets du visage et des poils du corps.

L'AFF atteint des femmes après la ménopause mais des cas chez l'homme et chez la femme jeune sont décrits, comme le cas de notre malade.

Velasco Martinez et al a rapporté une première série de 14 femmes atteintes d'AOF isolée.

La plupart des patientes de la série n'étaient pas consciente de leur alopécie occipitale qui a été découverte lors de l'examen clinique pour l'évaluation de la chute excessive des cheveux. Cela suggère que l'AOF pourrait être plus fréquente mais sous-diagnostiquée.

La trichoscopie montre une perte d'ouvertures folliculaires dans la zone alopecique et une perte de poils duveteux avec des gaines péripilaires entourant la tige pilaire.

Dans les stades précoces , Elle peut mimer une alopécie de traction , une pelade ophiasique et même une AAG.

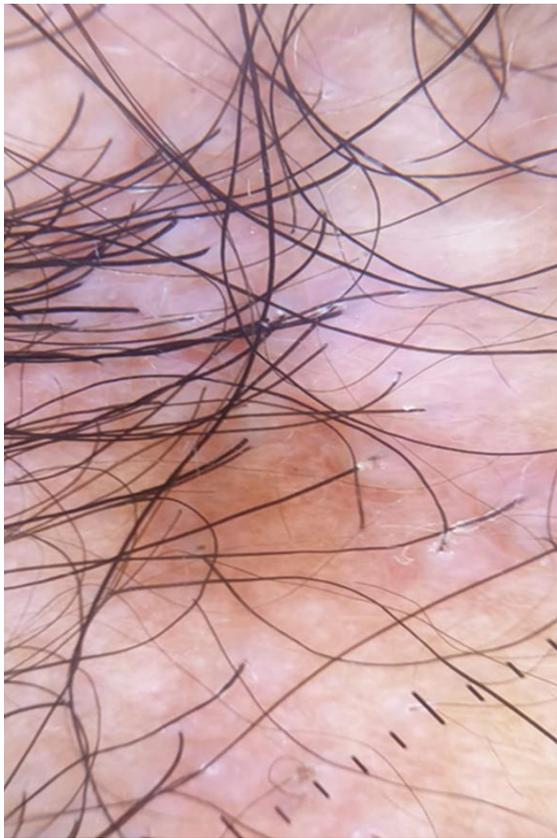
Le traitement de l'AFF ainsi que que ses variantes reste un challenge. La corticothérapie intra-lésionnelle permet d'obtenir une amélioration chez presque 60 % des patients. Les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase (5AR), finastéride et dutastéride donnent également de bon résultat.

Conclusion

Il est important d'évoquer L'AOF devant une alopécie occipitale cicatricielle isolée.

Les cliniciens doivent être conscient de cette variante et évaluez la racine occipitale chez les patients présentant une perte de cheveux.





Apport de la dermoscopie dans le diagnostic de la pelade congénitale : Une nouvelle observation

Y Yousfi, M Ben Kahla, N Fetoui, M Lahoual, S Saad, M Ben Rjab, A Aounallah, N Ghariani, S Mokni, M Denguezli

Service de dermatologie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, Tunisie

Introduction :

La pelade est considérée comme une maladie auto-immune acquise. Cependant, des cas de pelade congénitale ont été rapportés remettant ainsi en question notre compréhension de la maladie. Nous présentons, ici, un nouveau cas de pelade congénitale.

Observation:

Une fille âgée de 5 ans, née à terme d'une grossesse bien suivie, issue d'un mariage consanguin, est suivie pour une anémie ferriprive avec carence en vitamine D. Elle nous était adressée par son pédiatre pour une alopecie du cuir chevelu évoluant de façon stable depuis la naissance. A l'examen clinique, elle présentait des plaques alopeciques, lisses, bien circonscrites, et non cicatricielles du cuir chevelu. La Dermoscopie a montré des points jaunes, des poils duveteux et une repousse partielle des cheveux normaux. Le diagnostic d'une pelade congénitale a été retenu. Une absence de pelade dans la famille était notée. La patiente a été mise sous Minoxidil, des dermocorticoïdes et des bolus de Methylprednisolone.

Discussion :

La pelade est fréquente chez les enfants. Cependant, elle est rarement rapportée chez les nourrissons et encore moins dans la période néonatale. Elle a été classée comme une maladie auto-immune acquise alors qu'elle pourrait être congénitale et plus fréquente qu'on ne le pense. Douze patients ont été rapportés dans la littérature, avec une prédominance féminine, des antécédents familiaux positifs dans cinq cas : Ceci suggère que des facteurs génétiques sont impliqués dans le développement de la pelade congénitale, comme dans le cas de la pelade acquise. La présentation clinique de la pelade reste la même, quel que soit l'âge d'apparition mais l'âge précoce a été signalé comme un indicateur de mauvais pronostic. La Dermoscopie reste un outil anodin et efficace pour orienter le diagnostic.

Pelade en association avec les maladies auto-immunes : série de 212 cas

**Mnif E, Hammami F, Kouki C, Chaabouni R, Sellami K, Masmoudi A, Boudaya S,
Amouri M, Mseddi M, Bahloul E, Turki H
Service de dermatologie CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie**

Introduction :

La pelade est une alopecie non cicatricielle acquise auto-immune. D'autres maladies auto-immunes (MAI) peuvent s'y associer. L'objectif de ce travail était d'évaluer la prévalence et les facteurs associés aux MAI au cours de la pelade.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les patients ayant consulté à notre service pour une pelade sur une période de 4 ans (2016-2022).

Résultats :

Nous avons inclus 212 cas. L'âge moyen était de 27,8ans avec un sex-ratio (H/F) de 1,2. Une MAI était associée chez 18 patients (8,5%). La dysthyroïdie était la MAI la plus fréquente (50% des cas). Les autres MAI étaient : un lupus systémique (n =1), vitiligo (n =1), syndrome des antiphospholipides (n =1) polyendrinopathie auto-immune de type 4 (n =1), maladie cœliaque (n =1), anémie de Biermer (n=2).L'âge moyen des patients ayant une MAI associée était significativement plus élevé (36,3 ans VS 29,9 ans) (p=0,02). Le sexe féminin était associé à la présence de MAI (p=0,04). L'atopie et les antécédents familiaux de pelade n'étaient pas associées aux MAI (p=0,9 et p=0,2 respectivement). La pelade universelle (PU) était le type le plus fréquemment associé aux MAI (36%), suivie par la pelade en plaque (7%) et la pelade décalvante totale (4%) (p=0,28). L'atteinte des sourcils, cils et des ongles n'étaient pas prédictives d'une MAI associée (p=0,2 ; p=0,47 et p=0,43 respectivement).

Discussion :

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature concernant la prévalence et le type des MAI associée à la pelade. Les dysthyroïdies étant les plus fréquentes. Peu d'études se sont intéressées à évaluer les facteurs associés à la présence de MAI au cours de la pelade. Selon notre étude, le sexe féminin et l'âge étaient les plus prédictifs de MAI. Plus que le tiers des patients avec une PU avait une MAI associée dans notre série. La sévérité de la pelade semble ainsi influencer la prévalence de MAI associé.

Conclusion :

Notre étude a permis de relever certains facteurs qui peuvent aider le clinicien dans le dépistage des MAI associée à la pelade.

L'association pelade et lupus cutané : à propos de trois observations

M. Khallouki^{1, 2}; M. Aboudourib^{1, 2}; O. Lafdali^{1, 2}; O. Hocar^{1, 2}; S. Amal^{1, 2}
Service de dermatologie, chu mohamed vi, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc; ²Laboratoire Biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech - Univeristé Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

La pelade est une cause fréquente d'alopécie acquise non cicatricielle. Il s'agit d'une

maladie inflammatoire d'origine auto-immune touchant avec prédilection des sujets génétiquement prédisposés. Elle peut s'associer à plusieurs comorbidités représentées principalement par les maladies auto-immunes ;

La coexistence de la pelade et le lupus érythémateux disséminé (LED) a été décrite, mais l'association entre ces affections n'a pas encore été fermement établie.

Nous rapportons 3 observations de patientes suivies pour pelade ayant développé un lupus cutané. L'intérêt de notre travail souligne l'association de la pelade aux maladies auto-immunes et en particulier le lupus cutané.

Observation 1 :

Une patiente âgée de 40 ans suivie depuis 8 ans pour une polyendocrinopathie auto-immune faite de thyroïdite auto-immune, de maladie d'Addison associés à une pelade an plaque du cuir chevelu pour laquelle elle avait reçu des infiltrations de corticoïdes ; elle consultait pour des lésions papuleuses érythémato-squameuses au niveau du visage et une photosensibilité associée à une rechute de sa pelade. L'examen histologique avait montré un aspect de lupus chronique. Le bilan de systématisation du lupus était normal. La patiente a été traitée par Hydroxychloroquine et des infiltrations de corticoïdes pelade avec amélioration partielle.

Observation 2 :

Une patiente âgée de 54 ans suivie depuis 6 ans pour une pelade universelle ayant reçu des bolus et des infiltrations de corticoïdes sans amélioration. Elle est également suivie pour une cholangite biliaire primitive avec des anticorps anti MI2 positifs. Elle consultait pour des lésions papuleuses érythémato-squameuses intéressant le cou, le décolleté, la partie haute du dos et les extrémités évoluant depuis 18 mois ; et dont la biopsie cutanée était en faveur d'un lupus subaigu. Le bilan réalisé avait objectivé des anticorps antinucléaires AAN positifs à 1/320, des anticorps SAA douteux à 14, des anticorps SSB et anti DNA natifs négatifs et une thyroïdite auto-immune avec des AC anti thyroglobuline positifs. La patiente a été mise sous Hydroxy chloroquine et des dermocorticoïdes avec une régression des lésions cutanées.

Observation 3 :

Une patiente de 35 ans suivie depuis 6 ans pour une pelade universelle ayant reçu des bolus de corticoïdes avec repousse totale , se présentait pour des lésions cutanées sous mammaires prurigineuses évoluant depuis 5 ans avec une photosensibilité dont la biopsie cutanée avait montré un aspect de lupus chronique avec une immunofluorescence directe IFD positive avec des dépôts linéaires au niveau de la membrane des anticorps anti IgG et d'IgM. La patiente avait aussi une thyroïdite .La patiente a été traitée par Hydroxy chloroquine et des infiltrations aux corticoïdes .

Discussion :

La pelade est parfois associée à d'autres maladies auto-immunes ou allergiques. A ce jour, plusieurs cas de LED associés à la pelade ont été rapportés dans 1,2% des cas.

Cette association est plus fréquente chez les patients âgés et de sexe féminins comme nos observations. En effet, les lymphocytes T CD4+ ont un rôle central dans la genèse des deux maladies, produisant des auto-anticorps pour plusieurs antigènes, ce qui entraîne l'induction ultérieure d'une auto-immunité. Une étude pangénomique a suggéré que plusieurs régions génomiques sont significativement associées à la pelade, au lupus érythémateux et à d'autres maladies auto-immunes.

Une étude cohorte menée par Khalaf et al a comparé des patients atteints de pelade avec des cas témoins : elle a montré une prévalence de 0,3% du LED chez les patients pelade et elle est élevée par rapport aux témoins . Cette association augmente avec l'âge et le sexe féminin. Une autre étude menée par Chanprapaph K et al a analysé les facteurs prédictifs de survenue de LED concomitant à une pelade et a identifié le sexe féminin, l'âge d'apparition supérieur à 40 ans et l'ascendance juive comme facteurs de risque.

Dans certains cas, la pelade peut s'associer à plusieurs pathologies auto-immunes à la fois. Dans notre série : La patiente 1 avait une polyendocrinopathie auto-immune associant une thyroïdite, une maladie d'Addison, et une pelade et le lupus par la suite, la patiente 2 avait une association de pelade universelle, thyroïdite auto-immune, cholangite biliaire primitive et le lupus subaigu avec des

anticorps AAN positifs .Enfin la patiente 3 avait une association de pelade ,lupus chronique et de thyroïdite .

Conclusion :

Plusieurs maladies auto-immunes peuvent s'associer à la pelade et la coexistence avec le lupus n'est pas rare .Une meilleure connaissance des comorbidités liées à la pelade pourrait aider à mieux les comprendre, les dépister si nécessaire.

Syndrome de Graham Lissuaeur associé à une alopécie frontale fibrosante : à propos d'un cas.

I.Kial, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal

Service de dermatologie vénéréologie du CHU Mohamed VI de marrakech, faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

Introduction

Le syndrome de Graham Little-Piccardi-Lassueur est un type de lichen pilaire caractérisé par la triade d'alopécie cicatricielle du cuir chevelu, d'alopécie non cicatricielle de l'aisselle et de la région génitale et d'une kératose pilaire. Elle touche les femmes entre 30 à 70 ans. Seuls quelques cas ont été rapportés dans la littérature où la maladie a touché des hommes. Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente des caractéristiques du syndrome de Graham Little-Piccardi-Lassueur.

Observation

Patiente de 32ans qui présentait un antécédent clinique de lésions cutanées papuleuses à surface rugueuse asymptomatiques évoluant depuis trois ans localisés au niveau des deux avants bras.

L'examen physique a révélé une alopecie non cicatricielle dans les régions axillaire et pubienne, elle présentait également des plaques d'alopecie cicatricielle sur le cuir chevelu, accompagnées d'un recul de la racine des cheveux fronto-temporale et d'une perte des sourcils.

L'examen des muqueuses buccales et génitales était sans anomalie.

L'examen au dermoscope objective une alopecie cicatricielle du cuir chevelu, des gaines coulissantes et un érythème diffus.

L'examen histopathologique d'une biopsie de plaque du cuir chevelu a montré un épiderme orthokératosique et des infiltrats lichénoïdes avec décollement dermo-épidermique et fibrose dermique.

Le diagnostic du syndrome de graham lissaeur a été posée et un traitement à base avec d'injections de corticoïdes pour le cuir chevelu a été commencé. Après 2 mois, une moindre activité inflammatoire sur les zones alopecique a été observée.

Discussion

Piccardi en 1913, initialement, a décrit un cas d'alopecie cicatricielle progressive du cuir chevelu, d'alopecie non cicatricielle dans l'aisselle et la région pubienne, et de papules épineuses folliculaires sur le tronc et les extrémités, auxquelles il a donné le nom de cheratosi spinulosa (kératosique spinulosa). Graham Little, plus tard en 1915, a publié un cas similaire d'une femme de 55 ans, référé par Lassueur de Lausanne, Suisse, qui a été décrit comme «folliculite décalvans et atrophicans», suivi de nombreux rapports similaires plus tard. Le syndrome de Graham Little-Piccardi-Lassueur décrit initialement par piccardi en 1913 est un type de lichen pileaire qui se présente chez les adultes entre 30 et 70 ans et est quatre fois plus signalé chez les femmes que chez les hommes. L'étiologie exacte est inconnue, mais comme il est considéré comme une variante du lichen plan, le mécanisme immunologique, à savoir l'immunité à médiation cellulaire, peut jouer un rôle majeur dans le déclenchement de l'expression clinique de la maladie.

Sur le plan histopathologique, les lésions précoces du lichen pileaire montrent un infiltrat lymphocytaire périfolliculaire. Dans un stade plus évolué on trouve une fibrose périfolliculaire et une atrophie épithéliale.

Le traitement est moins efficace pour ces types de lichen pileaire que pour le lichen plan, sauf au stade précoce. Une fois que la cicatrisation se produit, la croissance des cheveux est théoriquement impossible. Par conséquent, les objectifs du traitement sont de bloquer la progression de la maladie, de prévenir la poursuite de l'alopecie et de gérer les symptômes. Les diverses modalités de traitement essayées sont les corticostéroïdes topiques, intralésionnels et systémiques, les rétinoïdes, la cyclosporine, la thérapie PUVA et les antipaludéens.

Dans notre cas, la patiente a eu une légère amélioration sous corticothérapie intra lésionnelle.

L'évolution de la maladie est souvent chronique et progressive avec peu de potentiel de repousse des cheveux suite à l'inflammation et la destruction folliculaires.

conclusion

En conclusion, le syndrome de piccardi graham lassuaeur doit être suspecté en cas d'alopecie cicatricielle progressive du cuir chevelu, de lésions folliculaires hyper kératosiques du tronc et des extrémités, et d'alopecie des régions pubienne et axillaire. La cause exacte est encore inconnue et le but du traitement est d'arrêter la progression de la maladie et de réduire les symptômes associés.

Tofacitinib et pelade universalis : à propos de 2 cas :

L.Elyamani 1 ; H.Raguragui 1; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda,

Maroc

Introduction :

Le Tofacitinib est un inhibiteur de la Janus kinase. Différentes études ont démontré son efficacité dans le traitement de la pelade.

Le but de notre travail est de rapporter l'efficacité du Tofacitinib chez deux patientes présentant une pelade universalis.

Observations :

Cas 1 :

C'est le cas d'une patiente âgée de 23 ans, suivie pour une pelade depuis l'âge de 19 ans , ayant un antécédent d'hypothyroïdie sous Lévothyroxine. Elle présentait initialement une pelade en plaque

ayant par la suite évolué vers une pelade universalis sans atteinte unguéale. Différents traitements ont été proposés sans amélioration ; le Propionate de clobétasol topique 0,05%, les injections intra-lésionnelles de corticoïdes, le Minoxidil 2%, la corticothérapie orale mini-pulse et le méthotrexate.

Une dermoscopie a été réalisée avant le traitement, les caractéristiques trichoscopiques étaient des points jaunes avec la présence de signes d'activité de la maladie notamment les points noirs et les poils cassés courts.

Le traitement par Tofacitinib a été démarré 3 ans après le début de la maladie à la dose de 10mg/j. Une repousse totale des cheveux était évidente au 6^{ème} mois du traitement. La dégression a été faite après 23 mois de traitement. Elle est actuellement sous Tofacitinib 5mg/j.

Cas 2:

C'est le cas d'une patiente âgée de 18 ans, suivie pour une pelade depuis l'âge de 13 ans, sans aucun autre antécédent pathologique notable. Elle présentait initialement une pelade en plaque ayant par la suite évolué vers une pelade universalis avec une atteinte unguéale faite d'un aspect en dés à coudre de tous les ongles des mains.

Différents traitements ont été proposés sans aucune amélioration ; le Propionate de clobétasol topique 0,05%, le Minoxidil 2%, la corticothérapie orale mini-pulse, des bolus mensuels de corticothérapie intra-veineuse et le méthotrexate.

Une dermoscopie a été réalisée avant le traitement, les caractéristiques trichoscopiques étaient des points jaunes avec l'absence de signes d'activité de la maladie notamment les points noirs, les poils cassés ou des poils en point d'exclamation.

Le traitement par Tofacitinib a été démarré après 4 ans du début de la maladie à la dose de 10mg/j. Après 40 jours de traitement, un début de repousse des cheveux au niveau occipital et pariétal a été noté, ainsi qu'au niveau des cils, des sourcils, de la région axillaire et pubienne. Une repousse significative quasi-totale des cheveux était évidente à la fin du 3^{ème} mois de traitement. Notre patiente est toujours sous Tofacitinib 10mg/j après 5 mois de traitement.

Discussion :

La pelade est une alopecie non cicatricielle auto-immune. La pelade universalis en représente la forme la plus sévère. Elle est définie par une perte totale de tous les poils du corps. Récemment, la voie de signalisation JAK-STAT est apparue comme une cible thérapeutique possible, ce qui a suscité un intérêt pour l'utilisation des inhibiteurs de la Janus kinase dans le traitement de cette pathologie.

En 2022, la FDA (Food and drug administration) et l'Agence européenne des médicaments ont approuvé le **Baricitinib** pour le traitement des adultes atteints de pelade sévère.

Le **Tofacitinib** est un inhibiteur de la Janus kinase de première génération. C'est un inhibiteur de la voie JAK1/JAK3 qui est utilisé dans différentes pathologies inflammatoires. De nombreuses publications sur l'efficacité du tofacitinib dans le traitement de la pelade chez les enfants et les adultes ont été rapportées dans la littérature. La plupart de ces publications sont des rapports/séries de cas, avec quelques études pilotes ouvertes et des études rétrospectives [1-2].

Dans une revue systématisée avec méta-analyse regroupant 14 études incluant six essais cliniques et 8 études observationnelles regroupant 275 patients, il a été démontré que le Tofacitinib présentait une efficacité raisonnable dans le traitement de la pelade.

Le taux de repousse bonne/complète des cheveux chez les patients atteints de pelade traités par le tofacitinib était de 54,0 % (IC à 95 % : 46,3 %-61,5). Cependant, le Tofacitinib est un traitement suspensif, environ un quart des patients présentent une rechute à l'arrêt du traitement. En terme de toxicité, les effets indésirables rapportés ne comportaient que des symptômes bénins. Les infections des voies respiratoires supérieures, les maux de tête et l'acné ont été les effets indésirables les plus fréquents. [3]. Pour nos deux patientes traitées par **Tofacitinib**, la repousse était spectaculaire au bout de 3 mois de traitement

Conclusion :

Le tofacitinib paraît efficace dans le traitement de la pelade sévère résistante aux traitements topiques et systémiques. Les données probantes actuelles sont de faible qualité mais sont prometteuses quant à l'efficacité et à la sécurité des inhibiteurs de la janus kinase dans le traitement de la pelade. D'autres études plus larges et randomisées sont nécessaires pour confirmer ces données et pour optimiser son efficacité et sa sécurité à long terme.

Références :

- 1- Dillon KL. A Comprehensive Literature Review of JAK Inhibitors in Treatment of Alopecia Areata. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2021 Jun 25;14:691-714. doi: 10.2147/CCID.S309215. PMID: 34211288; PMCID: PMC8242127.
- 2- Phan K, Sebaratnam DF. JAK inhibitors for alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 May;33(5):850-856. doi: 10.1111/jdv.15489. Epub 2019 Apr 10. PMID: 30762909.
- 3- Guo, L., Feng, S., Sun, B., Jiang, X., & Liu, Y. (2020). Benefit and risk profile of tofacitinib for the treatment of alopecia areata: a systemic review and meta-analysis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 34(1), 192-201.

Pelade et phytothérapie

K. Kaddar 1, S. Bouabdella1, H. Ragragui 1, N. Zizi 1,2, S. Dikhaye 1,2

1 Service de Dermatologie Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda Maroc.

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda Maroc.

Introduction :

La découverte des plantes à des fins médicinales remontent à des civilisations anciennes. Leur utilisation augmente de plus en plus dans le monde notamment au Maroc, qui est connu par la richesse de ses plantes médicinales.

Matériels et méthodes :

C'est une étude descriptive comptant 44 patients souffrant d'une pelade, dont l'objectif était de recenser les plantes utilisées, de décrire l'attitude des patients à l'égard de l'usage des plantes et de préciser leur degré d'efficacité et leurs effets indésirables(EI).

Résultats :

L'échantillon comptait 44 patients, avec une moyenne d'âge de 27 ans et un sexe-ratio F/H de 2,6. Les types de pelade étaient : Pelade universalis (43%), en plaques (32%), décalvante du cuir chevelu (18%) et ophiasique (5%). Dans notre série, 77% des patients ont eu recours à la phytothérapie. La quasi-totalité de ces patients ont commencé d'emblée l'utilisation des plantes médicinales avant toute consultation.

Nous avons recensé plus de 34 plantes et huiles utilisées à des fins thérapeutiques par nos patients.

L'Ail et l'Oignon étaient les 2 plantes les plus utilisées dans 82% et 59% des cas respectivement. D'autres plantes comme : Gingembre, Thym, Poivron, Romarin, Jujubier, Génévrier, Laurier noble, Girofle, Peganum harmala, Camomille, Lavande, Absinthe, Armoise, Nigelle ont été utilisées seules ou en mélange avec du henné ou vinaigre de cidre. Un mélange de certaines poudres comme la poudre d'épine d'hérisson, de caméléon et de tortue a été également utilisé.

Les patients avaient également recours aux huiles comme l'huile de Ricin, de Cade, de Cannabis, de Funegrec, d'Amande, de Sésame ou d'autres mélanges d'huiles non précisées.

Le Crésyl (désinfectant à base de crésol et d'huile phénolique) a été utilisé dans un seul cas et l'huile de vidange automobile dans 2 cas.

Les patients appliquaient les différents produits sous forme de lotion, en massage ou en masque sur le cuir chevelu dans la majorité des cas, associés à une scarification (incision des zones à traiter) dans 45% des cas ou après des saignées dans 5% des cas.

La transmission d'information se faisait de bouche-à-oreille ou suite au conseil d'un herboriste dans 65% des cas ou grâce aux médias (réseaux sociaux, forums..) dans 32% des cas.

Une repousse a été notée chez 41% des cas. Aucun EI n'a été noté dans 75% des cas, des EI minimales (à type d'érythème léger et de picotements) chez 13% des cas et des complications à type de brûlures ont été rapportées chez 12% des cas.

Discussion :

L'utilisation de l'ail et du jus d'oignon cru n'est pas dénuée de sens, puisque des études ont montré que leur utilisation pourrait constituer un traitement adjuvant efficace surtout dans les plaques limitées. L'ail a été largement utilisé sous différentes formes. Dans notre contexte, la gousse d'ail est souvent appliquée directement par frottement ou après scarification.

Conclusion :

La phytothérapie pourrait constituer un traitement adjuvant efficace. Cependant, des pratiques traditionnelles sortent de l'ordinaire et peuvent être une source de complications graves.

Dermatoses unguéales

Caractères physiologiques des ongles chez les nouveaux nés à terme

H.TADILI,S.SERGHINI,M.ABOUDOURIB,S.AMAL,O.HOCAR
Service de Dermatologie-Vénérologie,CHU Mohamed VI,Marrakech
Laboratoire de Biosciences,FMPM,Université Cadi Ayyad

(Résultats préliminaires : Étude toujours en cours)

Introduction:

L'appareil unguéal est une structure anatomique complexe reposant sur la face dorsale de la phalange distale de chaque doigt et orteil et subissant différentes modifications physiologiques au fil des années . La connaissance de la pathologie unguéale néonatale, est très limitée et ce , probablement suite à un manque de connaissance des bases anatomiques, physiologiques et histologiques de l'ongle du nouveau né auquel très peu de publications dermatologiques sont dédiés, ce qui pourrait laisser le dermatologue quelques fois perplexe face aux questions angoissées de certains parents devant des caractères unguéaux particuliers.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, monocentrique portant sur les nouveau-nés à terme au sein du service de maternité de l'Hôpital Mohammed VI de Marrakech; incluant des nouveau-nés âgés entre J0 et J4 de vie, sans aucun antécédent pathologique personnel, maternel ou gravidique. Les données démographiques et ethniques, l'histoire médicale de la mère et du nouveau-né ainsi que l'examen général et l'examen spécifique des ongles ont été réalisés à l'aide d'un questionnaire standardisé. L'ensemble des ongles étaient systématiquement pris en photo.

Résultats :

Jusqu'à présent 310 nouveaux nés ont été inclus dans l'étude, dont 51.8% de sexe féminin, 47% de phototype VI, 11.2% d'un mariage consanguin, avec un poids variant entre 2100 grammes et 4800 grammes, et une taille entre 40cm et 55 cm, majoritairement issus de mamans âgées entre 20 et 35 ans dans 69%, consommant des toxiques dans 1.1%, du thé ou de la caféine dans 90.2% contre seulement 64% ayant suivi une supplémentation en fer et en acide folique adéquate.

Sur le plan clinique, en fonction de valeurs et de définitions prédéterminées, les différentes caractéristiques unguéales ont pu être relevées et établies. La forme prédominante sur les ongles des mains était ovale à 79%, suivi de la forme rectangulaire, carré puis ronde, la forme triangulaire étant absente sur les mains. La courbure des ongles était essentiellement convexe avec un caractère particulièrement prononcé dans plus de 57.1% des ongles des pouces. La taille des ongles était normale dans 85% des cas, avec dans les cas adverses une prédominance de la micronychie, la lunule n'a pu être retrouvée que dans 5.9% des cas au niveau des pouces. Certaines variantes ont été observées comme des ongles longs dans 44.3% des cas, des ongles en chevron dans 9.6% des cas, une érythronichie dans 39% des cas, une leuconychie dans 2% des cas, une onychoschizie dans 3.3% des cas et une pigmentation du repli proximal dans 32% des cas.

Sur les orteils, la forme des ongles était principalement ronde à 61.1% et triangulaire à 31.2%, avec une prédominance de la forme triangulaire sur le gros orteil. La courbure des ongles était plate dans plus de 81% des cas avec 5.2% de koilonychie, la courbure convexe était absente. La taille des ongles était normale dans 71% des cas avec cependant un pourcentage plus élevé de micronychie qu'au niveau des mains, et au niveau du 1er orteil principalement, la lunule était quasiment absente et n'a pu être discrètement identifiée que dans 0.5% des cas. La surface du plateau unguéal a présenté des lignes de beau dans 7.5%, une onichoschizie dans 3.21% des cas, une leuconychie dans 2% des cas, des ongles en chevron dans 2.9% des cas et une éversion du repli distal dans 11% des cas.

Une étude comparative à la recherche d'une corrélation entre les différents aspects recensés et certains paramètres nous a permis de déduire à une relation significative entre l'hyperpigmentation des replis et le phototype, la longueur distale de l'ongle et le terme, la taille de l'ongle et le poids/taille à la naissance; tandis que l'implication de la consommation de toxiques, de caféine, la carence en fer et la consanguinité reste incertaine à ce niveau de l'étude.

Discussion:

Les nouveau-nés sont affectés par les mêmes aspects unguéaux que les adultes, avec peu de lésions exclusives à cette tranche d'âge. Ces variations traduisent nettement plus fréquemment des variations physiologiques plutôt que des aspects pathologiques, mais pourraient cependant susciter inquiétudes et appréhension, d'où l'intérêt d'une bonne connaissance de la sémiologie unguéale néonatale.

Les données de la littérature sont très limitées, seule une seule étude incluant 52 nouveaux nés a été publiée ne permettant pas ainsi une comparaison adaptée. Notre série nous a permis de démontrer la diversité de la sémiologie unguéale néonatale et d'aboutir à certaines corrélations pouvant néanmoins expliquer quelques aspects cliniques retrouvés et répondre au questionnement parentaux.

Conclusion :

Cette étude nous a d'avoir une vue d'ensemble sur les différents aspects cliniques physiologiques que pourrait prendre l'appareil unguéal à la naissance; devant cette diversité, la réalisation d'études à

l'échelle nationale permettant d'aboutir à un référentiel sémiologique suivant le profil de notre population s'avère être indispensable.

Effets secondaires cliniques et dermoscopiques des pratiques cosmétiques unguéales

S. Oulad Ali¹; J. Belcadi¹; H. Taounza¹; S. El Hilali²; K. Senouci¹; M. Meziane¹

¹Service de dermatologie, Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc;

²Laboratoire de médecine communautaire, Centre Hospitalo-universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction

Les effets secondaires des pratiques cosmétiques unguéales peuvent aller d'effets indolents et réversibles jusqu'à des complications mettant en jeu le pronostic vital (néoplasies).

Objectifs: recherche d'anomalies de la tablette et lit unguéaux et du pourtour unguéal proximal suite à ces pratiques, puis comparer ces résultats à un groupe de sujets sains.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale de prévalence analytique sur une période de 5 mois. Nous avons pris 2 groupes: le premier fait de 51 patients chez qui nous avons réalisé un

examen clinique et dermoscopique de l'ongle et du repli unguéal proximal avec mesure de la densité capillaire et le deuxième fait de 51 sujets sains. Pour les 51 patients, 3 techniques ont été utilisées : vernis semi-permanent, faux ongles et ongles en acrylique. Nous avons exclu tout patient rapportant un phénomène de Raynaud, ou suivi pour pathologie dermatologique à tropisme unguéal.

Résultats

Les 2 groupes appartenaient à la même tranche d'âge avec une médiane de 28 ans, et étaient du même sexe: féminin. Le vernis semi permanent était la technique la

plus utilisée et la majorité des patientes soit 37% avaient recours à ces pratiques >3 fois par an. Pour les signes fonctionnels, 43% des patientes ont rapporté avoir des ongles cassants, et 12% se sont plaignent d'ongles douloureux. Les anomalies les plus fréquentes étaient la dégranulation kératinocytaire (39,2%), les hémorragies filiformes (31,4%), la leuconychie (25,5%) et l'onycholyse (21,6%). Nous avons retrouvé 2 cas de chloronychie témoignant d'une infection au *Pseudomonas Aeruginosa* et responsable d'une fluorescence verdâtre en lumière de Wood, et un cas d'ongles de Lindsay apparus suite à un recours en continu aux faux ongles. Concernant les anomalies du repli unguéal proximal, nous avons retrouvé des hémorragies focales en nappe chez 17,6% des patientes et en volute de fumée dans 3,9% des cas ainsi que des vaisseaux dilatés (15,7%), en feuille de fougère (9,8%) et en volute de fumée (3,9%). La différence d'anomalies était statistiquement significative par rapport aux sujets sains.

Discussion

Les effets secondaires des pratiques cosmétiques unguéales peuvent être d'origine traumatique, infectieuse, allergique ou néoplasique. Les effets indésirables

traumatiques sur la tablette et le lit unguéaux sont dus principalement à l'imperméabilité et l'occlusion dues à l'utilisation à long terme de ces techniques induisant une diminution de la perte en eau transépidermique et une hydratation excessive de l'ongle d'où des ongles plus fragiles. Concernant les effets secondaires traumatiques sur le repli unguéal proximal, ils sont à différencier des anomalies retrouvées lors des connectivites qui forment des zones confluentes, sont associées à des anomalies de densité capillaire et à d'autres signes spécifiques.

Conclusion

Les pratiques cosmétiques unguéales exposent à un risque important de complications et devant toute anomalie unguéale, il faut rechercher la notion de soins unguéaux.

Vernis à ongles en gel : Effets secondaires et recommandations

H.Saddouk 1; S.Bensalem 1; K.kaddar 1; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

1 Service de dermatologie, vénéréologie et allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique. Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction

Les vernis en gel sont devenus extrêmement populaires en peu de temps à cause de leur finition durable, leur facilité d'application et leur faible cout. Toutefois, les effets secondaires de ces vernis sur la santé des ongles ne sont pas négligeables. Notre étude visait à étudier les effets néfastes des vernis en gel et à formuler des recommandations pour minimiser les risques et promouvoir des pratiques sûres lors de l'application et du retrait.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale. Un formulaire de 12 questions était créé sur Google Forms, partagé à travers les réseaux sociaux, la population cible était toutes les personnes utilisant les vernis à ongles en gel.

Résultats

Au total, 104 ont répondu au questionnaire et 81 (78%) ont rapporté des effets secondaires associés à l'utilisation du vernis à ongles en gel. Tous les participants étaient des femmes, âgées de 15 à 52 ans (d'âge moyen $22 \pm 5,8$ ans). Plus de 43% d'entre elles ont effectué une manucure au vernis en gel plus de 10 fois au cours des 12 derniers mois. Quarante-huit pour cent (n=68) des cas ont eu des effets secondaires après le retrait du vernis en gel, 10% (n=8) lors du port du vernis et 6% (n=5) lors de son application. La durée du port du vernis était comprise entre 2 et 3 semaines chez 73% (n=59) des femmes. Une pause entre les manucures au vernis en gel a été rapportée chez 32% (n=26) des participantes.

Les effets secondaires mécaniques/traumatiques les plus rapportées étaient : Fragilité et amincissement de l'ongle (77%), ongles cassants (16%), pseudoleuconychie (9%), dyschromie (28%), plaies péri-unguéales (63%) et ongle incarné (11%).

Six pour cent (n=5) des participantes décrivaient des réactions allergiques et 27% (n=22) rapportaient des effets indésirables infectieux notamment des infections bactériennes (n=9), fongiques (n=11) confirmées par un prélèvement mycologique et des verrues (n=2).

Aucune lésion induite par les ultraviolets (UV) n'a été signalé dans notre étude.

En ce qui concerne le risque cancérigène de l'usage des lampes UVA, 58% (n=47) des interrogées n'avaient aucune idée sur ce risque, et seulement 12% (n=10) appliquaient une crème solaire avant l'exposition des mains à ces lampes.

Discussion

Les manucures au vernis en gel peuvent endommager les ongles via les instruments, le vernis utilisé ou la méthode du retrait (1-2).

Les effets secondaires observés dans notre travail rejoignent ceux décrits dans la littérature (3-4-5), soulignant ainsi l'importance d'une utilisation responsable des vernis en gel afin de préserver la santé des ongles.

Le principe de la prise en charge des effets secondaires des ongles est la prévention notamment : apporter ses propres instruments, ne pas manipuler les cuticules, ne pas nettoyer sous les ongles avec des instruments, accorder aux ongles des périodes de repos entre les applications du vernis en gel, limiter l'utilisation des UV, préférer la LED et protéger les mains si exposition aux UV.

L'Académie de médecine alerte dans un communiqué récent sur les lampes utilisées pour sécher les vernis à ongles émettant des rayons UVA classées cancérigène et recommande d'appliquer une crème solaire, avec une protection UVA, environ 20 minutes avant l'exposition aux rayons (6). Aucun cas de cancer cutané induit n'a été signalé dans notre étude, cependant la majorité des participantes ne protégeaient pas leurs mains avant l'exposition aux UVA.

Conclusion

Le manque d'éducation conduit à l'utilisation incontrôlée des vernis en gel. La prévention des effets secondaires est nécessaire pour une utilisation en toute sécurité.

Reference

1. Chen, Andrea F., Chimento, Stacy M., HU, Shasha, et al. Nail damage from gel polish manicure. Journal of cosmetic dermatology, 2012, vol. 11, no 1, p. 27-29.
2. Baran.R, Goettmann.S, André.J. cosmétiques unguéaux.la société française de dermatologie.2023.
3. DinanI, N. et George, S. Nail cosmetics : a dermatological perspective. Clinical and Experimental Dermatology, 2019, vol. 44, no 6, p. 599-605.

4. Litaïem, Noureddine, Baklouti, Massara, et Zeglaoui, Faten. Side effects of gel nail polish: a systematic review. *Clinics in Dermatology*, 2022.
5. Justyna Putek, Tomasz Przybyła, Jacek C. Szepietowski, and al. Side effects Associated with Gel Nail Polish: A Self-questionnaire Study of 2,118 Respondents. *Acta Derm Venereol*, 2020
6. DE MÉDECINE, ACADEMIE NATIONALE. Des ongles «brillants», mais pas sans risque!. 2023.

Les paronychies chroniques : étude de 198 cas

H.Chagraoui. F.Hali. M.Soussi. S.Chiheb

Introduction :

La paronychie ou péri onyxis est une inflammation des tissus péri-unguéaux, replis sus-unguéaux et/ou latéraux. La paronychie aiguë est essentiellement infectieuse, tandis que la forme chronique est due à des multiples causes notamment allergiques, médicamenteuses, tumorales ou mécaniques.

Nous rapportons une série de 198 cas de paronychies, dont le but est de décrire les particularités épidémiologiques, cliniques et étiologiques.

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective de 2006 à 2022 colligeant tous les cas de paronychies chroniques admis dans un service de consultation dermatologique.

Résultats :

Ont été colligés 198 cas de paronychies chroniques. Il y avait 158 femmes (79,8 %) et 40 hommes (20,2%) avec un sex-ratio (H/F) de 0,25. La moyenne d'âge était de 45 ans. La durée médiane d'évolution était de 1 an (3 mois - 10 ans). L'exposition à des produits irritants type détergents étaient retrouvée chez 46,7% des patients. L'atteinte poly dactylique était retrouvée chez 53,5%. L'atteinte des trois replis était retrouvée chez 53,5% des cas. Une dystrophie unguéale était associée dans 66,1%. L'étiologie fongique était retrouvée dans 57,5% (*Candida Albicans*), allergique (eczéma de contact) dans 16,6% dont 12,6% avait une surinfection fongique par *Candida non Albicans*. L'origine inflammatoire a été retrouvée chez 12,6% soit 25 cas (psoriasis dans 18 cas, et dermatose bulleuse auto immune dans 7 cas), onychotillomanie dans 12 cas. Par ailleurs, les paronychies causées par les rétroïdes ont été retrouvées dans 10 cas, tandis que l'origine tumorale bénigne, elle était présente dans 4 cas. Sur le plan thérapeutique, un dermocorticoïde était prescrit chez les patients ayant un eczéma, associé à un antifongique local pour les surinfections mycosiques par le *Candida non Albicans*. Cependant, le fluconazole par voie orale était de mise chez les patients ayant une atteinte mono et polydactylique par le *Candida Albicans*.

Discussion :

La paronychie chronique est une réaction inflammatoire des replis de l'ongle, entraînent une disparition de la cuticule, ce qui expose davantage l'ongle aux irritants et aux allergènes. Ce qui explique la fréquence de sa survenue chez les femmes au foyer et les femmes de ménage.

Dans notre étude, l'étiologie fongique est la prédominante causée par le *Candida Albicans* (57,5%) avec une atteinte polydactylique. Toutefois, une atteinte monodactylique doit faire rechercher une candidose vulvovaginale associée. Des études récentes considèrent que la paronychie chronique n'est pas une maladie mycosique mais une affection eczémateuse à étiologie multifactorielle, puisque dans de nombreux cas, le *Candida* disparaît lorsque la barrière physiologique est restaurée.

Conclusion :

Notre contexte est dominé par les causes fongiques (*Candida Albicans*) et allergiques favorisé par les professions à risque, cependant d'autres étiologies sont à ne pas négliger notamment : les dermatoses bulleuses auto-immunes, et les néoplasies.

Rétronychie des ongles de la main secondaire à l'immobilisation plâtrée: à propos de 2 observations

M. Aboudourib 1; L. Bendaoud 1; M. Abid 2; O. Hocar1; S. Amal1

1 Service de dermatologie, CHU Mohamed VI, Laboratoire bioscience et santé FMPM.

Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc;

2. Cabinet libéral de Dermatologie, Marrakech, Maroc

Introduction

La rétronychie est définie par l'incarnation de la tablette unguéale dans le repli sus-unguéal proximal de l'ongle. Cette onychopathie méconnue, intéresse souvent les pieds, et elle est souvent sous diagnostiquée . Nous rapportons deux nouvelles observations de cette entité, survenant au niveau de la main après immobilisation plâtrée. Observations Deux patients, âgés respectivement de 22 et 25 ans, sans antécédents pathologiques notables, avaient présenté une fracture de l'extrémité inférieure de l'avant-bras droit, nécessitant un traitement par plâtre anté-brachio-palmaire pendant plusieurs semaines. Après le retrait du plâtre, ils consultaient pour une tuméfaction très douloureuse du repli sus-unguéal proximal des ongles des 4 derniers doigts de la main droite pour le premier patient , et des ongles des 5 doigts de la main droite pour le second. L'examen clinique notait une paronychie

proximale, associée, chez le second patient, à des lésions de type granulome pyogène en regard du replis sus unguéal. L'interrogatoire révélait la notion d'arrêt de croissance de ces ongles chez les 2 malades. Concernant le premier cas, l'avulsion chirurgicale d'un ongle a confirmé le diagnostic, puis un traitement par dermocorticoïdes sous occlusion, pour les 3 ongles, était prescrit. Des infiltrations intralésionnelles de corticoïdes étaient réalisées pour le deuxième patient. Une amélioration clinique rapide et favorable était notée chez les 2 cas.

Discussion

La rétronychie résulte d'une perte de continuité entre la tablette et la matrice unguéales, essentiellement sous l'influence de facteurs mécaniques. Le diagnostic doit être évoqué devant l'association d'une paronychie proximale chronique, d'un arrêt de la pousse de l'ongle, et d'une xanthychie, qui sont les principaux signes cliniques. Il peut s'y associer d'autres signes, notamment un tissu de granulation au site d'incarnation proximal comme rapporté chez notre deuxième cas. Les ongles des orteils sont les plus touchés. La localisation sur les mains est très rare, ce qui rend le diagnostic difficile et souvent confondu avec un périonyxis candidosique ou bactérien. La survenue d'une rétronychie après immobilisation plâtrée est rarement décrite dans la littérature. Le mécanisme de survenue pourrait s'expliquer par une rupture de continuité entre la plaque unguéale et la matrice suite à l'insuffisance circulatoire distale provoquée par l'effet compressif du plâtre. Concernant la prise en charge, l'avulsion chirurgicale de l'ongle est un geste diagnostique et thérapeutique. Un traitement conservateur par des dermocorticoïdes peut être envisagé devant des formes précoces. Devant le caractère polydactylique et l'évolution précoce de la rétronychie chez nos deux cas, un traitement local par corticoïdes était préconisé, avec une bonne évolution chez les deux patients.

Conclusion

La localisation au niveau de la main, le mécanisme de survenue, et l'amélioration spectaculaire et rapide par un traitement conservateur, font l'originalité de nos deux observations. L'intérêt de la connaissance de cette onychopathie permet une prise en charge rapide et adéquate, évitant ainsi des soins locaux inadaptés et une antibiothérapie inutile.

Le profil épidémiologique et étiologique des bandes mélanonychiques unguéales : Etude de 70 cas

Walid N, EL Fatoiki FZ, Hali F, Chiheb S, service de dermatologie Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

INTRODUCTION : La bande mélanonychique (BM) est une pigmentation en bande de la tablette unguéale. Ses étiologies sont multiples, souvent bénignes mais elles peuvent révéler un mélanome unguéal. L'objectif de ce travail est d'élaborer le profil épidémiologique et étiologique des BM diagnostiqués au service de dermatologie et de vénérologie de Casablanca

Matériels et méthodes : Etude descriptive d'une période de 13 ans (2009 à 2023), recouvrant 130 patients avec une bande mélanonychique diagnostiquée en consultation ou en milieu hospitalier. Les données recueillies par une fiche préétablie et explorées par le logiciel SPSS.

Résultats : 130 cas de bandes mélanonychiques ont été recensés, une prédominance féminine a été notée avec un sexe ratio (H/F) de 0,85. Les doigts étaient atteints dans 60% des cas. L'âge moyen au moment de diagnostic était de 34,3 ans. L'atteinte multidactylique a été retrouvée chez 19%. Le signe de Pseudo Hutchinson a été présent dans 21.5% des cas. Association BM et psoriasis unguéal a été retrouvée chez 3 patients. Une mélanonychie diffuse des 20 ongles a été présente chez 25.3%. Une biopsie ou exérèse de la bande a été pratiquée chez 42 patients soit 32.31%. Une surveillance clinique a été préconisée dans 42,31%. L'étiologie ethnique était la plus retrouvée soit 33.07%, suivie par les

naevi 10%, puis lentigo 7.7%, l'origine fongique chez 7%, les BM post traumatique 6.15%, Les BM post médicamenteuse 5.38%, ensuite 3 bandes érythronychiques avec patron hémorragique à la dermoscopie, 4 bandes de friction. Le mélanome unguéal a été confirmé à l'histologie de 34 patients soit 26.15%

Discussion : Notre série est caractérisée par; la banalisation de la bande mélanonychique, l'incidence élevée des mélanomes unguéaux révélées par une mélanonychie longitudinale, l'association des BMs de friction avec l'onychotillomanie et la fréquence de l'étiologie fongique et traumatique chez les patients diabétiques; ceci est expliqué par l'immunodépression et les troubles sensitifs du pied diabétique. La biopsie unguéale de la BM s'impose si sujets âgés de 45 à 50 ans, diamètre de la bande dépasse les 2/3 de la tablette unguéale ou BM persistante à l'âge de puberté.

Un cas de dystrophie canaliforme médiane de Heller d'origine professionnelle

A El Kissouni , FZ Elfetoiki , S.Chiheb

Introduction :

La dystrophie canaliforme médiane de Heller est une anomalie rare des ongles, se présentant cliniquement comme un sillon ou une fente centrale ou paramédiane ou une fissure avec de multiples lignes transversales. L'étiopathogénie exacte est difficile à déterminer, mais un traumatisme auto-infligé dans le cadre du stress ou d'un trouble obsessionnel compulsif est rapporté dans la plupart des cas, nous rapportons ici un cas de dystrophie canaliforme médiane de Heller d'origine professionnelle

Observation :

Il s'agit d'une femme de 70 ans , d'origine rurale , tisseuse de tapis , cette patiente n'avait aucun antécédent pathologiques particuliers notamment de maladie dermatologique ou de troubles psychiatrique ni prise medicamenteuse , qui venait consulter pour une dystrophie des ongles des pouces qui évolue depuis 10 ans , A L'examen clinique on notait la présence d'une depression longitudinale centrale parcourue par des cretes transversales paralleles donnant un aspect de branche de sapin ; ces lésions étaient presentes de facon symetrique au niveau des ongles des 2 pouces , on notait aussi la présence de macrolunules , il n y avait pas de paronychie ni hyperkératose sous unguéale ni douleurs à l'appui , des ongles des orteils a objectivé une lésion similaire au niveau de

l'ongle de gros orteil gauche , les autres ongles étaient strictement normaux , il n'y avait pas des lésions cutanées à distance et le reste de l'examen somatique était sans particularités , devant ce tableau on a retenu le diagnostic de dystrophie canaliforme de Heller

Discussion :

La dystrophie canaliforme médiane de heller ou dystrophia unguis medianna canaliformis est une affection acquise rare, touchant les 2 sexes a proportion égale. Sa physiopathologie demeure encore mal élucidée , mais la majorité des hypothèses convergent vers la notion d'absence d'adhérence kératinocytaire au niveau de la matrice unguéale ce qui entrainerait une faible résistance de cette dernière et par conséquent l'apparition des sillons , ceci est favorisé par la prise de rétinoïdes oraux ou surtout par des traumatismes répétés soit auto induit dans le cadre de tics lors d'un enfoncement itératif de la cuticule ou comme chez le cas de notre patiente par des microtraumatismes locaux chronique dues à sa profession . Le diagnostic positif est clinique , par la mise en évidence d'une rainure longitudinale médiane qui débute sous la cuticule et se termine au bord libre de l'ongle , avec des crêtes transversales parallèles donnant un aspect de sapin caractéristique ,L'atteinte unguéale est souvent bilatérale et symétrique

Conclusion : la dystrophie canaliforme de heller une entité rare méconnue et sous diagnostiquée , le diagnostic est clinique , devant cette dystrophie il faut toujours chercher une notion de traumatisme et guetter un trouble psychologique sous jacent .La particularité de notre observation résidait dans le fait que contrairement à la majorité des cas de la littérature ou cette dystrophie accompagnait des troubles psychologiques , chez notre patiente la dystrophie était étroitement liée à son métier , ce qui nous laisse demander est ce qu'on ne peut pas parler de pathologie professionnelle .

La toxicité unguéale à la chimiothérapie

F. BENHAYOUN, F. HALI, S. CHIHEB

Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction

Les thérapies anticancéreuses sont associées à un large éventail d'effets indésirables dermatologiques et notamment unguéaux. L'incidence réelle de la toxicité unguéale est variable mais reste peu fréquente. Les taxanes sont les médicaments anticancéreux les plus incriminés. Nous rapportons une série de 4 cas de toxicité unguéale à la chimiothérapie.

Observations

Cas 1 : patiente de 55ans, suivie pour cancer du sein sous docetaxel, qui consulte pour une modification unguéale indolore apparaissant 2 semaines après la dernière cure. L'examen clinique trouve des hématomes sous unguéaux , une onycholyse et l'écoulement d'un liquide purulent malodorant sous la tablette unguéale.

Cas 2 : enfant de 4 ans, suivi pour LAL sous doxorubicin, vincristin et asparaginase, qui consulte pour modification unguéale indolore, associée à une éruption palmo-plantaire, apparaissant 1 semaine

après la 4^e cure. L'examen clinique trouve une leuconychie, hémorragie sous unguéale, mélanonychie et ligne de beau.

Cas 3 : patiente de 45 ans, suivie pour maladie de hodgkin sous doxorubicin, vinblastine, bléomycine et dacarbazine, qui consulte pour modifications unguéales apparaissant après la 3^e cure de chimiothérapie. L'examen clinique trouve des ongles fragiles avec une onycholyse, chromonychie, hémorragies sous unguéales et paronychie.

Cas 4 : patient de 70 ans, suivi pour ADK prostatique métastatique à l'os sous docetaxel et decapeptyl, qui consulte pour tuméfaction douloureuse du pouce augmentant de volume, devenant pulsatile, évoluant depuis 15j. L'examen clinique trouve une tuméfaction douloureuse du pouce, des hématomes sous unguéaux, une leuconychie et des lignes de beau. Devant la tuméfaction douloureuse du pouce, avec retentissement sur la qualité de vie, une avulsion totale de l'ongle du pouce a été réalisée.

Discussion et conclusion

L'intérêt de notre travail est de décrire les différents aspects de toxicité unguéale à la chimiothérapie, et d'attirer l'attention des cliniciens à cette toxicité qui est méconnue. Elle est généralement asymptomatique se limitant à des problèmes esthétiques, mais des effets plus graves, impliquant douleur et gêne, peuvent survenir responsable d'inconfort et d'altération de la qualité de vie des patients. Les taxanes sont les médicaments anticancéreux les plus incriminés avec des taux allant jusqu'à 89%. La présentation clinique varie en fonction de la structure unguéale affectée, de la gravité de l'agression, et de la molécule de chimiothérapie. L'arrêt de la chimiothérapie est rarement nécessaire, on a recours le plus souvent à une diminution de dose ou espacement des séances, surtout quand il s'agit d'un grade 3.

Lorsque l'effet indésirable se développe, la prise en charge vise principalement à contrôler les symptômes. La cryothérapie peut être un moyen de prévention efficace.

En conclusion, la toxicité unguéale a un impact autant physique que psychologique.

Le diagnostic précoce, la gestion et la prévention des effets indésirables unguéaux sont indispensables, pour améliorer la qualité de vie des patients cancéreux, et minimiser les réductions de dose de la chimiothérapie.

Les profils épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'onychomycose : une étude rétrospective de 2209 cas

**L.E.MARHRAOUT¹, F.HALI¹, M. Soussi-Abdellaoui²,
S.CHIHEB¹**

¹Service de dermatologie et vénérologie,

**²Service de parasitologie mycologie
CHU Ibn Rochd de Casablanca**

Introduction :

L'onychomycose est l'infection unguéale la plus répandue dans le monde. Le diagnostic de certitude nécessite une confrontation clinico-biologique pour confirmer la mycose et identifier l'espèce en cause.

Observation :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective incluant 2209 patients atteints d'onychomycose sur une période de 17 ans.

L'âge moyen était de 49,9 ans, avec une prédominance féminine et un sex-ratio H/F = 0,61.

- l'atteinte des mains a été retrouvée dans 17,5% (388 cas) et l'atteinte des pieds dans 72% (1592 cas) .

- La forme clinique la plus fréquente était la pachyonychie dans 56,4% des cas, la xanthonychie dans 46,3%, l'onycholyse dans 31,9%, la paronychie dans 15%, hyperkératose sous-unguéale dans 9,1% et la leuconychie dans 7,6%.

- Le trichophyton rubrum était l'agent pathogène le plus isolé dans 62,6% des cas (1383 cas), suivi de Candida albicans dans 11,2% (249 cas) et Scytalidium dimidiatum dans 5% des cas.

-La molécule la plus fréquemment prescrite était la terbinafine dans 55,8% , suivie du fluconazole dans 11,6%

Discussion :

Notre étude a montré que l'onychomycose est une cause fréquente de consultation, l'examen mycologique est primordial pour la confirmation du diagnostic et l'atteinte unguéale des pieds par le Trichophyton rubrum était la forme clinique la plus courante.

Matricectomie chimique de l'ongle incarné au phénol 50%

A.ELKISSOUNI F.ELFATOIKI H .SKALLI F.HALI S.CHIHEB

Introduction

L'ongle incarné est une pathologie fréquente du gros orteil, qui résulte d'un conflit douloureux entre la tablette unguéale et les parties molles adjacentes, Le recours à la chirurgie est nécessaire lorsque les soins médicaux échouent, néanmoins les récives ne sont pas rares , le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité de matricectomie chimique de l'ongle incarné au phénol 50%

Matériel et méthodes

Etude conduite entre 2018 à 2022

Tous les patients ont bénéficié d'une avulsion de la partie latérale de l'ongle suivie d'une application du phénol 50% sur la matrice pendant 2 minutes

Une évaluation clinique a été réalisée à j1, j7, j30 et après 6mois.

Résultats :

145 patients ont été inclus dans cette étude, l'Age moyen était 30 ans (4- 68 ans), la durée moyenne d'évolution était de 13 mois ,50 patients (34) ont déjà bénéficié d'une avulsion sans phenolisation avec récurrence, à l'examen clinique 93 patients (64%) avaient une incarnation unilatérale de l'ongle , 52 (36%) patients avaient une incarnation bilatérale ,et un bourgeon latéral était noté chez 31 patients (21%)

L'évolution était favorable chez 142 (98%) des patients, seuls 3 patients (2%) ont récidivé , aucun cas d'infection n'a été observé .

Discussion :

La technique de destruction chimique par le phénol a montré sa supériorité par rapport aux méthodes chirurgicales classiques. Ceci est dû aux propriétés du phénol : effet analgésique par démyélinisation des fibres nerveuses terminales, cautérisation par coagulation des protéines et propriétés antiseptiques. Plusieurs études ont examiné l'efficacité du phénol 88% dans le traitement des ongles incarnés, cependant, à notre connaissance, cette étude est la première à tester le phénol 50%, qui présente une efficacité et une innocuité similaires au phénol 88%, ainsi qu'un faible taux de récurrence.

Conclusion :

La matricectomie chimique de l'ongle incarné au phénol 50% pourrait être une option thérapeutique facile , efficace , peu coûteuse dans le traitement de l'ongle incarné , toutefois des études randomisées en double aveugle sont souhaitables pour confirmer ces résultats

Résumé de la communication orale : ONGLE INCARNÉ EN MILIEU MILITAIRE

Introduction : L'incarnation unguéale est une pathologie fréquente en milieu militaire mais qui reste source d'inconfort voire d'impotence fonctionnelle. L'objectif de notre travail était de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques ainsi que les facteurs favorisants de cette affection.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur 1 an (1er avril 2022-1er avril 2023) au Service de Dermatologie à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. 92 patients souffrant d'ongle incarné.

Résultat : Durant notre étude, l'âge moyen des patients était de 21 ans, avec une prédominance masculine. L'atteinte des ongles des pieds était la plus fréquente avec 100% des cas. Le facteur favorisant le plus retrouvé était la notion de conflit avec la chaussure, suivi en 2ième lieu du diabète, puis de la grossesse et en dernier d'une cause médicamenteuse. Le traitement chirurgical était le traitement le plus prescrit avec 87,5% des cas. Avec un recul de 6 mois, nous avons observé 3 cas de récurrence sans aggravation des lésions. Nous déplorons 2 perdus de vue

Discussion : Notre série est singulière car elle a permis de mieux connaître les caractéristiques épidémiologiques, clinique et les facteurs favorisants de l'incarnation unguéale en milieu militaire.

Ce qui ressort de l'analyse de nos résultats montre que :

- L'étiologie des ongles incarnés chez nos patients est multifactorielle.

Conclusion : Ce qui nous a permis de conclure que l'ongle incarné en milieu militaire est un vrai problème de santé.

Profil épidémio-clinique et thérapeutique du mélanome unguéal : étude de 34 cas

N.Walid, Hali.F, Marnissi FZ, S.Chiheb, service de dermatologie Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction :

Le mélanome est une tumeur maligne rare et grave. Sa localisation unguéale représente 1 à 3%. Le C'est une entité encore mal connue au Maroc et au Maghreb

Le but de ce travail est d'établir le profil épidémio-clinique, histologique et thérapeutique des cas de MU diagnostiqués au service de dermatologie et de vénérologie de Casablanca.

Matériels et méthodes :

Etude descriptive rétrospective étalée sur une période de 13 ans, entre 2009 et 2022, recouvrant 34 patients présentant un mélanome unguéal diagnostiqué en milieu hospitalier ou en consultation. Les données ont été recueillies à travers une fiche préétablie et explorées à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats :

34 cas de mélanome unguéal ont été recensés. Une prédominance féminine a été observée avec un sex ratio (H/F) de 0,47 (22 femmes, 12 hommes). L'âge moyen était de 55 ans (18 ; 89). 12 patients ont rapporté un traumatisme unguéal précessif. Le délai moyen de diagnostic était de 30 mois (3–120 mois). Il y avait 1 patient avec antécédent de mélanome cutané dans notre série. Le motif de consultation le plus fréquent était une lésion nodulaire de l'ongle dans 57,75% suivi d'une lésion mélanonychique dans 42,25%. Dix-neuf cas (55,88 %) étaient localisés aux doigts et quinze au niveau des orteils dont 13 au gros orteil (38,23 %), 6 au pouce (17,64 %) et sept cas avaient une destruction totale de la plaque unguéale.

Sur le plan histologique, le mélanome nodulaire était le type le plus fréquent (16/34 soit 47 %) suivi du mélanome in situ (6/34 soit 17,64 %) et de l'acrolentigineux (6/34 soit 17,64 %). L'indice de Breslow était supérieur à 3 mm dans 17 cas (50 %). L'ulcération a été retrouvée sur l'histologie de 16 patients (47 %). Les mélanomes unguéaux étaient métastatiques dans 53,33 %.

Des métastases ont été retrouvées dans 53.33 %. L'avulsion chirurgicale était le traitement de référence chez 67.64%.

Discussion :

Le mélanome unguéal (MU) est une tumeur maligne qui se développe à partir des mélanocytes de l'appareil unguéal, son pronostic est sombre à cause du retard diagnostic.

Le mélanome unguéal est plus fréquent chez les patients âgés de 50 à 70 ans. Par ailleurs, dans notre série, des cas de mélanome unguéal ont été survenues à un âge précoce 10-30 ans à partir d'une BM évoluant depuis l'enfance ; ce qui souligne l'intérêt de la surveillance des BM infantiles vu le risque de transformation. La biopsie unguéale s'impose si : BM survenant chez un sujet âgé 45-50 ans, BM dépassant 2/3 de la tablette unguéale, BM persistante à l'âge de puberté.

La prise en charge du mélanome unguéal est essentiellement chirurgicale, les procédures radicales d'amputation doivent être évitées même en cas de lésions multiples.

Onychomatricome à présentation atypique : Un cas

Walid N, Baline K, Chiheb S,

Service de Dermatologie Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction :

L'onychomatricome est une tumeur fibro-épithéliale rare de la matrice unguéale. Elle se caractérise par un épaissement, une hypercourbure longitudinale et transversale de la tablette et une xanthonychie. Nous décrivons une présentation trompeuse et atypique d'un onychomatricome

Observation :

Un patient de 40 ans, maçon de profession. Il consultait pour une déformation de l'ongle du pouce droit évoluant depuis 2 mois. A l'examen une onychogriphose avec hypercourbure longitudinale du pouce droit associée à un dédoublement de la tablette unguéale et chromonychie. A l'onychoscopie : la présence des lignes longitudinales digitiformes blanches et parallèles, des hémorragies filiformes et un épaissement du bord libre de l'ongle. Nous avons suspecté un onychomatricome. Le diagnostic a été affirmé en per opératoire par la découverte d'une tumeur digitiforme implantée au niveau de la matrice unguéale. La biopsie exérèse unguéale a confirmé le diagnostic

Discussion :

Notre cas illustre une présentation clinique inhabituelle et trompeuse de l'onychomatricome. L'onychogriphose et le dédoublement de la tablette unguéale jamais décrits auparavant comme manifestation clinique de cette onychopathie.

La dermoscopie de l'appareil unguéal jouait un rôle majeur dans l'orientation clinique du diagnostic chez notre cas en montrant des digitations blanchâtres à implantation matricielle.

La PEC est chirurgicale doit être précoce afin de limiter le risque de dystrophie cicatricielle définitive.

Excroissance sous l'ongle : penser à l'exostose sous-unguéale

I.Kial, M.Khallouki, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal

Service de dermatologie vénéréologie du CHU Mohamed VI de marrakech, faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

Introduction :

L'exostose sous unguéale, décrite la première fois par DUPUYTREN en 1847, est une tumeur ostéo-articulaire bénigne relativement rare, touchant l'extrémité distale des orteils et des doigts, principalement le gros orteil.

Nous rapportons 3 cas d'exostoses sous unguéales à des localisations différentes : gros orteil, deuxième orteil et pouce.

Observation :

Cas 1 : Il s'agit un patient de 51ans, cordonnier de profession, droitier de latéralité, qui s'est présenté en consultation pour une tuméfaction sous unguéale du pouce droit, douloureuse, évoluant depuis 1an. L'examen clinique note une onycholyse avec un soulèvement de la matrice unguéale par une masse ovoïde d'environ 1.5cm de diamètre, ferme, rosée, fixe avec une surface rugueuse et parsemées de points noirâtres. L'examen des autres ongles et le reste du tégument était sans anomalie.

Une radiographie du pouce a été réalisée, objectivant une opacité circonscrite en continuité avec l'extrémité distale de la dernière phalange du pouce droit. Le diagnostic d'exostose sous unguéale a été retenu et le patient est adressé au service de traumatologie pour une excision chirurgicale.

Cas 2 : Il s'agit d'une patiente de 14ans, qui s'est présentée en consultation pour une tumeur sous unguéale du deuxième orteil gauche sans notion de traumatisme, douloureuse, évoluant depuis 2ans. L'examen clinique retrouve une masse ovoïde sous unguéale de couleur brônâtre, circonscrite, dure, à surface rugueuse hyperkératosique et douloureuse à la palpation. Le reste de l'examen dermatologique était sans particularité.

Une radiographie du pied a été réalisée, montrant une opacité en continuité avec la dernière phalange du deuxième orteil en rapport avec une exostose sous unguéale. La patiente a été adressée au service de traumatologie pour une exérèse chirurgicale.

Cas 3 : Il s'agit d'une patiente de 60ans, sans antécédents particuliers, femme au foyer, qui s'est présentée pour une tuméfaction sous unguéale du gros orteil gauche, douloureuse évoluant depuis 1an. L'examen note un nodule sous unguéal dure soulevant la matrice unguéale de couleur chair à surface hyperkératosique mesurant 1.5cm de diamètre, associé à une onycholyse.

Nous avons réalisé une radiographie du pied qui a objectivé une opacité de la dernière phalange du gros orteil gauche de même tonalité osseuse. Le diagnostic d'exostose a été retenu et la patiente a été adressée au service de traumatologie pour prise en charge chirurgicale.

Discussion :

L'exostose sous unguéale est une tumeur relativement rare, qui peut se rencontrer à tout âge mais surtout chez l'enfant et l'adulte jeune, avec une légère prédominance masculine.

L'éthiopathogénie demeure incertaine, plusieurs théories ont été avancées : traumatique ou microtraumatique, tératologique, héréditaire ou infectieuse.

Cliniquement elle se présente comme une petite tumeur arrondie, fixe, de consistance dure ne dépassant rarement 1cm de diamètre. Elle soulève la tablette unguéale et sa palpation est généralement douloureuse.

Elle siège le plus souvent au niveau du gros orteil mais peut avoir d'autres localisations. Elle pose le diagnostic différentiel avec le chondrome phalangien, la tumeur glomique sous unguéale, la verrue sous unguéale et le granulome à corps étranger.

Le diagnostic est confirmé par la radiographie standard qui montre une excroissance osseuse en continuité avec la phalange et le traitement est chirurgical.

Conclusion : L'exostose sous unguéale constitue un diagnostic parfois méconnu en dermatologie, il faut savoir l'évoquer devant toute tumeur douloureuse soulevant la tablette unguéale.

Clinical and dermoscopic features of nail vitiligo

S.Oulad Ali¹, J.Belcadi¹, L.Mezni¹, S.El Hilali², K.Senouci¹, L.Benzekri¹

¹Department of Dermatology, Mohammed V University in Rabat, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco

²Department of Community Medicine, Mohammed V University in Rabat, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco

Introduction:

Vitiligo is an autoimmune disease, presenting as pigmentation disorders due to the loss of melanocytes. Nail involvement is common in autoimmune dermatological conditions such as psoriasis, alopecia areata and lichen, but has been poorly described in vitiligo.

The aim of our study was to describe the frequency and type of nail abnormalities found in vitiligo, and then compare them between segmental and non-segmental vitiligo, as well as with literature data.

Materials and methods:

This was an analytical cross-sectional study realized in an 18-month period. For each patient, a clinical and dermoscopic examination of the fingernails was performed, as well as a dermoscopic and Wood's light examination of the rest of the body to assess activity.

A biological work-up was requested: CBC, ferritin, vitamin D and B and thyroid work-up.

Exclusion criteria: toenails (onychomycosis, friction), other dermatological condition with nail involvement.

Results:

A total of 134 patients were recruited. The median age was 35 years. There was a clear female predominance (71%). The median duration of evolution was 4 years, and 47% of patients had active vitiligo. Nail abnormalities were found in 75% of patients. The median number of affected nails was 2 per patient. Of the 134 patients, 100 had non-segmental vitiligo and 34 segmental vitiligo. The most frequent features were the absence of lunula on the thumb (27.6%), splinter hemorrhages (27.6%), leukonychia (25.4%) and longitudinal striae (18.7%). The absence of lunula on the thumb was strongly associated with disease activity ($p=0.039$), as were the number of nails affected and the duration of evolution ($p=0.027$). Cuticle thickening was strongly associated with non-segmental vitiligo ($p= 0.012$).

Discussion

Few publications have described nail involvement in vitiligo. We compared our results with the main 3 other studies carried out to date, and found them to be consistent in terms of the most frequent nail abnormalities found in vitiligo. As vitiligo is an autoimmune disease, it has been suggested that the nail may also be a target of T lymphocytes, but the role of traumatic factors has also been incriminated, as this is recognized as an aggravating factor in active vitiligo. Furthermore, no study has investigated the association of nail abnormalities with disease activity, and we suggest that the association of the absence of lunula on the thumb with activity would be a nail Koebner phenomenon.

Conclusion:

Nail involvement in vitiligo is quite frequent, hence the importance of always examining the nails of a patient consulting for vitiligo, and we also propose that the absence of lunula on the thumb could be a new sign of vitiligo activity.

L'atteinte phanérienne du pemphigus

I. Ouadi1; L. Elyamani1; N. Zerrouki2; N. Zizi2; S. Dikhaye2

- (1) Service de dermatologie, vénéréologie et allergologie, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc;
- (2) Service de dermatologie, vénéréologie et allergologie, laboratoire d'épidémiologie, de recherche, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc

Introduction

Peu d'études se sont consacrées à l'étude de l'atteinte phanérienne du pemphigus, actuellement considérée comme un marqueur de mauvais pronostic, ainsi nous avons visé à étudier la fréquence des signes cliniques et dermoscopiques les plus observés au cours de l'atteinte phanérienne du pemphigus chez nos patients.

Matériel et méthodes

Notre travail est une étude rétrospective, descriptive et analytique menée dans notre service de dermatologie, sur une période s'étalant du mois de Juin 2014 jusqu'au mois de Mai 2022, tous les patients avec pemphigus retenus sur des critères cliniques, histologiques, et immunologiques ont été inclus.

Résultats

Nous avons recensé 63 cas de pemphigus, la moyenne d'âge était de 55,69 ans \pm 14,7 avec un sex-ratio F/M de 1,06, la surface cutanée moyenne était 25%, et le score PDAI (pemphigus disease activity index) cutané moyen était 40,79, selon les critères européennes de sévérité 46,6% de nos patients présentaient une forme sévère du pemphigus, l'atteinte phanérienne était observée dans 68% des patients, l'atteinte du cuir chevelu était observée chez 28 patients (44,4%), le PDAI moyen du scalp était 38,7, les signes cliniques les plus observés étaient : les érosions (87,6%), les croûtes jaunâtres (53,2%), les croûtes hémorragiques (34,8%), et les plaques alopeciques (12,6%), une corrélation positive statistiquement significative a été observée entre le PDAI cutané et l'atteinte du cuir chevelu avec un $p < 0,01$. Un examen trichoscopique a été réalisé chez tous nos patients avec atteinte du cuir chevelu révélant un érythème (66%), des squames blanches périfolliculaires (60%), des croûtes hémorragiques (46%), des croûtes jaunâtres (40%), et des zones blanches sans structures (6%), la vascularisation observée était de type arborescente (13,6%), glomérulaire (10,9%), linéaire (5,5%), et circulaire (4,8%). L'atteinte unguéale était présente chez 8 patients après réalisation de prélèvements mycologiques, le nombre moyen d'ongles atteints était 7,5 \pm 5,3 ongle avec des extrêmes allant de 2 à 18 ongles, les anomalies les plus observées étaient : les lignes de Beau (10,4%), l'onycholyse (7,5%), la pachyonychie (7,5%), la dystrophie (3%), les bulles sous unguéales et l'onychomadèse dans 1,5% chacune.

Discussion

Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune touchant la peau et les muqueuses fréquente dans notre contexte, causée par des anticorps type IgG dirigés contre des protéines d'adhésion dites les desmoglénines 1 et 3, ces antigènes sont présents au niveau des kératinocytes épidermiques ainsi qu'au niveau de l'épithélium du follicule pileux. L'atteinte des phanères est sous-estimée et a été rapportée uniquement dans quelques séries, cependant, des études récentes suggèrent que l'atteinte des phanères est un signe clinique prédictif de sévérité du pemphigus, comme c'était noté dans notre série, en effet, la présence d'une atteinte du scalp était corrélée à une atteinte plus sévère avec un PDAI plus élevé, quant à l'atteinte unguéale, elle était peu observée dans notre série, des résultats plus importants ont été notés sur le plan national et international, de plus, nous n'avons retrouvé aucune corrélation statistiquement significative entre l'atteinte unguéale et la sévérité cutanée, pouvant être expliqué par notre faible échantillon.

Conclusion

L'atteinte des phanères constitue un signe clinique important à évaluer lors du pemphigus

L'effet du minoxidil topique sur la croissance des ongles :

L.Elyamani 1; I.Ouadi 1 ; ; S.Dikhaye 1,2 ; N.Zizi 1,2

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

La croissance de l'ongle est impacté par les modifications de la circulation sanguine. Le minoxidil est un puissant vasodilatateur utilisé dans différentes indications notamment l'hypertension artérielle et dans différentes alopecies. La croissance de l'ongle est impactée par les modifications de la circulation sanguine. Le but de notre travail est d'évaluer l'impact du minoxidil topique appliqué sur le cuir chevelu sur la croissance des ongles.

Matériels et méthodes :

C'est une étude transversale réalisée au mois de Mai 2021 colligeant les patients suivis au service de dermatologie pour différentes causes d'alopecies sous Minoxidil topique 5% à la posologie de 20 pulvérisations par jour. Les patients ont répondu à un questionnaire qui comprenait des questions portant sur la croissance des ongles durant la durée de leur traitement.

Résultats :

Au total, 60 patients ont répondu au questionnaire, la moyenne d'âge de nos patients était de 37,3 +/- 10 ans , l'indication du minoxidil était soit une alopécie androgénétique ou une pelade . Nos résultats ont révélé une croissance des ongles plus rapide après l'utilisation du minoxidil chez 63,5% des patients et seulement 30% des patients ont remarqué que leurs ongles sont devenus plus rigides et plus épais après avoir utilisé le minoxidil.

Discussion :

Le minoxidil a été utilisé pour la première fois dans le traitement de l'hypertension artérielle sévère réfractaire en raison de ses puissantes qualités vasodilatatrices. Le minoxidil a un effet relaxant sur les muscles lisses vasculaires en ouvrant des canaux potassiques sensibles à l'adénosine triphosphate [1].

Les changements dans la circulation sanguine de l'ongle peuvent affecter le taux de croissance de l'ongle. Ainsi, les facteurs endogènes et exogènes qui augmentent la circulation sanguine vers les ongles, comme l'hyperémie, l'environnement chaud et le fait de se ronger les ongles, peuvent accélérer la croissance. D'autre part, l'ischémie est associée à une réduction marquée du taux de croissance de l'ongle [2].

Le mécanisme par lequel le minoxidil stimule la croissance de l'ongle n'est pas bien élucidé. On sait que le minoxidil augmente l'expression des facteurs de croissance endothéliale vasculaire dans les papilles dermiques des follicules pileux, ce qui peut se produire de la même manière dans l'appareil unguéal et générer une augmentation du flux et de l'apport sanguins

Le minoxidil topique accélère la croissance de l'ongle. Une étude réalisée en Thaïlande a évalué l'effet du minoxidil topique à 5 % deux fois par jour sur l'index et l'annulaire de 32 participants. Ils ont constaté une augmentation du taux de croissance des ongles de 4,27 mm/mois (ongles traités) par rapport à 3,91 mm/mois pour les ongles non traités (P = 0,003) [3]. Une autre étude ouverte et contrôlée comparant l'effet du minoxidil topique à celui de la biotine orale a révélé un effet positif sur le taux de croissance des ongles chez les patients traités avec le minoxidil topique [4]. Dans notre étude, le minoxidil topique a été appliqué sur le cuir chevelu , son action sur les ongles peut être expliqué par son passage systémique au niveau de la circulation sanguine.

Conclusion :

Ces résultats peuvent avoir différentes implications dans le traitement de différentes onychopathies par du minoxidil en application topique sur les ongles. Des études supplémentaires sont nécessaires afin de poser les indications exactes du minoxidil dans différentes pathologies unguéales.

Références :

1. Meisheri KD, Cipkus LA, Taylor CJ. Mechanism of action of minoxidil sulfate-induced vasodilation: a role for increased K⁺ permeability. *J Pharmacol Exp Ther.* 1988;245(3):751-760.
2. Bean WB. Nail growth. Thirty-five years of observation. *Arch Intern Med.* 1980;140(1):73-76. doi:10.1001/archinte.140.1.73
3. Aiempanakit K, Geater A, Limtong P, Nicoletti K. The use of topical minoxidil to accelerate nail growth: a pilot study. *Int J Dermatol.* 2017;56(7):788-791. doi:10.1111/ijd.13620

4. Garbers LEFM, Miola AC, Dias PCR, Miot LDB, Miot HA, Schmitt JV. Efficacy of 2.5 mg oral biotin versus 5% topical minoxidil in increasing nail growth rate. *Exp Dermatol.* 2021;30(9):1322-1323. doi:10.1111/exd.14316

Évaluation des connaissances des prothésistes ongulaires sur les lésions suspectes de l'ongle : quand les dermatologues doivent intervenir

I.Ouadi¹ ; S. Dikhaye^{1,2} ; N. Zizi^{1,2}

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction

Le mélanome unguéale (MU) est une variété rare et agressive des mélanome cutanés¹, son incidence semble être en nette augmentation, en raison des tendances modernes de la cosmétologie unguéale et l'usage chronique des lampes UV, son incidence pourrait augmenter dans années à venir². Le MU présente un pronostic plus défavorable que les autres mélanomes, principalement due au retard de diagnostic qui peut être due à une consultation tardive ou un diagnostic erroné, en particulier dans les stades précoces. Les salons de manucure pourraient constituer ainsi un cadre interventionnel idéal sur le plan communautaire, agissant sous forme d'un dépistage primaire, à condition d'avoir du personnel formé à reconnaître les lésions suspectes. Ainsi notre travail vise à évaluer les connaissances des prothésistes ongulaires à reconnaître les lésions suspectes de l'ongle, ainsi que l'attitude adoptée le cas échéant.

Matériel et méthodes

C'est une étude descriptive transversale avec un questionnaire anonyme comportant 16 questions conçus avec Google-Forms, partagé à travers les réseaux sociaux, la population cible était toutes les personnes pratiquant la cosmétologie onguulaire.

Résultats

Au total, nous avons recueilli 25 réponses, l'âge moyen des répondeurs était de 28,6+/-5,29 ans, avec des extrêmes d'âge entre 21 et 31 ans, les femmes constituait 100% de répondeurs, la moyenne du nombre des années d'exercice était de 5,6 ans +/- 1,5, et le niveau scolaire était comme suit : 56,7% avaient un niveau baccalauréat, 35,1% avait fait des études au-delà de leur baccalauréat dont 88,3% était un BAC+1 an, 7,3 avaient un BAC+2 ans et 0,4% avaient un BAC+3 ans, cependant 8,2% avaient abandonnées leurs étude et n'avaient pas obtenu leur baccalauréat. Le type de formation de cosmétologie unguéale était principalement à travers des cours pratiques (76,8%), des cours virtuels et du contenu vidéographique (53,7%) et des cours présentiels (16,4%), aucune source officielle sous forme de livre ou de manuel n'a été mentionnée par les réponduses. Uniquement 15,4% des réponduses admettent avoir reçu une formation sur l'anatomie de l'ongle, dont 77,3% été estimée être insuffisante, 15,8% moyennement suffisante, tandis que 6,9% estiment que leurs connaissances étaient suffisantes. Quant aux pathologies de l'ongle, celles les plus reconnues étaient les mycoses de l'ongle (87,2%) et l'ongle incarné (84,9%), aucune mention des mélanomes ou des cancers de l'ongle ne figurait parmi les réponses. Les couleurs de l'ongle les plus inquiétantes étaient par ordre décroissant : **le vert** (82,9%), **le jaune** (57,8%), **le noir** (4,2%), et **le rouge** (0%)

Après avoir expliqué les manifestations cliniques du MU ainsi que son pronostic, 69,5% des réponduses ont admis n'avoir aucun notion antérieure sur le MU, et souhaiterait une formation sur les lésions unguéales suspectes, tandis que 14,5% ont admis avoir une connaissance vague, questionnées sur leurs attitudes pratiques face à des patients présentant des lésions suspectes, 55,1% des réponduses ont admis conseiller au client de consulter un médecin/dermatologue, cependant 45,9% ont admis n'avoir entreprendre aucune action, leurs raisons étaient la peur de se tromper (87,1%), la peur d'effrayer le client (73,1%), la peur de perdre le client (48,9%), et finalement que ça n'était pas leur métier (11,5%).

Discussion

Notre travail montre le manque de formation des prothésistes ongulaires en terme de reconnaissance des lésions suspectes de l'ongle, en effet, ces derniers pourraient constituer une première ligne de dépistage des MU, une étude similaire aux USA a révélé que seulement 8% des prothésistes ongulaires inclus dans l'étude connaissaient les signes du mélanome unguéal³, dans notre série, uniquement 4,2% des prothésistes seraient inquiétés par une mélanonychie, de plus, aucun cours ou formation n'a portée sur les mélanomes/cancers de l'ongle, soulignant ainsi le rôle primordial que doit entreprendre les

Conclusion

Nos données soulignent le besoin d'une formation médicale et encadrée des prothésistes ongulaires pour agir en tant qu'agents de dépistage précoce dans la reconnaissance des lésions suspectes de l'ongle, incitant ainsi les dermatologues à entreprendre des rôles plus actifs, en vue d'améliorer les délai de diagnostic et de prise en charge chez les patients présentant des mélanomes unguéaux.

Références

1. Zhang J, Yun SJ, McMurray SL, Miller CJ. Management of Nail Unit Melanoma. *Dermatol Clin*. 2021;39(2):269-280. doi:10.1016/j.det.2020.12.006
2. Blattner CM, Lal K, Murase JE. Non-traditional melanoma prevention strategies in the young adult and adolescent population. *Dermatol Pract Concept*. 2014;4(4):73-74.

3. Kream. Subungual melanoma: The attitudes, knowledge, and referral patterns of nail technicians. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79(3):AB272. doi:10.1016/j.jaad.2018.05.1079

Syndrome des ongles jaunes : 3 nouveaux cas

H . Moata, F .Hali, S .Chiheb

Service de dermatologie vénérologie . CHU ibn rochd. Casablanca

I.INTRODUCTION :

Le syndrome des ongles jaunes (SOJ) est une affection rare associant la triade ongles jaunes, lymphœdème et manifestations thoraciques. Nous rapportons un nouveau cas de syndrome des ongles jaunes.

II. OBSERVATION :

Cas 1 : Un homme de 75 ans, ayant un antécédent de diabète de type 2 et d'hypertension artérielle, s'est présenté pour un lymphœdème bilatéral des membres inférieurs évoluant depuis 12 ans. L'examen physique montre une xanthonychie des ongles avec pachyonychie et hyperkératose sous-unguéal. La radiographie du thorax montre un épanchement pleural. **Cas 2 :** un patient de 21 ans a consulté pour des ongles jaunes de tous les orteils et de tous les doigts. Il avait des antécédents médicaux d'infections respiratoires récurrentes et rapportait une bronchorrhée matinale. La radiographie thoracique montre un aspect en nid d'abeille évocateurs d'une dilatation des bronches. **Cas 3 :** une femme de 45 ans s'est présentée pour un lymphœdème bilatéral des membres. Elle n'avait pas d'antécédents respiratoires. L'examen médical a révélé une xanthonychie diffuse. La radiographie du thorax n'a révélé aucune anomalie.

III . DISCUSSION :

Le SOJ a été retenu chez nos patient devant l'association des ongles jaunes à une dilatation des bronches et / ou un lymphoedème .Uniquement deux critères sur trois, incluant la dystrophie unguéale, sont suffisants pour retenir le diagnostic. la physiopathologie de ce syndrome étant encore mal connue, son intérêt repose sur la possibilité d'associations avec diverses pathologies endocriniennes ,lymphatiques et auto-immunes. Des cas de néoplasies associées ont été décrites dans la littérature. Le SOJ peut être considéré parmi les affections paranéoplasiques. Le traitement reste symptomatique.

IV. CONCLUSION :

L'association ongles jaunes , lymphoedème et manifestations respiratoires chroniques est caractéristique du SOJ . Il est nécessaire de réaliser un examen clinique rigoureux et des explorations orientées pour éliminer les pathologies associées notamment néoplasiques

Psoriasis unguéal : Corrélation entre aspects dermoscopiques et sévérité chez 151 patients

A. Abbour - F. Hali - FZ. Elfatoiki - H. Skalli - S. Chiheb.

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose fréquente, avec une atteinte unguéale dans environ 61% des cas. Cependant 10% des patients présentent une affection unguéale isolée rendant le diagnostic difficile. La dermoscopie est un outil de diagnostic pour la détection précoce de l'atteinte unguéale ainsi que pour la mise en évidence de lésions infracliniques.

Matériels et méthodes :

Une étude rétrospective a été menée sur une période de 4 ans (entre janvier 2019- décembre 2022).

151 patients atteints de psoriasis unguéal ont été recrutés puis classés selon le " Nail Psoriasis Severity Index " (NAPSI) et le " Psoriasis Area and Severity Index " (PASI).

Un examen dermoscopique systématique de tous les ongles a été réalisé chez tous les patients présentant un psoriasis unguéal isolé ou associé à un psoriasis cutané.

Résultats :

Sur 151 patients, 43% étaient des hommes et 57% étaient des femmes. L'âge moyen était de 43,96 ans (allant de 6 à 68 ans) et l'âge moyen d'apparition était de 25,58 ans.

Seulement 26 (17%) patients avaient un psoriasis unguéal isolé, 125 (83%) avaient un psoriasis cutané associé :

30 cas (24%) de kératodermie palmoplantaire, 44 cas (35%) d'atteinte du cuir chevelu, 14 cas (11%) de rhumatisme psoriasique, 15 cas (12%) de psoriasis pustuleux et 22 cas (18%) d'érythrodermie.

Le score PASI moyen était de 16,68 et le NAPSI moyen était de 35,8.

Les atteintes unguéales observées étaient l'onycholyse distale chez 63 patients (42%), l'hyperkératose sous-unguéale chez 54 patients (36%), l'hémorragie filiforme chez 46 patients (30%), la paronychie chez 46 patients (30%), l'aspect en dé à coudre chez 47 patients (31%) et la trachyonychie chez 35 patients (23%).

Les taches saumonées étaient observées chez 24 patients (16%), l'aspect en ruine chez 22 patients (15%), les lignes de beau chez 19 patients (13%) et les stries longitudinales chez 18 patients (12%).

Des relations statistiquement significatives ont été observées entre la sévérité du psoriasis, déterminée par le PASI, et la présence de pachyonychie ($p<0,007$), d'aspect en dé à coudre ($p<0,003$), d'hémorragies filiformes ($p<0,001$), de paronychie ($p<0,022$), d'onychomadèse ($p<0,001$) et d'aspect en ruine ($p<0,001$).

Discussion :

L'atteinte unguéale est très fréquente dans le psoriasis, avec une prévalence variant entre 47,4% et 78,3%, et se caractérise par un grand polymorphisme lésionnel.

Les aspects dermoscopiques du psoriasis unguéal les plus fréquemment décrits dans la littérature sont l'aspect en dé à coudre, la trachyonychie, la leuconychie, et les lignes de Beau témoignant d'une affection matricielle ; alors que l'onycholyse, les taches saumonées, et l'hyperkératose sous-unguéale témoignent d'une atteinte du lit unguéal.

En outre, de multiples études ont affirmé que le NAPSI et le PASI étaient plus élevés chez les patients présentant des lignes de Beau, une trachyonychie et une hyperkératose sous-unguéale.

Conclusion :

Une approche dermoscopique rigoureuse pourrait guider le diagnostic du psoriasis unguéal dans les cas infracliniques afin d'adapter le traitement et par conséquent d'améliorer la qualité de vie des patients.

Une tumeur glomique découverte de façon fortuite sur onychomycose : à propos d'un cas

S.Bellasri , H.El Halla , I.Zouine, R.Chakiri
Service de dermatologie, CHU d'Agadir, Maroc

Introduction : Les tumeurs glomiques sont des tumeurs bénignes rares qui se développent le plus souvent aux ongles des mains, l'atteinte au niveau des orteils est encore plus rare. Nous rapportant le cas d'une tumeur glomique découverte de façon fortuite après avulsion thérapeutique d'un ongle du gros orteil traité pour onychomycose.

Observation : il s'agit d'une femme âgée de 66 ans suivie pour onychomycose de l'ongle du gros orteil à trichophyton rubrum mise sous terbinafine 250 mg/j. Au bout de 6 mois de traitement, on remarquait une bonne repousse de l'ongle du côté matriciel, l'onycholyse distale persistait. Lors de l'avulsion unguéale thérapeutique, une hypertrophie au lit de l'ongle a été découverte qui était sensible à la pression. À l'examen dermoscopique on trouvait une lueur rosâtre et des télangiectasies ramifiées sur le lit de l'ongle. À la reprise de l'interrogatoire, la patiente rapportait une légère accentuation de sa douleur lors de l'exposition au froid. Une IRM de l'ongle demandée était en faveur d'une tumeur glomique. L'exérèse chirurgicale a été faite avec une bonne évolution.

Discussion : La tumeur glomique ou angioneuromyome est une tumeur bénigne développée aux dépens du glomus sous cutané qui est l'organe de régularisation de la microcirculation capillaire et thermique. La localisation est surtout sous unguéale (65%) mais aussi pulpaire et péri unguéale au niveau de la main. Elle est rare au niveau des orteils. La douleur est fulgurante spontanée et/ou provoquée par le simple contact ou effleurement. Elle est exacerbée par le froid. La recherche de la zone douloureuse exquise avec la pointe d'un crayon est souvent positive (Test de Love). La dermoscopie montre le plus souvent une zone rosâtre ou bleuâtre sans structure et des vaisseaux linéaires irréguliers.

Sur le plan anatomopathologique, la tumeur glomique se développe aux dépens du tissu neuromyoartériel, formée de petites cellules ovalaires formant des lobules autour de cavités vasculaires.

L'IRM est considéré comme le test diagnostique le plus sensible, positive dans 86 % des cas. Le traitement chirurgical est curatif et la récurrence est rare.

Conclusion : Rappelons que l'interrogatoire reste une étape clé dans le diagnostic, il faut savoir rester vigilant même dans les cas cliniques les plus courants.

Dermoscopie

Performance des réseaux neuronaux convolutifs d'apprentissage profond dans la différenciation entre naevus et mélanome cutané : expérience du CHU Mohammed VI de Tanger

Younes Benyamna¹, Ouiame El Jouari¹, Zineb Cheker², Salim Gallouj¹

1. Service de dermatologie et vénéréologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Tanger
2. Service des équipements et de maintenance, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Tanger

Introduction :

La classification des lésions pigmentaires représente un défi pour les dermatologues et les pathologistes en raison de la diversité des présentations cliniques et histologiques. Le mélanome présente un potentiel de morbidité et de mortalité accru par rapport aux cancers cutanés non mélanocytaires, ce qui rend son diagnostic, notamment à des stades précoces, primordial pour une bonne prise en charge.

La dermoscopie des lésions mélanocytaires présente un très grand intérêt dans le diagnostic différentiel des lésions pigmentaires, surtout grâce aux différents algorithmes diagnostiques développés dans ce sens, et elle permet, de limiter les biopsies cutanées inutiles.

Les dermatologues ont un taux de précision de 65 à 80 % dans le diagnostic du mélanome. L'intelligence artificielle (IA) pourrait être un outil complémentaire utile pour aider les dermatologues à poser ce diagnostic difficile.

Les réseaux neuronaux convolutifs d'apprentissage profond (Convolutional Neural Network : CNN) présentent un grand potentiel pour la différenciation entre les lésions bénignes notamment les naevi et le mélanome.

Matériel et méthode :

Dans ce travail, on a utilisé le logiciel MATLAB et l'a exploité dans des réseaux de neurones convolutifs d'apprentissage profond (CNN) : AlexNet à 8 couches de profondeur. Le but était de comprendre le fonctionnement du *deep learning* dans le traitement d'images, et de l'exploiter dans les traitements d'images dermoscopiques pigmentaires cutanées.

La première phase de notre travail (phase d'entraînement) visait à entraîner le logiciel sur des images dermoscopiques dont le diagnostic était préalablement établi sur histologie à travers un *transfer learning*. La deuxième phase visait à entraîner davantage le logiciel sur des images dermoscopiques aléatoires du même dataset, et la phase finale du développement du système consistait en l'évaluation de la capacité du logiciel à reconnaître le bon diagnostic à partir d'images dermoscopiques d'un nouveau dataset d'images aléatoires.

La phase post-développement consiste à utiliser le logiciel et perfectionner sa performance par le biais d'une large base de données collectées au quotidien.

La CNN a montré une performance de haut niveau dans la différenciation des images dermoscopiques de naevi et de mélanomes cutanés, avec une sensibilité de 90.1%.

Discussion :

Les rapports sur les CNN d'apprentissage profond avec une performance de niveau expert dans le diagnostic du cancer de la peau ont alimenté l'espoir que les retards liés aux médecins en raison de faux négatifs pourraient être évités dans un avenir proche.

Dans la présente étude, nous avons utilisé une version récente d'un CNN d'apprentissage profond et avons évalué systématiquement ses performances diagnostiques dans des ensembles d'images de mélanomes et de naevi de différentes localisations et sous-types. Outre la disponibilité de quantités suffisantes d'images d'entraînement validées pour les naevi, les motifs dermoscopiques sont assez caractéristiques et répétitifs, la sensibilité diagnostique était donc plus élevée que le mélanome.

Julia et al. rapportent que la performance du logiciel entraîné était plus élevée que les évaluations humaines dans le diagnostic de mélanomes de différentes localisations et sous-types.

H. A. Haenssle, qui ont comparé la performance du CNN versus performances humaines de praticiens de différents niveaux dans le diagnostic des mélanomes, concluent que la performance du CNN dans la sensibilité diagnostique dépassait celle des dermoscopistes quelque soit leur niveau.

Conclusion :

Le CNN peut contribuer à faire un diagnostic rapide et facile des lésions pigmentaires et un diagnostic plus précoce des mélanomes. Toutefois, les praticiens doivent être conscients des limites du CNN liées majoritairement à la nécessité d'une base de données très large. Des améliorations peuvent être attendues avec des images d'entraînement supplémentaires.

Apport de la dermoscopie péri unguéale dans les maladies de système

F. BENHAYOUN, F. HALI, S. CHIHEB

Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction La dermoscopie constitue un outil non invasif permettant l'étude de la microcirculation au niveau du repli sus-unguéal proximal. Elle est d'un apport considérable dans l'étude des maladies de système. L'objectif de notre étude est de rapporter notre expérience avec la dermoscopie péri unguéale dans les maladies de système, tout en étudiant leurs aspects dermoscopiques.

Patients et méthodes Il s'agit d'une étude prospective portant sur 50 patients, suivis pour des maladies de système, entre la période de Janvier 2022 et Mai 2023. On avait recours à un dermoscope DermLite 4 connecté à un appareil téléphonique qui assurait le recueil des documents photographiques. Les données ont été saisies sur le logiciel Excel, et analysées grâce au logiciel SPSS.

Résultats Au total 50 patients ont été colligés. L'âge moyen était de 44,26 ans (+/- 15,69), le Sexe-ratio était de 4 avec une prédominance féminine. La durée moyenne d'évolution était de 31,45 mois (+/-55,95). Les maladies de système rencontrées chez nos patients étaient la dermatomyosite 38%, la sclérodermie 28%, le lupus 26%, une connectivite mixte et un chevauchement dermatomyosite-lupus chez 4% chacune. Le phénomène de Raynaud était

présent chez 38% des cas. Les principales anomalies dermoscopiques rencontrées chez nos patients étaient les mégacapillaires chez 74%, la distribution hétérogène 68%, les hémorragies et l'hypertrophie de la cuticule 64% chacun . Le patron sclérodermiforme était retrouvé chez 68% de nos patients. Il était retrouvé chez 52,6% des dermatomyosites, 85,7% des sclérodermies, 38,5% des lupus, chez toutes les patientes suivies pour une connectivite mixte, et 50% des patients suivis pour chevauchement dermatomyosite-lupus.

On note une association significative entre la dermatomyosite et les vaisseaux tortueux et ramifiés. La sclérodermie était associée aux mégacapillaires, les vaisseaux tortueux, la désorganisation architecturale, les zones avasculaires, et la présence de patron sclérodermiforme. Pour le lupus , il était associé aux mégacapillaires, les hémorragies, la trachyonychie et l'hypertrophie de la cuticule.

Concernant Le risque d'atteinte viscérale, on note une association significative entre la survenue de pulpite et de l'atteinte pulmonaire avec la présence d'un patron sclérodermiforme. L'atteinte cardiaque était associée aux hémorragies et aux zones avasculaires.

Discussion : A travers notre étude, nous mettons en évidence l'apport considérable de la dermoscopie dans les maladies de système. La dermoscopie est un outil diagnostique puissant, permet de distinguer aisément un paysage capillaroscopique normal au cours d'un phénomène de Raynaud primaire, d'un paysage sclérodermique témoignant d'une microangiopathie organique spécifique de la sclérodermie, de la dermatomyosite ou des connectivites mixtes ou de chevauchement. Elle permet d'assurer le suivie des patients en surveillant l'évolution des anomalies capillaires. En fin, elle a un intérêt pronostic par l'évaluation du risque de survenue d'ulcères digitaux et de complications viscérales.

En conclusion, la dermoscopie péri unguéale est entrains de prendre la place de la capillaroscopie, relativement couteuse et non facilement transportable.

Corrélation clinico dermoscopique du lupus érythémateux discoïde de la peau glabre

H.Chagraoui. F.Hali. F.Marnissi. S.Chiheb

Introduction:

Le lupus érythémateux discoïde (LED) est le sous type le plus courant du lupus érythémateux cutané chronique. Bien que la dermoscopie trouve son intérêt dans les lésions pigmentées et dans les lésions inflammatoires tel que la différenciation du lupus du cuir chevelu des autres causes d'alopecie cicatricielle. Cependant, il existe des données limitées concernant les critères dermoscopiques du LED de la peau glabre. **Objectif :** décrire les aspects dermoscopiques caractérisant le LED et les corrélés à l'évolutivité de la maladie.

Matériels et méthodes :

Étude prospective menée entre Septembre 2022 et Mars 2023 incluant tous les patients ayant un LED cutané confirmé histologiquement, ayant bénéficié d'un examen dermoscopique (Dermlite DL4 en en mode polarisé).

Résultats :

Nous avons colligé 12 patients (2 hommes et 10 femmes). L'âge moyen était de 30 ans. Les joues étaient le site le plus fréquemment atteint (8 patients), suivies du cuir chevelu (2

patientes), le tronc (1 patient) puis les jambes (1 patiente). Nos patients ont été subdivisés en 2 groupes : le 1^{er} groupe (4 patients) avaient une évolution de moins de 6 mois, le 2^{ème} groupe de huit patients avaient une évolution de plus de 6 mois avec des lésions principalement dyschromiques. Le 1^{er} groupe avait tous un halo blanchâtres périfolliculaires, et un érythème de fond. Trois patients présentaient des bouchons kératosiques folliculaires sous forme de points jaunes avec une desquamation péri folliculaire chez un patient. Les squames épaisses associées à des vaisseaux polymorphes étaient présentes chez une patiente. Dans le 2^{ème} groupe, l'atrophie épidermique était présente chez tous les patients, associée à une pigmentation en nids d'abeilles en péri folliculaire chez 7 patients, et télangiectasies en pointillés chez une patiente et polymorphes chez 6 patients. Des zones blanches sans structures étaient présentes chez 5 patients.

Discussion :

Le halo blanchâtre périfolliculaire, les bouchons kératosiques folliculaires et les squames épaisses ou en péri folliculaire étaient les principaux signes d'un lupus récent et encore actif. Ceci est en concordance avec d'autres séries, qui ont mis en évidence ces signes aussi bien chez les patients nouvellement diagnostiqués et ceux qui sont en poussées. Ceci suggère que le halo blanchâtre peut correspondre à une fibrose péri folliculaire. En revanche, un lupus discoïde ancien et stable se caractérise par une pigmentation périfolliculaire donnant un aspect en nid d'abeille, des zones blanchâtres sans structures ainsi que des télangiectasies. Ceci peut être expliqué par le processus de cicatrisation qui est initié au niveau du follicule pileux puis s'étend pour impliquer le derme entraînant une fibrose, qui correspond dermoscopiquement aux zones blanchâtres sans structures.

Conclusion :

Nous soulignons l'intérêt de la dermoscopie dans le diagnostic positif du LED, et dans son évolutivité afin d'évaluer la réponse thérapeutique.

La dermoscopie des lymphomes cutanés primitifs :

Etude prospective de 34 cas

A .Elkissouni (1) ; F. Hali (1) ; H. Jabri (1) ; F. Marnissi (2) ; S. Chiheb (1)

(1) Département de Dermatologie et Vénérologie, (2) Département d'Anatomie Pathologique
CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

La dermoscopie est un outil contributif au diagnostic de plusieurs dermatoses. Son apport dans le diagnostic des lymphomes cutanés primitifs (LCP) a été démontré dans peu d'études. L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques dermoscopiques observées dans les LCP.

Matériel et méthodes :

C'est une étude prospective, réalisée entre janvier 2021 et adécembre 2022, incluant les cas de LCP confirmés sur biopsie cutanée et immunohistochimie .

Résultats :

34 patients ont été inclus dans cette étude, dont 31 LCP type T et 3 LCP type B.

Parmi les 31 patients atteints de LCTP, 25 avaient un mycosis fongoïde (MF) classique (79%), 2 MF poïkilodermiques, 4 MF pilotropes et 2 cas de MF transformé. Le patron vasculaire était représenté par des vaisseaux en points chez 45% des patients, les vaisseaux linéaires courts spermatozoïde-like (37,5%) et les vaisseaux glomérulaires (16,6%) ; une vascularisation polymorphe était notée chez 4 patients. Les zones jaunes orangées ont été

observées chez 78% des patients atteints de MF classique, et les squames chez 29% des patients. Dans les cas de MF poikilodermique, des structures polygonales avec des septums pigmentés et des stries storiformes blanchâtres ont été notés. Des ulcérations ont été retrouvées dans les 2 cas de MF transformé et des orifices folliculaires dilatés dans les 4 cas de MF pilotrope.

Chez les patients atteints de LCBP, nous avons identifié un fond rose saumoné, des vaisseaux arborescents, des squames et des cercles blancs chez tous les patients ; une vascularisation polymorphe avec vaisseaux en points a été observée chez 1 patient.

Discussion :

Dans notre étude, les zones jaune orangé ainsi que les vaisseaux linéaires spermatozoïde-like étaient fortement caractéristiques du MF classique, les septums pigmentés et stries blanchâtres caractéristiques des MF poikilodermiques et les orifices folliculaires dilatés caractéristiques du MF pilotrope.

L'identification des caractéristiques dermoscopiques pourrait s'avérer très utile en pratique clinique pour le diagnostic et la prise en charge précoces des LCP. Pour ceci, des études supplémentaires sont nécessaires.

L'apport de la trichoscopie dans le diagnostic de l'alopecie frontale fibrosante

L.E.Marhraoui¹; K.Baline¹; H.Skali¹ ; F.Marnissi² ;S.Chiheb¹

¹Service de dermatologie – vénérologie

²Service d'anatomie pathologique

CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

L'alopecie frontale fibrosante est une variante du lichen plan pilaire décrite le plus souvent chez les femmes après la ménopause et aboutissant à une alopecie cicatricielle.

L'objectif de notre étude est d'analyser les caractéristiques cliniques et tichoscopiques de l'alopecie frontale fibrosante.

Patientes et méthodes:

Nous rapportons une étude rétrospective de 13 cas d'alopecie frontale fibrosante menée sur une période de 1 an dans le service de dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

Resultats:

Nos 13 patientes étaient toutes de sexe féminin avec un âge moyen de 49,7 ans.

L'examen clinique avait retrouvé un recul de la lisière frontale (92%), une dépilation de la queue des sourcils (69,2%), des micropapules couleur chair au niveau du visage (30%), une raréfaction des sourcils (15 %) et une dépilation d'autres zones dans 15% des cas intéressant les jambes, les cuisses et les avant bras.

L'aspect en pseudo-cocarde était retrouvé chez 2 patientes et l'aspect en pseudo-frange chez une patiente.

La trichoscopie avait mis en évidence une hyperkératose péri-pilaire (61%), un érythème péri-pilaire (53 %), des gaines coulissantes (30%) et des zones blanches rosées dépourvues d'orifice pileux (23%).

La biopsie cutanée orientée par la trichoscopie, avait confirmé le diagnostic du lichen plan pilaire dans sa variante d'alopécie frontale fibrosante chez toutes nos patientes.

Discussion:

L'alopécie frontale fibrosante est une affection rare, dont la physiopathologie reste toujours inconnue.

Cliniquement elle est encore confondue avec d'autres pathologies tels que l'alopécie androgénétique, la pelade dans sa forme ophiasique, le lupus cutané chronique, l'alopécie de traction et l'implantation frontale haute d'origine familiale; d'où l'intérêt de la trichoscopie pour poser le diagnostic, guider la biopsie, évaluer l'efficacité du traitement et établir le pronostic.

DERMOSCOPY OF PIGMENTED AND NON PIGMENTED ACTINIC KERATOSIS

**K.Mejjati (1) , M.Soughi (1) , H.Bourkhime (2) ,S.Boughaleb (1) , Z.Douhi (1), S.Elloudi (1) ,
H.Baybay(1) , FZ.Mernissi (1)**

(1) Department of dermatology , University Hospital Hassan II Of Fez

(2) Laboratory of Epidemiology and Public Health and Community Medicine

Introduction

Actinic keratosis (AK) is a precancerous lesion, caused by chronic sun exposure. Clinical diagnosis can be quite challenging, especially on heliodermic skin, hence the importance of dermoscopy in comparison to the naked eye.

Aim :

Our work aims to determine the specificity (Sp) and sensitivity (Se)of dermoscopic signs of pigmented actinic keratosis (PAK) and non-pigmented actinic keratosis (NPAK) of the face and scalp .

Methods :

We conducted a unicentric prospective, descriptive and analytical study between 2021 and 2023. Both of PAK and NPAK lesions of the face and scalp were included. Dermoscopy was performed on all these lesions, and interpreted by two experienced clinicians.

The statistical analysis was carried out using SPSS 26 software. Two types of analysis were carried out: a descriptive analysis with an assessment of the Se and Sp of each lesion, and a univariate analysis of dermoscopic signs. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results :

A total of 253 lesions of AK in 76 patients were included in our study. 169 PAK and 84 NPAK. They were solitary in 42 patients. Concerning Fitzpatrick skin-type classification, the majority of patients were phototype III (44,7%), followed by phototype IV (31,6%). In terms of anatomic site, cheek location was the most frequent (42,5%). The majority of lesions were stage 1 (48,4%), followed by stage 2 (44,1%) and stage 3 (7,1%) according to the OLSEN classification.

As for dermoscopy results of PAK, granular annular pattern had the highest Sp (90,7%) but low Se (22,1%), followed by starburst pattern with high Sp 89,8% and low Se (14,5%) also. Rhomboidal pattern and jelly sign had Sp (86,1%, 81,5% respectively) and Se (35,9% and 34,5% respectively). Regarding pigmented pseudo-network, it was the most sensitive dermoscopic sign (63%), with a Sp (73,1%).

Concerning NPAK, red pseudo-network had a Sp 93,8% and Se 54,6%. While 4 dots-rosettes and scales were more sensitive than specific with Se (77,8% and 74,1% respectively) and Sp (31% and 46,9% respectively).

Moreover, the main statistically significant features with $p < 0.05$ of PAK were pigmented pseudo-network ($p=0,0001$), rhomboidal pattern ($p=0,0001$), annular granular pattern ($p=0,007$), and jelly sign ($p=0,005$). As for NPAK, we noted significant associations with red pseudo network ($p=0,0001$) and scales ($p=0,001$).

Discussion :

Our study showed that PAK were the most common, despite the predominance of phototype III, which leads to a problem of diagnosis with Dubreuilh melanoma. Furthermore, the majority of actinic keratosis were stage I and II, this would be enhanced by early detection before the malignant transformation. The main interest therefore remains in mastering the dermoscopic signs of this entity.

Although dermoscopic signs of AK have been widely described in studies, few have detailed their specificity and sensibility. Hence the particularity of our study, which aimed to identify dermoscopic signs capable of distinguishing between PAK and NPAK.

In fact, pigmented pseudo-network had the highest Se and was significantly associated with PAK, in concordance with the study of Sgouros et al, where a pigmented pseudo-network was a potent predictor of PAK (1). The same study showed a significant association of red pseudo-network and PAK, probably explained by a histological inflammation (2), which was not in line with our results. In our study, this sign was specific to NPAK.

Conclusion:

A detailed dermoscopic analysis allowed us to point out the main specific and sensitive signs for the diagnosis of both PAK and NPAK. This study therefore adds a great information in the accurate identification of these precancerous lesions.

(1) Sgouros, D.; Theofili, M.; Zafeiropoulou, T.; Lallas, A.; Apalla, Z.; Zaras, A.; Liopyris, K.; Pappa, G.; Polychronaki, E.; Kousta, F.; et al. Dermoscopy of Actinic Keratosis: Is There a True Differentiation between Non-Pigmented and Pigmented Lesions? *J. Clin. Med.* 2023, 12, 1063. <https://doi.org/10.3390/jcm12031063>

- (2) Labadie, J.G.; Compres, E.; Sunshine, J.C.; Alam, M.; Gerami, P.; Harikumar, V.; Poon, E.; Arndt, K.A.; Dover, J.S. Actinic Keratosis Color and Its Associations: A Retrospective Photographic, Dermoscopic, and Histologic Evaluation. *Dermatol. Surg.* 2022, 48, 57–60

Analyse des caractéristiques dermoscopiques pour le diagnostic différentiel du psoriasis et de l'eczéma chronique palmoplantaires : Une série de 50 patients

**Choukri.Souad , Elloudi.S ; Baybay.H , Soughi.M; Douhi.Z ; Mernissi.FZ
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès ; Maroc**

Introduction :

Le psoriasis et l'eczéma sont deux pathologies inflammatoires chroniques, se présentant cliniquement sous forme de plaques érythémato-squameuses, avec des caractéristiques distinctives permettant généralement de poser un diagnostic précis devant des lésions du corps ou du cuir chevelu (1-2). Néanmoins l'atteinte palmo-plantaire (PP) de ces deux entités est similaire cliniquement, posant un problème de diagnostic différentiel entre les deux pathologies, notamment lorsque cette atteinte est isolée.(3)

D'où l'intérêt de la dermoscopie, qui est d'une grande valeur pour faire la distinction entre eczéma et psoriasis palmo-plantaires. (3)

Matériels et méthodes :

Etude prospective descriptive et analytique, colligeant les cas de psoriasis et d'eczéma chronique palmoplantaires consultant dans notre service sur une période de 5 mois.

Les photos cliniques et dermoscopiques (prises par un dermoscope type Dermlite dl4) ont été analysées par deux examinateurs.

Résultats :

Nous avons colligé 50 patients, présentant une kératodermie PP, dont 28 atteints de psoriasis (07 patients avaient une atteinte PP isolée) et 22 patients atteints d'eczéma chronique de la région PP confirmés cliniquement ou histologiquement.

Nous avons objectivé une vascularisation dans 64% des cas de psoriasis, et dans 90% dans le groupe d'eczéma, dont le type et la distribution sont détaillés dans le tableau 1.

La prévalence des squames, leur couleur et distribution ainsi que la couleur du fond sont également présentés dans le tableau 1.

Dans notre étude, le psoriasis était significativement associé au fond rouge clair, une vascularisation homogène et des squames blanchâtres. Tandis que l'eczéma était significativement associée à un fond rouge terne et jaunâtre, une vascularisation à distribution irrégulière, et des squames jaunes à disposition inégale

Concernant les globules brun-orangés, ils ont été exclusivement notés dans le groupe eczéma, à une prévalence de 59%, dont l'association était significative.

Discussion :

La dermoscopie des pathologies inflammatoires « inflammoscopie » a été largement étudiée,(5) Néanmoins, très peu d'études ont entamé les particularités dermoscopiques de l'atteinte palmo-plantaire au cours des différents processus inflammatoires.(3)

Malgré que la présence d'une vascularisation notamment en points a été fréquemment rapportée à la fois dans des lésions d'eczéma et de psoriasis palmo-plantaires, sa distribution fournit une aide importante dans le diagnostic différentiel de ces deux entités.(7) ainsi une distribution homogène est fortement prédictive du psoriasis,(7) ce qui concorde avec nos résultats.

Les squames au cours de l'eczéma sont majoritairement de couleur jaunâtre, ce qui s'explique histologiquement par l'assèchement d'œdème spongiotique et d'exsudats séreux .(3) tandis qu'au cours du psoriasis, elles sont généralement de couleur blanchâtre (8) ce qui est compatible avec nos résultats

La présence de globules brun-orangés, correspondant histologiquement à des vésicules spongiotiques (8) a été considérée comme significativement associés à l'eczéma dans notre étude ainsi que dans des séries antérieures, (3-8)

En conclusion, A travers notre étude, nous avons conclu qu'un fond rouge clair, une vascularisation homogène et des squames blanchâtres sont significativement liés au psoriasis, tandis qu'un fond rouge terne et jaunâtre, une vascularisation à distribution irrégulière, des squames jaunes à disposition inégale, ainsi que des globules bruns orangés étaient significativement liés à l'eczéma.

Signe dermoscopique	Groupe eczéma n (%)	Groupe psoriasis n (%)	P
Vascularisation	20 (90)	18 (64)	-
En point	15(68)	18 (64)	0.773
Globulaires	3(13)	0	0.189
Epingles à cheveux	2(9)	0	0.079
Distribution des vaisseaux	-	-	-
Homogène	0	13(46)	<0.01

Irrégulière, en patchy	20(90)	5(8)	<0.01
Couleur des squames	-	-	-
Blanches	7(32)	27(95)	<0.01
Jaunes	15(68)	2(5)	<0.01
Distribution des squames	-	-	-
Diffuse	2(9)	10(36)	0.014
Inégale	25(91)	18(64)	0.008
Couleur du fond	-	-	-
Rouge clair	2(9.1)	17(60.7)	<0.01
Rouge terne	6(27.3)	6(21.4)	0.631
Jaunâtre	0	4(14.9)	0.059
Rouge clair + jaune	0	0	-
Rouge terne+jaune	14(63.6)	1(3)	<0.01
Globules bruns orangés	13(59.1)	0	<0.01

Tableau 1 : Description des différents signes dermoscopiques retrouvés dans les groupe psoriasis et eczéma. (Une valeur P< 0.05 a été considérée comme significative)

Références :

- (1) Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet 2015;386:983–94.
- (2) Coenraads P-J. Hand eczema. N Engl J Med 2012;367:1829–37
- (3) Yu X, Wei G, Shao C, Zhu M, Sun S, Zhang X. Analysis of dermoscopic characteristic for the differential diagnosis of palmoplantar psoriasis and palmoplantar eczema. Medicine (Baltimore). 2021 Feb 5;100(5):e23828. doi: 10.1097/MD.00000000000023828. PMID: 33592839; PMCID: PMC7870165.
- (4) Park YJ, Cho EB, Park EJ, et al. The histopathological differentiation between palmar psoriasis and hand eczema: a retrospective review of 96 cases. J Am Acad Dermatol 2017;77:130–5
- (5) Errichetti E, Stinco G. The practical usefulness of dermoscopy in general dermatology. G Ital Dermatol Venereol 2015;150:53346
- (6) Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, et al. Dermoscopic pattern of psoriatic lesions on specific body sites. Dermatology 2014;228:250–4
- (7) Çetinarslan T, Türel Ermertcan A, Temiz P. Dermoscopic clues of palmoplantar hyperkeratotic eczema and palmoplantar psoriasis: A prospective, comparative study of 90 patients. J Dermatol. 2020 Oct;47(10):1157-1165. doi: 10.1111/1346-8138.15487. Epub 2020 Jul 20. PMID: 32691449.
- (8) Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in differential diagnosis of palmar psoriasis and chronic hand eczema. J Dermatol 2016; 43: 423–425

Aspects dermoscopiques des syringocystadénomes papillifères : arc en ciel comme un nouveau signe dermoscopique

I.Bejja, Z. Douhi, M. Soughi, S. Elloudi , H. Baybay, FZ Mernissi

Service de dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

Le syringocystadénome papillifère (SCAP) est une tumeur annexielle bénigne rare d'aspect clinique variable mais d'histologie caractéristique. C'est l'une des tumeurs bénignes les plus fréquentes se développant sur le naevus de Jadassohn.

Les caractéristiques dermoscopiques du SCAP sont moins rapportées dans la littérature mais l'aspect en arc-en-ciel n'a jamais été décrit.

Nous décrivons ici les caractéristiques cliniques, histopathologiques et dermoscopiques de trois cas de SCAP supplémentaires survenant sur un naevus sébacé.

Série de cas :

Il s'agit de trois patients âgés de 35, 10 et 8ans qui présentaient, respectivement des lésions localisées sur les régions occipitale, temporale et du vertex. A l'examen clinique, la première

lésion se présentait comme une plaque alopecique verruqueuse surmontée d'une papule angiokératosique filiforme et les autres étaient une plaque alopecique jaune-saumonnée surmontée d'un nodule érythémateux saignant au contact.

Le prurit et le saignement au contact était le motif de consultation chez nos cas.

A la dermoscopie, il a été retrouvé chez les deux enfants des plages amorphes jaunes et/ou rouge laiteuses et des vaisseaux polymorphes alors que chez l'adulte jeune il a été retrouvé un aspect kératosique associé à un aspect en arc-en-ciel.

Une biopsie exérèse a été réalisée chez nos patient et l'examen histologique a objectivé un épiderme verruqueux en surface acanthosique et hyperkératosique, le derme sous-jacent était le siège de glandes sébacées hyperplasiques et d'une prolifération tumorale organisée en massifs et en lobules avec des papilles à axe fibreux évoquant un syringocystadénome papillifère sur naevus verruco-sébacé de Jadasson.

Discussion:

Le SCAP est une tumeur annexielle bénigne qui se développe au dépens des glandes sudorales apocrines et moins souvent des glandes eccrines. Sa présentation clinique est non spécifique et souvent trompeuse. Le diagnostic de certitude est histologique, mais la dermoscopie peut aider dans l'orientation diagnostiques devant des aspects évocateurs décrits dans la littérature comme les différents types de vaisseaux (linéaire, en épingle à cheveux...), une vascularisation polymorphe avec ou sans halo blanc, des plages amorphes de couleur jaune-blanches ou rouges ou blanches laiteuses. L'aspect en arc en ciel est un nouveau signe dermoscopique du SCAP qui n'a jamais été reporté.

Conclusion:

L'originalité de notre série réside en la fréquence du SCAP chez la population pédiatrique avec la présence à côté des signes dermoscopiques déjà décrits dans la littérature de l'aspect en arc en ciel comme un nouveau signe dermoscopique devant orienter aussi vers un SCAP.

Au-delà des patrons dermoscopiques communs du dermatofibrome: une série de 102 cas

S.CHOUKRI-M.SOUGHI -H.BAY BAY- S.ELLOUDI- Z.DOUIHI-FZ.MERNISSI
Service de Dermatologie- CHU HASSAN II-

Introduction :

Le dermatofibrome(DF), nommé également histiocytofibrome, est une tumeur cutanée bénigne.De diagnostic généralement aisé devant un aspect clinique évocateur.

Néanmoins il existe des variantes clinico-pathologiques, pouvant mimer d'autres pathologies tumorales, rendant le diagnostic difficile.

D'où l'intérêt d'étudier les différents patrons dermoscopiques liés à cette pathologie.

Matériels et méthodes :

Etude retro-prospective analysant la dermoscopie de 102 lésions chez 93 patients ; les photos cliniques et dermoscopiques ont été interprétées par 2 examinateurs expérimentés.

Tous les cas atypiques ou douteux ont été confirmés histologiquement.

Résultats :

Nous avons noté un sex ratio F/H à 2,moyenne d'âge à 41 ans.

Les formes clinico pathologiques incluses sont la forme commune(94%) la forme anévrysmale/ hémosidérotique(6 %).

La localisation prédominante était au niveau des membres inférieurs(55%),membres supérieurs(26%) et tronc(19%).

Au total 13 structures dermoscopiques ont été analysées (tableau 1).

10 patrons dermoscopiques ont été observés : les patrons typiques étaient prédominants (93%). En chef de fil :Une Zone blanchâtre centrale pseudocicatricielle entourée d'un réseau pigmenté périphérique (19%) ; d'autres patrons d'aspect également typiques ont été objectivés(tableau 2).

Les patrons atypiques étaient peu fréquents(7%) ,représentés par:Un aspect Kératose séborrhéique like fait d'un patron cérébriforme(3%),un patron kératoacanthome like(1%), fait d'une ulcération centrale et de structures blanche et Vaisseaux radiaires, et un patron multicomposé mélanome like(3%).

Discussion :

le DF est une Tumeur cutanée bénigne. Siégeant généralement sur le tronc et les extrémités des adultes jeunes, et d'âge moyen. Se présentant sous forme d'une Papule ou d'un nodule ferme, de couleur rouge à brune; avec un signe de la fossette positif.

Nos résultats concordent avec celles de la littérature avec prédominance du patron typique ,fait d'un réseau pigmenté fin périphérique corrélé histologiquement à l'hyperpigmentation des kératinocytes basaux,entourant une zone centrale blanchâtre pseudocicatricielle représentant la fibrose dermique.

Une dizaine de patrons considérés comme variantes du patron typique du DF ont été fréquemment rapportés dans la littérature notamment le réseau total,et la pigmentation homogène totale ce qui concorde avec nos résultats.

A noter que les patrons incluant un réseau inversé étaient moins fréquemment retrouvés dans notre étude par rapport à la littérature.

Au-delà de sa forme commune, il existe des variantes clinico-histologiques se présentant sous forme de patrons atypiques en dermoscopie, notamment le DF anévrysmal,caractérisé par des zones homogènes rouges ou bleuâtres corrélées à des fentes vasculaires et de dépôts d'hémosidérines qui caractérisent cette variante sur le plan histologique.

Quant au patron mélanome like, il est peu décrit dans la littérature,

L'aspect kératose séborrhéique like traduit une hyperkératose marquée et des invaginations épidermiques remplies de kératine.

Conclusion :

Le DF est une Tumeur à multiples facettes, avec une multitude de patrons bénins, dont une meilleure connaissance permettra de limiter le recours à la biopsie cutanée.

Les aspects dermoscopiques atypiques restent rares, mais imposent toujours une confirmation histologique.

Dermoscopie des nævus de l'adulte à propos de 2000 nævus

S.Chhiti, M.soughi. douhi, S.Elloudi, H. Baybayi, Fatima Zahra Mernissi Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction :

Les nævus sont des tumeurs mélanocytaires cutanées bénignes. Elles sont classées sur un ensemble de critères cliniques et histopathologiques dont la dermoscopie constitue un pont entre eux, permettant de prédire leur diagnostic positif et histopathologique.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique sur une période de 1an, incluant les adultes âgés plus de 18 ans dont l'objectif est de déterminer le profil épidémio-clinique et dermoscopique des nævus chez l'adulte dans notre contexte.

Résultats :

On a colligé 2000 nævus chez 580 patients. L'âge était reparti entre 18- 29 ans (34,3%), 30-49 ans (49,4%) et >50 ans (16,3%). Le sexe ratio= 0,3. Les phototypes foncés (IV, V, VI) étaient les phototypes prédominants (54%). L'exposition solaire a été retrouvée chez 70,5% des nævus. L'extrémité cervico-céphalique était le siège prédominant des lésions (47%) suivi du tronc 24,4%, puis les membres 21,8%, la région palmo-plantaire 3,7% et en dernier le cuir chevelu 2,1%, les muqueuses 1,1% et l'ongle 0,2%. Cliniquement, La taille moyenne des nævus communs acquis était de 6 mm alors que pour les nævus congénitaux était de 2,5 cm. Les nævus brun foncé étaient les plus dominant (68,9%) suivi des brun clair (26,6%), puis le

naevus noir 10% et en dernier le bleu dans (5,4%). 45,8 % des nævus étaient des papules, 44,1% étaient des macules, 8% des nodules et 2,2% des plaques.

Nous avons classé les nævus en nævus acquis (90%), nævus congénitaux (3%) et nævus particuliers (7%) (le nævus bleu (4,5%) puis le nævus spilus (1,1%) suivi de nævus d'Ota 0,7%, puis halo nævus 0,2% et en dernier le nævus de Becker et Meyerson 0,1%).

En dermoscopie, Le patron réticulaire était le plus fréquent (30%) suivi de l'homogène (27%), le globulaire (24%), le composé (14%) puis le pavimenteux (4%). Pour le nævus de la région palmo-plantaire, le patron le plus fréquent était le patron parallèle aux sillons (61,5%), suivi du patron quadrillé en lattice (23%) puis fibrillaire (15,5%). Les patrons particuliers retrouvaient dans 32,8% cas dont la présence de poils était la plus fréquente chez 33,3% des cas. Le patron vasculaire le plus fréquent était les vaisseaux linéaires irrégulières dans 7,4 % des cas. La corrélation entre l'âge et le patron dermoscopique a montré que le patron réticulaire était le plus fréquent dans les tranches d'âge entre 18-29 ans et 30-49 ans alors que le patron globulaire était dominant dans la tranche d'âge > 50 ans, avec une relation statistiquement significative ($p= 0.0001$) ainsi que la corrélation entre la topographie et le patron dermoscopique était significative ($p= 0.0001$) pour le patron globulaire avec l'extrémité cervico-céphalique et le réticulaire avec les membres. Une corrélation significative des patrons globulaire, pavimenteux et homogène avec le nævus dermique, tandis que le patron réticulaire avec le nævus jonctionnel ($p= 0.0001$).

Discussion :

La dermoscopie est une technique non invasive qui permet de visualiser les structures profondes de la peau ainsi que la surveillance des nævus au fil du temps sans recours à la biopsie. Dans la littérature, le patron réticulaire était prédominant chez la population adulte contrairement à notre étude où le patron globulaire était le plus fréquent. Des études ont rapporté l'augmentation en nombre de nævus commun acquis avec l'âge et une prédominance des nævus globulaires au niveau de l'extrémité cervico- céphalique alors que les nævus réticulaires au niveau des membres ce qui concorde avec notre étude. La dermoscopie permet de prédire le type histologique à travers la corrélation établie entre le nævus jonctionnel et le patron réticulaire ainsi que le nævus dermique et les patrons globulaire, homogène et pavimenteux.

Conclusion :

Le dermoscopie est un outil pertinent dans le diagnostic des nævus, il permet de prédire le type de nævus ainsi qu'un suivi de leur changement au fil de temps permettant d'éliminer un mélanome et donc des exérèses inutiles.

Analyse des caractéristiques dermoscopiques pour le diagnostic différentiel du psoriasis et de l'eczéma chronique palmoplantaires : Une série de 50 patients

**Choukri.Souad , Elloudi.S ; Baybay.H , Soughi.M; Douhi.Z ; Mernissi.FZ
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès ; Maroc**

Introduction :

Le psoriasis et l'eczéma sont deux pathologies inflammatoires chroniques, se présentant cliniquement sous forme de plaques érythémato-squameuses, avec des caractéristiques distinctives permettant généralement de poser un diagnostic précis devant des lésions du corps ou du cuir chevelu (1-2). Néanmoins l'atteinte palmo-plantaire (PP) de ces deux entités est similaire cliniquement, posant un problème de diagnostic différentiel entre les deux pathologies, notamment lorsque cette atteinte est isolée.(3)

D'où l'intérêt de la dermoscopie, qui est d'une grande valeur pour faire la distinction entre eczéma et psoriasis palmo-plantaires. (3)

Matériels et méthodes :

Etude prospective descriptive et analytique, colligeant les cas de psoriasis et d'eczéma chronique palmoplantaires consultant dans notre service sur une période de 5 mois.

Les photos cliniques et dermoscopiques (prises par un dermoscope type Dermlite dl4) ont été analysées par deux examinateurs.

Résultats :

Nous avons colligé 50 patients, présentant une kératodermie PP, dont 28 atteints de psoriasis (07 patients avaient une atteinte PP isolée) et 22 patients atteints d'eczéma chronique de la région PP confirmés cliniquement ou histologiquement.

Nous avons objectivé une vascularisation dans 64% des cas de psoriasis, et dans 90% dans le groupe d'eczéma, dont le type et la distribution sont détaillés dans le tableau 1.

La prévalence des squames, leur couleur et distribution ainsi que la couleur du fond sont également présentés dans le tableau 1.

Dans notre étude, le psoriasis était significativement associé au fond rouge clair, une vascularisation homogène et des squames blanchâtres. Tandis que l'eczéma était significativement associée à un fond rouge terne et jaunâtre, une vascularisation à distribution irrégulière, et des squames jaunes à disposition inégale

Concernant les globules brun-orangés, ils ont été exclusivement notés dans le groupe eczéma, à une prévalence de 59%, dont l'association était significative.

Discussion :

La dermoscopie des pathologies inflammatoires « inflammoscopie » a été largement étudiée,(5) Néanmoins, très peu d'études ont entamé les particularités dermoscopiques de l'atteinte palmo-plantaire au cours des différents processus inflammatoires.(3)

Malgré que la présence d'une vascularisation notamment en points a été fréquemment rapportée à la fois dans des lésions d'eczéma et de psoriasis palmo-plantaires, sa distribution fournit une aide importante dans le diagnostic différentiel de ces deux entités.(7) ainsi une distribution homogène est fortement prédictive du psoriasis,(7) ce qui concorde avec nos résultats.

Les squames au cours de l'eczéma sont majoritairement de couleur jaunâtre, ce qui s'explique histologiquement par l'assèchement d'œdème spongiotique et d'exsudats séreux .(3) tandis qu'au cours du psoriasis, elles sont généralement de couleur blanchâtre (8) ce qui est compatible avec nos résultats

La présence de globules brun-orangés, correspondant histologiquement à des vésicules spongiotiques (8) a été considérée comme significativement associés à l'eczéma dans notre étude ainsi que dans des séries antérieures, (3-8)

En conclusion, A travers notre étude, nous avons conclu qu'un fond rouge clair, une vascularisation homogène et des squames blanchâtres sont significativement liés au psoriasis, tandis qu'un fond rouge terne et jaunâtre, une vascularisation à distribution irrégulière, des squames jaunes à disposition inégale, ainsi que des globules bruns orangés étaient significativement liés à l'eczéma.

Signe dermoscopique	Groupe eczéma n (%)	Groupe psoriasis n (%)	P
Vascularisation	20 (90)	18 (64)	-
En point	15(68)	18 (64)	0.773
Globulaires	3(13)	0	0.189
Epingles à cheveux	2(9)	0	0.079
Distribution des vaisseaux	-	-	-
Homogène	0	13(46)	<0.01
Irrégulière, en patchy	20(90)	5(8)	<0.01
Couleur des squames	-	-	-
Blanches	7(32)	27(95)	<0.01
Jaunes	15(68)	2(5)	<0.01
Distribution des squames	-	-	-
Diffuse	2(9)	10(36)	0.014
Inégale	25(91)	18(64)	0.008
Couleur du fond	-	-	-
Rouge clair	2(9.1)	17(60.7)	<0.01
Rouge terne	6(27.3)	6(21.4)	0.631
Jaunatre	0	4(14.9)	0.059
Rouge clair + jaune	0	0	-
Rouge terne+jaune	14(63.6)	1(3)	<0.01

Globules bruns orangés	13(59.1)	0	<0.01
------------------------	----------	---	-------

Tableau 1 : Description des différents signes dermoscopiques retrouvés dans les groupe psoriasis et eczéma. (Une valeur P< 0.05 a été considérée comme significative

Références :

- (1) Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet 2015;386:983–94.
- (2) Coenraads P-J. Hand eczema. N Engl J Med 2012;367:1829–37
- (3) Yu X, Wei G, Shao C, Zhu M, Sun S, Zhang X. Analysis of dermoscopic characteristic for the differential diagnosis of palmoplantar psoriasis and palmoplantar eczema. Medicine (Baltimore). 2021 Feb 5;100(5):e23828. doi: 10.1097/MD.00000000000023828. PMID: 33592839; PMCID: PMC7870165.
- (4) Park YJ, Cho EB, Park EJ, et al. The histopathological differentiation between palmar psoriasis and hand eczema: a retrospective review of 96 cases. J Am Acad Dermatol 2017;77:130–5
- (5) Errichetti E, Stinco G. The practical usefulness of dermoscopy in general dermatology. G Ital Dermatol Venereol 2015;150:53346
- (6) Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, et al. Dermoscopic pattern of psoriatic lesions on specific body sites. Dermatology 2014;228:250–4
- (7) Çetinarslan T, Türel Ermertcan A, Temiz P. Dermoscopic clues of palmoplantar hyperkeratotic eczema and palmoplantar psoriasis: A prospective, comparative study of 90 patients. J Dermatol. 2020 Oct;47(10):1157-1165. doi: 10.1111/1346-8138.15487. Epub 2020 Jul 20. PMID: 32691449.
- (8) Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in differential diagnosis of palmar psoriasis and chronic hand eczema. J Dermatol 2016; 43: 423–425

Analyse des caractéristiques dermoscopiques pour le diagnostic différentiel du psoriasis et de l'eczéma chronique palmoplantaires : Une série de 50 patients

**Choukri.Souad , Elloudi.S ; Baybay.H , Soughi.M; Douhi.Z ; Mernissi.FZ
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès ; Maroc**

Introduction :

Le psoriasis et l'eczéma sont deux pathologies inflammatoires chroniques, se présentant cliniquement sous forme de plaques érythémato-squameuses, avec des caractéristiques distinctives permettant généralement de poser un diagnostic précis devant des lésions du corps ou du cuir chevelu (1-2). Néanmoins l'atteinte palmo-plantaire (PP) de ces deux entités est similaire cliniquement, posant un problème de diagnostic différentiel entre les deux pathologies, notamment lorsque cette atteinte est isolée.(3)

D'où l'intérêt de la dermoscopie, qui est d'une grande valeur pour faire la distinction entre eczéma et psoriasis palmo-plantaires. (3)

Matériels et méthodes :

Etude prospective descriptive et analytique, colligeant les cas de psoriasis et d'eczéma chronique palmoplantaires consultant dans notre service sur une période de 5 mois.

Les photos cliniques et dermoscopiques (prises par un dermoscope type Dermlite dl4) ont été analysées par deux examinateurs.

Résultats :

Nous avons colligé 50 patients, présentant une kératodermie PP, dont 28 atteints de psoriasis (07 patients avaient une atteinte PP isolée) et 22 patients atteints d'eczéma chronique de la région PP confirmés cliniquement ou histologiquement.

Nous avons objectivé une vascularisation dans 64% des cas de psoriasis, et dans 90% dans le groupe d'eczéma, dont le type et la distribution sont détaillés dans le tableau 1.

La prévalence des squames, leur couleur et distribution ainsi que la couleur du fond sont également présentés dans le tableau 1.

Dans notre étude, le psoriasis était significativement associé au fond rouge clair, une vascularisation homogène et des squames blanchâtres. Tandis que l'eczéma était significativement associée à un fond rouge terne et jaunâtre, une vascularisation à distribution irrégulière, et des squames jaunes à disposition inégale

Concernant les globules brun-orangés, ils ont été exclusivement notés dans le groupe eczéma, à une prévalence de 59%, dont l'association était significative.

Discussion :

La dermoscopie des pathologies inflammatoires « inflammoscopie » a été largement étudiée,(5) Néanmoins, très peu d'études ont entamé les particularités dermoscopiques de l'atteinte palmo-plantaire au cours des différents processus inflammatoires.(3)

Malgré que la présence d'une vascularisation notamment en points a été fréquemment rapportée à la fois dans des lésions d'eczéma et de psoriasis palmo-plantaires, sa distribution fournit une aide importante dans le diagnostic différentiel de ces deux entités.(7) ainsi une distribution homogène est fortement prédictive du psoriasis,(7) ce qui concorde avec nos résultats.

Les squames au cours de l'eczéma sont majoritairement de couleur jaunâtre, ce qui s'explique histologiquement par l'assèchement d'œdème spongiotique et d'exsudats séreux .(3) tandis qu'au cours du psoriasis, elles sont généralement de couleur blanchâtre (8) ce qui est compatible avec nos résultats

La présence de globules brun-orangés, correspondant histologiquement à des vésicules spongiotiques (8) a été considérée comme significativement associés à l'eczéma dans notre étude ainsi que dans des séries antérieures, (3-8)

En conclusion, A travers notre étude, nous avons conclu qu'un fond rouge clair, une vascularisation homogène et des squames blanchâtres sont significativement liés au psoriasis, tandis qu'un fond rouge terne et jaunâtre, une vascularisation à distribution irrégulière, des squames jaunes à disposition inégale, ainsi que des globules bruns orangés étaient significativement liés à l'eczéma.

Signe dermoscopique	Groupe eczéma n (%)	Groupe psoriasis n (%)	P
Vascularisation	20 (90)	18 (64)	-
En point	15(68)	18 (64)	0.773
Globulaires	3(13)	0	0.189
Epingles à cheveux	2(9)	0	0.079
Distribution des vaisseaux	-	-	-
Homogène	0	13(46)	<0.01
Irrégulière, en patchy	20(90)	5(8)	<0.01
Couleur des squames	-	-	-
Blanches	7(32)	27(95)	<0.01
Jaunes	15(68)	2(5)	<0.01
Distribution des squames	-	-	-
Diffuse	2(9)	10(36)	0.014
Inégale	25(91)	18(64)	0.008
Couleur du fond	-	-	-
Rouge clair	2(9.1)	17(60.7)	<0.01
Rouge terne	6(27.3)	6(21.4)	0.631
Jaunatre	0	4(14.9)	0.059
Rouge clair + jaune	0	0	-
Rouge terne+jaune	14(63.6)	1(3)	<0.01
Globules bruns orangés	13(59.1)	0	<0.01

Tableau 1 : Description des différents signes dermoscopiques retrouvés dans les groupe psoriasis et eczéma. (Une valeur P< 0.05 a été considérée comme significative)

Références :

- (1) Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet 2015;386:983–94.
- (2) Coenraads P-J. Hand eczema. N Engl J Med 2012;367:1829–37
- (3) Yu X, Wei G, Shao C, Zhu M, Sun S, Zhang X. Analysis of dermoscopic characteristic for the differential diagnosis of palmoplantar psoriasis and palmoplantar eczema. Medicine (Baltimore). 2021 Feb 5;100(5):e23828. doi: 10.1097/MD.00000000000023828. PMID: 33592839; PMCID: PMC7870165.
- (4) Park YJ, Cho EB, Park EJ, et al. The histopathological differentiation between palmar psoriasis and hand eczema: a retrospective review of 96 cases. J Am Acad Dermatol 2017;77:130–5
- (5) Errichetti E, Stinco G. The practical usefulness of dermoscopy in general dermatology. G Ital Dermatol Venereol 2015;150:53346
- (6) Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, et al. Dermoscopic pattern of psoriatic lesions on specific body sites. Dermatology 2014;228:250–4
- (7) Çetinarslan T, Türel Ermertcan A, Temiz P. Dermoscopic clues of palmoplantar hyperkeratotic eczema and palmoplantar psoriasis: A prospective, comparative study of 90 patients. J Dermatol. 2020 Oct;47(10):1157-1165. doi: 10.1111/1346-8138.15487. Epub 2020 Jul 20. PMID: 32691449.
- (8) Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in differential diagnosis of palmar psoriasis and chronic hand eczema. J Dermatol 2016; 43: 423–425

Verrue géante sous-unguéale : intérêt de la dermoscopie

K. Slamti¹, I. Chikhaoui¹, G. Basri¹, S. Nejjari¹, FZ. Agharbi¹, S. Chiheb¹⁻²

¹Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Faculté de médecine de l'Université Mohammed VI des Sciences de la santé.

²Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire Ibn Rochd, Faculté de médecine de l'Université Hassan II

Introduction

La dermoscopie unguéale n'était initialement utilisée que pour l'évaluation de la pigmentation des ongles, désormais elle est largement utilisée dans l'évaluation de nombreux troubles de l'ongle.

Dans la pratique quotidienne, la dermoscopie peut confirmer les diagnostics cliniques et guider la gestion des maladies et des traitements de l'ongle, en permettant une meilleure visualisation des symptômes.

Nous rapportons ici un cas de verrue géante chez une fille de 6 ans et discutons la valeur de la dermoscopie dans le diagnostic positif et différentiel.

Observation

Une fille de 6 ans s'est présentée en consultation avec une grosse tumeur sous-unguéale de l'ongle du pouce droit évoluant depuis 06 mois. L'examen clinique a révélé une hyperkératose sous-unguéale.

La dermoscopie de l'hyponychium montre des zones kératosiques brun jaunâtre avec des fractures horizontales et verticales, de multiples points rouge foncé et noirs, dont certains ont un halo blanc. L'histopathologie a confirmé le diagnostic d'hyperkératose verruqueuse sous-unguéale, de parakératose, de papillomatose, d'acanthose, d'hémorragie dans la couche cornée.

Discussion

Les verrues sont des infections fréquentes chez les enfants et les adolescents, dues au virus du papillome humain. La localisation sous-unguéale est abondante et récurrente chez les enfants onychophages et est souvent douloureuse. La forme sous-unguéale géante est rare et peut être confondue avec l'onychomycose et d'autres tumeurs sous-unguéales telles que l'exostose sous-unguéale et le carcinome épidermoïde.

L'avantage de l'onychoscopie est l'orientation du diagnostic positif. La verrue géante sous-unguéale est visible à la dermoscopie sous forme de squames épaisses, adhérentes, blanc-jaune, de fissures et de vaisseaux dilatés en pointillés qui peuvent être entourés d'un halo blanc. La dermoscopie permet également de différencier la verrue des autres tumeurs sous-unguéales et de l'onychomycose.

Les principaux signes dermoscopiques de l'exostose sous-unguéale publiés dans une série de 10 cas étaient l'ectasie vasculaire, l'hyperkératose, l'onycholyse et l'ulcération.

Pour le carcinome épidermoïde sous-unguéal, la dermoscopie montre des caractéristiques vasculaires (vaisseaux en pointillés, vaisseaux linéaires et réguliers et vaisseaux arborescents), des structures pigmentées : purpura en pointillés, granulation grise et hémorragie échardes. La dermoscopie de l'onychomycose montre une kératose sous-unguéale à terminaison irrégulière distale avec un aspect en ruine.

Conclusion

La forme géante de la verrue sous-unguéale est une forme rare dont l'aspect clinique est inquiétant et peut mimer des tumeurs sous-unguéales. La dermoscopie peut orienter le diagnostic positif qui reste essentiellement histologique.

La dermoscopie des granulomatoses cutanées non infectieuses

**Z. Fajri , M.Soughi , H. Baybay ,S. Elloudi , Z. Douhi ,FZ. Mernissi
Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc**

Introduction :

Les granulomatoses cutanées non infectieuses regroupent des pathologies multiples, notamment la sarcoïdose, la rosacée granulomateuse, le granulome annulaire et la nécrobiose lipoïdique, ayant une présentation clinique polymorphe. La dermoscopie est partie intégrante permettant l'orientation diagnostic.

Matériel et méthodes :

Nos objectifs sont de décrire les critères distinctifs de l'aspect lupoïdique en dermoscopie : la forme, la couleur, la disposition et la vascularisation. Nous avons mené une étude prospective descriptive des images dermoscopiques des patients ayant une granulomatose confirmée sur le plan histologique

Résultats :

Nous avons colligés 37 patients, dont 30 femmes et 7 hommes, d'âge moyen de 45 ans. 16 cas de sarcoïdoses, 15 rosacées granulomateuses, 3 nécrobioses lipoïdiques et 3 granulomes annulaires. L'examen dermoscopique a objectivé un aspect lupoïdique dans la sarcoïdose de couleur orange translucide, de forme globulaire groupé en îlots. Il était jaune orangé, globulaire diffus en périfolliculaires pour la rosacée granulomateuse. Pour la nécrobiose lipoïdique, il était de couleur jaunâtre diffus prenant la totalité de la lésion. De couleur jaune brunâtre à disposition périphérique pour le granulome annulaire. Le patron vasculaire dans la sarcoïdose était dominé par des vaisseaux arborescents, des vaisseaux polygonaux pour la rosacée granulomateuse, linéaires irréguliers flous pour le granulome annulaire, et serpents nets pour la nécrobiose lipoïdiques.

Discussion :

Les granulomatoses cutanées sont des pathologies inflammatoires partageant un dénominateur commun qui est l'aspect lupoidique à la vitropression avec une dermoscopie faite des zones sans structures jaune orangé corrélé sur le plan histologique à la présence d'un infiltrat granulomateux. Les publications en termes de critères dermoscopiques distinctives restent rares. Pour la sarcoïdose, l'aspect lupoidique prend une couleur orange translucide, de forme globulaire, groupé en îlots, corrélé sur le plan histologique à des granulomes sarcoïdiques, de petite taille bien limitée non confluent siègent au niveau dermique. Pour la rosacée granulomateuse, il prend une couleur jaune orangé, diffus, corrélé sur le plan histologique à la présence des granulomes tuberculoïde localisé périfolliculaires associé à des capillaires dilatés. L'aspect lupoidique décrit dans le granulome annulaire est de couleur jaune brunâtre à disposition périphérique, corrélé sur le plan histologique à des granulomes palissadiques. Pour la nécrobiose lipoidique, l'aspect lupoidique prend une couleur jaunâtre corrélé sur le plan histologique à la présence d'un granulome nécrobiotique avec des dépôts de lipides.

Conclusion :

Les granulomatoses peuvent avoir des similitudes cliniques et dermoscopiques d'où l'intérêt de connaître leurs critères distinctifs en dermoscopique, qui peuvent être d'une grande aide dans l'orientation diagnostic, et la corrélation clinique histologique.

La dermoscopie des sourcils dans l'alopecie frontale fibrosante

Z. Fajri , H. BAYBAY, S. Elloudi, Z. Douhi, M. Soughi , FZ. Mernissi
Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

L'alopecie frontale fibrosante (AFF) est une alopecie cicatricielle lymphocytaire primitive, caractérisée par le recul de la ligne d'implantation fronto-temporale du cuir chevelu, associée à une perte des sourcils (madarose).

Matériel et méthodes :

L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques cliniques et trichoscopiques de la perte des sourcils dans l'AFF au sein de notre population. Il s'agit d'une étude rétro-prospective, menée chez 45 patients de la consultation capillaire pendant une période de 3 ans. Les patients inclus présentaient une L'alopecie frontale fibrosante, suspectées cliniquement et confirmé histologiquement , associée à une perte des sourcils . tous les patients ont bénéficié d'une trichoscopie des sourcils au dermoscope.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 47 ans. Tous les patients étaient de sexe féminin et 66% étaient ménopausées. La durée d'évolution de la maladie varie de 1 an à 4 ans. La perte de sourcils a précédé le recul des cheveux au niveau de la lisière frontale chez 35 patientes. L'ampleur de la perte des sourcils était de 80% chez 8 patientes ayant une évolution de la maladie de plus de 3 ans. 10 patientes avaient une perte entre 50% et 80% et 27 patientes avaient une perte localisée au niveau de la queue des sourcils. Les signes trichoscopiques des sourcils objectivés : la repousse des poils dans différentes directions (82,2%), un érythème péri pileaire (66,6%), des poils dystrophiques (33,3%), une pigmentation périfolliculaire (13,3%), des points rouges (11,1 %), des aires blanche ivoire (6,6%), un aspect granulaire annulaire (6,6%). D'autres signes ont été retrouvés, notamment des points jaunes, des squames péri pileaire et des poils duveteux.

Discussion :

L'alopecie frontale fibrosante est souvent précédée d'une perte latérale des sourcils qui peut commencer 2 à 5 ans avant le recul des cheveux. Cette perte est généralement partielle, mais peut être complète entraînant un

retentissement important sur la qualité de vie des patientes. De rares séries rapportaient dans la littérature sur les signes trichoscopiques d'une atteinte des sourcils dans l'AAF ont objectivée la présence des poils dystrophique, une repousse des poils dans des sens différents pouvant refléter le processus fibrosant, les points rouges correspondent aux ouvertures folliculaires avec une vascularisation plus visible, une pigmentation périfolliculaire correspond à une incontinence pigmentaire et des taches blanches ivoire à la fibrose. L'aspect granulaire annulaire lié à une association au lichen pigmentogène avec une extension au niveau des sourcils. Cela concorde avec les résultats de notre étude.

Conclusion :

Les signes trichoscopiques observés au niveau des sourcils sont généralement liés à une alopecie non cicatricielle ayant des caractéristiques distinguées de celles du cuir chevelu. D'où l'intérêt de les connaître afin de poser un diagnostic précoce d'AAF et instaurer un traitement adapté.

Naevus de l'enfant : que dit le dermoscope à propos de 350 naevus

S.Chhiti, M.soughi. douhi, S.Elloudi, H. Baybayi, Fatima Zahra Mernissi Service de dermatologie et vénéréologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction :

Les naevus sont des tumeurs bénignes mélanocytaires dont la présentation clinique est très variée et peut mimer sur le plan clinique un mélanome surtout chez l'enfant et qui peuvent être source d'anxiété aussi bien chez les parents que les cliniciens. La dermoscopie permet de poser le diagnostic et d'indiquer la biopsie afin d'éviter des excisions non nécessaires.

Objectifs :

Déterminer le profil épidémiologique, clinique et dermoscopique des naevus chez l'enfant et établir une corrélation épidémio-clinico-dermoscopique des naevus chez l'enfant.

Matériels et méthodes :

Une étude prospective et descriptive sur une période de 2 ans, incluant les enfants âgés moins de 18ans présentant des naevus. Un recueil et une analyse des données cliniques et dermoscopiques avec une iconographie a été réalisée pour les patients présentant un ou plusieurs naevus. Deux patients avec un naevus unguéal ayant bénéficié d'une biopsie cutanée.

Résultats :

Nous avons colligé 350 naevus chez 147 enfants, dont 56% avait un âge moyen entre 11-16ans, 28.8% entre 6-10ans, 15.2 % entre 0-5ans, des antécédents familiaux de naevus étaient présent chez 55.8% des patients dont 64% sont acquis, l'exposition solaire chez 64.7%. 31.1% des naevus avaient un changement récent qui était régulier et symétrique dans la majorité des cas. La localisation la plus fréquente était la tête et le cou (34%), suivi du tronc (32.8%) puis les membres (19.6 %) et en dernier palmo-plantaire, cuir chevelu, unguéale et les muqueuses 11.5%. Le phototype IV était prédominant (61.3%). Le type de naevus prédominant était le naevus jonctionnel (36.4%), suivi du naevus congénitaux (19%) puis les naevus dermiques (17.4%) puis les mixtes (14.5%). Le patron dermoscopique dominant des naevus jonctionnels était le réticulaire (82.6%), suivi de l'hyperpigmentation centrale avec un réseau périphérique (16.3%). 71.1% des naevus dermiques avaient un patron globulaire, 68% avaient un patron homogène, 21% présentaient des poils. Pour les naevus mixte ou composé,

62.5% avaient un réseau réticulaire périphérique et globulaire central, 27.5 % avaient un patron multicomposé, 5% un patron homogène avec un patron réticulaire. Pour les naevus congénitaux ; 76.1% présentaient un poil, 67.4% un point blanc périfolliculaire, 39.1% présentaient des points, 30.4% un patron globulaire et 50% un patron réticulaire, 34.8% un patron homogène, un patron pavimenteux était présent dans 13% des lésions. Pour les naevus palmo-plantaire, 61.1% avaient un patron parallèle aux sillons, 16.4% un patron homogène ,15% un patron fibrillaire, 10% un patron quadrillé en lattice. Pour les naevus unguéaux, un patron régulier dans tous les naevus, un pseudo signes de Hutchinson dans tous les cas, la taille est $>2/3$ de l'ongle dans un naevus, un patron hétérogène dans 2 naevus avec un examen histologique en faveur des naevus.

Discussion :

Notre population est caractérisée par la prédominance du phototype foncé (III et IV) qui reflète le phototype prédominant de la population marocaine. Plusieurs études ont démontré que les enfants dont la peau est claire ont globalement un nombre plus élevé de naevus par rapport aux teints les plus foncés. Nous avons constaté une prédominance du naevus jonctionnel avec le patron réticulaire dans la tranche d'âge entre 11 et 16 ans et cela rejoint les données de la littérature en signalant que la prolifération jonctionnelle est plus importante au cours de la première décennie, alors que la proportion des naevus dermiques avec la prédominance du patron globulaire augmente de façon constante avec l'âge à partir de la deuxième décennie. Pour les naevus congénitaux, ils sont plus fréquents chez la tranche d'âge entre 0 et 10ans. Ce constat est évident puisque les naevus congénitaux appariassent à la naissance ou quelques mois plus tard. Notre étude a objectivé la prédominance du naevus jonctionnel au niveau de la tête et du cou alors que Zallaudek et al a rapporté que le naevus globulaire était significativement fréquent dans la partie supérieure du tronc par rapport à la partie inférieure.

Conclusion :

La dermoscopie joue un rôle important dans le diagnostic des naevus de l'enfant, priser le type et le patron de naevus prédominant selon l'âge et la topographie et permetts aussi un suivi au long court des changements que subit les naevus de l'enfant au fil du temps ainsi que de prédire la nature bénigne ou maligne.

Apport de la dermoscopie dans les naevus congénitaux à propos de 70 naevus

S.Chhiti, M.soughi. douhi, S.Elloudi, H. Baybayi, Fatima Zahra Mernissi Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction :

Les naevus mélanocytaires congénitaux (NMC) sont présents à la naissance. Il est bien connu que la présence de naevus congénitaux de grande taille au début de la vie pourrait prédire un risque majeur de développer un mélanome d'où l'intérêt d'un suivi dermoscopique régulier.

Objectif : décrire les caractéristiques cliniques et dermoscopiques du NMC chez l'adulte et l'enfant.

Matériels et méthodes :

Une étude descriptive et analytique portée sur 70 NMC colligés sur une période de 2 ans. Dans tous les cas, un examen clinique et dermoscopique a été réalisé par le même examinateur à l'aide d'un dermoscope dermlite 4 couplé à un appareil photo IPHONE et analysé par deux examinateurs.

Résultats :

Nous avons colligé 70 naevus appartenant aux 70 patients. L'âge moyen était de 25,5 ans, le sexe ratio = 0,2. 54,4 avaient une exposition solaire. Le phototype 4 était le phototype le plus fréquent. Cliniquement, 89% des naevus avaient une taille inférieure à 1.5cm, 9.3% de taille moyenne (1.5-19.5cm) et 1.5% de taille supérieure à 20cm. Le naevus brun foncé était le plus dominant (66,7%) suivi de brun clair (36,8%), puis le naevus noir 21,1% et en dernier le bleu (7%). 33,5 % des naevus étaient des plaques. Le tronc était la localisation la plus fréquente, la majorité de lésions était de petite taille < de 5 cm. En dermoscopie, Le patron globulaire était le plus fréquent (50%) suivi de l'homogène (10,5%), le réticulaire (19,9%), le multicomposé (18,2%) puis le pavimenteux (1,4%). La présence du poil était significative dans 87,7% des naevus ($p > 0,0001$), une hypopigmentation périfolliculaire retrouvait dans 70% des naevus. 39,1% des naevus avait des points, des chrysalides dans 31% des naevus,

pseudo-kystes 6.5%. Deux naevus présentait un voile blanc bleu. 18% avaient un réseau en cible, un épaissement focal du réseau pigmentaire retrouvait dans 36% des naevus. Aucun de nos naevus n'avait un patron vasculaire. Aucun naevus congénital de la région palmo-plantaire n'a été retrouvé.

Discussion :

Les naevus mélanocytaires congénitaux (NMC) sont définis comme des naevus présents à la naissance ou apparaissant au cours des mois suivants. Ils sont classés selon leur taille comme petites (<1,5 cm), moyen (1,5~19,9 cm), et grand/géant (>20cm). Leur prévalence est de 0,5 % à 31,7 %. Le mélanome malin apparaisse à un âge plus jeune et se situe plus profondément dans les NMC de grande taille et superficiellement dans les NMC de petite ou moyenne taille ainsi que l'apparition d'un nodule ou d'une ulcération. La connaissance des caractéristiques dermoscopiques des NMC permet d'établir le diagnostic, le suivi et la prise en charge des patients. Il existe peu d'études évaluant les patrons dermoscopique de ces naevus au fil du temps. Néanmoins, certaines études ont cherché à décrire des caractéristiques dermoscopiques spécifiques du NMC à savoir les globules brun clair ou globules cibles, le réseau pigmentaire cible, épaissement focal du réseau pigmentaire, hypopigmentation perifolliculaire/focale, ainsi que les vaisseaux cibles ce qui était retrouvé dans notre étude.

Dans la présente étude, le patron dermoscopique prédominant était le patron globulaire quelle que soit la localisation du naevus, Comme a été précédemment décrit dans la littérature. On a observé que le patron globulaire était associé aux patients de moins de 15 ans, alors que le patron réticulaire était lié aux patients de plus de 15 ans ce qui rejoint les données trouvées dans la littérature.

Certaines études décrivent des aspects atypiques telles que des stries radiaires, une hypopigmentation focale, des globules et des taches atypiques, une régression et un voile bleu-gris, un arrêt abrupt comme des signes de malignité alors que d'autres auteurs ne le considèrent pas. Dans notre étude, nous avons retrouvé deux naevus avec un voile bleu-blanc mais aucun cas de transformation maligne.

Conclusion :

La présente étude a obtenu des résultats qui permettent la caractérisation clinique et dermoscopique des patients atteints de NMC, bien que des études avec un échantillon plus important et un intervalle de suivi plus long soient nécessaires pour démontrer le bénéfice réel de la dermoscopie dans le suivi de ces lésions au fil du temps et ainsi que d'évaluer le risque de transformation malignes.

Le lichen scléreuse vulvaire : Caractéristiques dermoscopiques et leurs corrélations avec la durée de la maladie.

**N.Kalmi/H.Baybay/S.Choukri/Z.Douhi/S.Elloudi/M.Soughi/FZ.Mernissi
Service de dermatologie ,CHU Hassan II,FES**

Introduction :

Le lichen scléreuse vulvaire (LSV) est une maladie inflammatoire chronique. La dermoscopie est un outil non invasif, utile dans l'orientation diagnostique du LSV, la surveillance thérapeutique et le pronostic.

Objectif : rapporter les caractéristiques dermoscopiques du LSV à travers une série de 80 patientes et de les corrélées à la durée de la maladie .

Matériel et méthodes :

Étude rétro-prospective descriptive et analytique de la dermoscopie LSV sur une durée de 4 ans, incluant 80 patientes. Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS. L'association entre les variables catégorielles a été testée en utilisant le test χ^2 . La durée d'évolution des lésions a été divisée en inférieure à 12 mois , supérieure à 12 mois. La valeur p a été considérée comme significative si elle était inférieure ou égale à 0,05.

Résultats :

Chez 80 patientes, 608 images dermoscopiques ont été analysées. L'âge moyen était de 45 ans (extrêmes 6 ans–86 ans). Les plaques sclérosées blanchâtres, l'encapuchonnement du clitoris avec effacement des petites lèvres, et les macules pigmentées homogènes sont les caractéristiques cliniques les plus fréquemment observées. Sur le plan dermoscopique nous décrivons un patron vasculaire et non vasculaire. Le tableau 1 résume les caractéristiques dermoscopiques.

Les variables dermoscopiques	Cas (%)
Les structures vasculaires	
Diminution de la concentration vasculaire	68 %
Type de vaisseaux	
polymorphes	51,2%
Linéaires	46,3%
En points	50 %
Spermatozoïde like	0 %
Distribution des vaisseaux	
Régulière	0 %
Irrégulière	55 %
Périphérique	0 %
Taches ,points ou globules rouges purpuriques	31,2%
Les structures non vasculaires	
Fond blanc	80 %
Aires blanches sans structures	66,3 %
Ouvertures comédons-like	38,8 %
Aires rouges laiteuses	52,5 %
Structures en éclat de glaces	43,8 %
Zones brunes sans structures	35 %
Aspect poivré	42,5 %

Nous avons également évalué statistiquement l'associations entre la durée du LSV et les résultats dermoscopiques. Nous avons constaté que les vaisseaux en points étaient plus fréquents dans les lésions du LSV datant de moins de 12 mois que dans les lésions plus anciennes. Aucune autre association significative n'a été trouvée.

Discussion :

Les caractéristiques dermoscopiques du LSV ont été décrites dans quelques séries de cas. Nos résultats concordent avec ceux de la littérature. Le LSV présente des patrons dermoscopique assez caractéristique. Il combine principalement des vaisseaux en points ou linéaires disposés irrégulièrement, un aspect poivré et des aires blanches sans structure. Selon les résultats des séries rapportés dans la littérature ;des couleurs différentes coexistent fréquemment chez une même patiente.

Le fond blanchâtre et les zones sans structures représentent les caractéristique dermoscopiques dominantes du LSV, observés même en absence de lésion cutanée. D'autres structures dermoscopique

décrites dans la littérature, également observés chez nos cas peuvent coexister notamment les structures en éclats de glaces et les ouvertures comédons like.

La corrélation entre le patron vasculaire et la durée de la maladie est controversée. En effet, selon Borghi et ses collègues, il est probable que les vaisseaux en points surviennent principalement dans les premiers stades de la maladie ce qui concorde avec notre série, Alors que Larre Borges et ses collègues n'ont trouvé aucune association.

Conclusion :

La reconnaissance des structures dermoscopiques spécifiques du LSV permet son diagnostic précoce et améliore son diagnostic différentiel avec les autres pathologies inflammatoires génitales, notamment en cas de doute sur le plan clinique.

Bouchons folliculaires : point commun ou critère distinctif ?

S.BOUGHLEB - M.SOUGHI - K.MEJJATI - Z.DOUIHI - S.ELLOUDI - H.BAYBAY -
FZ.MERNISSI

Service de Dermatologie et Vénérologie – Centre Hospitalier Universitaire Hassan II- Fès

Introduction :

Les bouchons folliculaires (BF) ou bouchons cornés correspondent à des orifices pilaires dilatés remplis de kératine et/ou de sébum. Ils sont présents dans diverses pathologies inflammatoires et infectieuses, et sont généralement corrélés à l'activité de la maladie. Notre objectif est de décrire leurs caractéristiques dans le lupus érythémateux discoïde (LED) et le lichen plan hypertrophique (LPH) afin de mettre en évidence leurs points communs et distinctifs.

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une étude rétro prospective unicentrique sur une durée d'un an, colligeant les cas de LED et de LPH, avec comme critère d'inclusion la présence de bouchons folliculaires en dermoscopie, suivie d'une analyse de leur morphologie, leur arrangement, leur couleur, ainsi que les autres signes auxquels ils étaient associés.

Résultats :

22 lésions de LED appartenant à 13 patients, dont 77% étaient de sexe féminin, ont été analysées. Le phototype était majoritairement III (69%) ou IV (23%). 41% des lésions de LED se situaient au niveau du scalp, et le reste au niveau de l'extrémité cervico-céphalique (59%). De façon générale, les BF dans le LED étaient ronds, multiples et dotés d'une couleur jaunâtre ou brun-grisâtre (72,7 %), et reposaient sur un fond érythémateux (95%). Un halo brun-grisâtre secondairement entouré d'un halo blanc brillant a été trouvé dans 45,5% des cas. Au niveau du scalp, les BF avaient une disposition périphérique (56%), un halo brun grisâtre (45%), et des anomalies folliculaires à type de poil cadavérique (77%) et d'atrachie (88%). Les signes vasculaires associés aux BF du scalp étaient des vaisseaux en araignées (44%) de disposition péri-pilaire (67%), ainsi que des points rouges folliculaires (88%). A l'extrémité cervico céphalique, les BF prenaient une disposition plus concentrique et centrale (54%), avec des vaisseaux linéaires périfolliculaires (77%) et des rosettes (70%). Une pigmentation péri-pilaire a été observée dans 88% des lésions du scalp, et 77% en dehors du scalp.

Dans le cas du LPH, nous avons analysé 16 lésions appartenant à 11 patients, dont 73% également de sexe féminin. Le phototype était majoritairement de type III ou IV (tous deux 36%). La principale caractéristique était un cercle blanc brillant complet entourant le BF jaunâtre dans 62,5 % des cas, avec une forme ronde en grain de maïs « corn-like pearls » dans 56,3 % des cas et se disposaient de façon alignée (31,5%). Les BF reposaient sur un fond érythémato-violacé dans 83% des cas, et étaient accompagnés de structures blanches

brillantes sous forme de rosettes (67%) ou organisées en stries de Wickham (75%). Aucune structures vasculaires ou pigmentaires particulières n'ont été retrouvées dans le LPH.

Discussion :

Les différentes études dans la littérature portant sur la dermoscopie du LED et du LPH se limitent à objectiver leur présence sans se pencher sur leur description. Notre analyse a donc permis de mettre en avant une différence aussi bien dans l'aspect et la disposition des BF dans les deux groupes, mais aussi une différence marquante des autres signes auxquels ils étaient associés en fonction de la pathologie (tableau 1). Ils constituent également un élément important dans le suivi thérapeutique par leur régression en dermoscopie.

	LUPUS ERYTHÉMATEUX DISCOÏDE	LICHEN PLAN HYPERTROPHIQUE
COULEUR	Jaunes / bruns gris	Jaunâtres
FORME	Arrondis, petits	Corn-like, globuleux
DISPOSITION	Scalp → périphériques, Non scalp → concentriques	Alignés
FOND	Érythémateux	Violacé
SIGNES VASCULAIRES	En araignée / Linéaires	-
PATRONS PIGMENTAIRES	Points bruns ou bleu gris	-
SIGNES D'HYPERGRANULOSE	-	Stries de Wickham

Tableau 1 : Récapitulatif des principales caractéristiques des BF dans le LED et le LPH

Conclusion :

Une analyse précise des particularités des BF nous a permis de fournir de nouvelles données qui pourraient être utiles au diagnostic différentiel entre le LED et le LPH. Il serait par ailleurs intéressant d'élargir l'échantillon d'étude afin de trouver une corrélation statistique entre l'aspect des BF et la pathologie en question.

Trichobactériose axillaire : Intérêt de la trichoscopie

Z. Fajri , H. Baybay ,S. Elloudi, M.Soughi , Z. Douhi ,FZ. Mernissi
Service de dermatologie et vénérologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

La trichobactériose est une infection bactérienne superficielle fréquente, affectant les poils des zones axillaires et génitales ainsi que le cuir chevelu. Elle est produite par un actinomyète aérobie appelé *Corynebacterium flavescentis* ou *tenuis*, la trichoscopie est un outil rapide et non invasif permettant de compléter l'examen physique et orienter le diagnostic. Nous rapportons 3 cas.

Observations

Nous avons colligé 3 patients de sexe masculin et d'âge moyen de 34 ans. Un premier patient est suivi pour un diabète, le second pour un vitiligo et le dernier est sans antécédents particulier. Le motif de consultation commun était la présence d'une forte odeur axillaire désagréable associée à la présence des lésions bilatérales d'allure sales depuis 6 mois gênant leurs vies au quotidienne et qui persiste malgré l'application des déodorants causant un retrait social. L'examen physique a révélé des concrétions nodulaires le long de plusieurs tiges capillaires, au niveau la zone axillaire, fermement adhérentes chez les trois patients. Seul un des patients avait une atteinte pubienne. La trichoscopie a révélé des concrétions jaunâtres avec un aspect en flemme produisant une fluorescence blanc-jaune à l'examen à la lampe de Wood. Nous avons conseillé aux patients de raser les zones touchées et d'appliquer quotidiennement l'acide fusidique topique pendant 3 semaines. Le contrôle après six mois n'a montré aucune récurrence des symptômes avec une amélioration de leurs qualité de vie.

Discussion

La trichobactériose est une infection superficielle causée par le *Corynebacterium tenuis* (Cocci gram +) à Tropisme pileaire touchant la région axillaire fréquemment, inguinale et le scalp. Les facteurs de risques sont l'hyperhidrose, une mauvaise hygiène, l'obésité. Caractérisée sur le plan clinique par la présence des petites concrétions jaunâtres, parfois rouges ou noires adhérentes aux poils et respectant sa base qui peuvent prêter à confusion avec la pédiculose corporelle ou l'érythrasma. La dermoscopie permet de mieux voir les caractères de ces concrétions qui peuvent prendre un aspect en flemme ou en brochet au niveau de la région axillaire et inguinale pour l'atteinte cuir chevelu. Elle se caractérise sur le plan dermoscopique par des concrétions blanches ou des nodules cristallins dite en chapelets de

pierres cristallines. Le traitement repose sur une hygiène rigoureuse avec un savon au soufre, des ablutions vinaigrées chaudes permettant de détacher les amas bactériens des poils axillaires ou génitaux associés à des traitements topiques l'acide fusidique à 2% en crème pendant 3 semaines ou de la Clindamycine topiques ou les Imidazoles locaux.

Conclusion

L'intérêt de nos observations est de démontrer l'utilité de la démoscopie dans l'orientation du diagnostic afin d'instaurer un traitement rapide et améliorer la qualité de vie de nos patients.

Caractéristiques cliniques et dermoscopiques du porome écrine : à propos d'un cas.

I.Kial, M.Khallouki, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal

**Service de dermatologie vénérologie du CHU Mohamed VI de marrakech, faculté de
médecine et de pharmacie de Marrakech**

Introduction :Le porome écrine est une tumeur annexielle bénigne rare du canal terminal de la glande sudoripare écrine.

Cliniquement, elle a tendance à se présenter comme une tumeur solitaire le plus souvent sur la face plantaire du pied chez les patients adultes.

En raison de sa grande variabilité clinique, il est généralement difficile à poser le diagnostic, d'où l'intérêt d'utiliser la dermoscopie, qui reste un moyen non invasif et immédiat.

La confirmation est histologique.

Il pose le problème de diagnostic différentiel avec plusieurs entités comme le carcinome épidermoïde, le carcinome basocellulaire ou le mélanome nodulaire achromique. Il présente également un potentiel de transformation maligne en porocarcinome.

Nous décrivons le cas d'une patiente de 65ans qui présente un porome écrine, tout en étudiant particulièrement ses caractéristiques cliniques et dermoscopiques.

Observation :Patiente de 65ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présente depuis 6mois une papule indolore légèrement prurigineuse au niveau de la face postéro-externe du pied droit.

L'examen dermatologique trouve une papule arrondie, de couleur rosé, bien limitée mesurant 1cm de grand diamètre. A son centre elle présente un aspect légèrement plus pâle, avec croûte centrale.

L'examen dermoscopique trouve des vaisseaux linéaires irréguliers, des vaisseaux glomérulaires et quelques vaisseaux en épingle à cheveux, le tout était entouré d'un halo blanchâtre. Le reste de l'examen dermatologique n'objectivait pas de lésions similaires, et l'examen somatique des autres appareils était sans particularité.

Devant cet aspect clinique nous avons réalisé une biopsie exérèse qui a mis en évidence une prolifération épidermique endophytique large faite de cellules pomoides, absence de palissade périphérique ou d'épaississement de la membrane basale et absence de mitose ou de dysplasie.

Cet aspect histologique était évocateur d'un porome écrine dans sa forme classique. La prise en charge était chirurgicale avec exérèse complète.

L'évolution était favorable sans récurrence sur un recul de 6 mois.

Discussion : Le terme porome écrine a été initialement décrit par Goldman et Pinkus en 1956 pour désigner une tumeur bénigne de la glande sudoripare constituée de cellules épithéliales. Cependant, de nombreux auteurs suggèrent qu'une composante apocrine peut également être présente. Elle représente 10% de toutes les tumeurs des glandes sudoripares, et seulement 0,0058 % des tumeurs épithéliales cutanées. La pathogénie reste inconnue, bien que certains auteurs suggèrent l'association à des cicatrices, des traumatismes et des radiations.

Il n'y a pas de préférence selon la race ou le sexe. Il a tendance à être diagnostiqué chez des patients âgés de 40 à 70 ans. La localisation la plus fréquente est la plante du pied (47 %), mais d'autres sites anatomiques ont été décrits comme la face, le tronc, les fesses et les membres supérieurs.

Sur le plan clinique, c'est une tumeur généralement solitaire papuleuse ou nodulaire d'évolution lente, qui peut prendre la couleur de la peau ou être rose, rouge, blanc ou même bleu. Sa surface peut être lisse ou verruqueuse, exophytique, parfois ulcérée ou hyperkératosique. Les formes pigmentées de PE constituent 17 % des cas.

La poromatose est une variante clinique rare avec de multiples poromes pouvant survenir chez les patients sous radiothérapie ou polychimiothérapie. Et le porocarcinome représente la variante maligne du porome écrine; cependant, seuls 18% des poromes évolueront réellement vers des porocarcinomes. Cette tumeur rare peut présenter des caractéristiques polymorphes qui peuvent prêter à confusion avec d'autres tumeurs malignes comme le carcinome spinocellulaire ou le mélanome achromique d'où l'intérêt du recours à la dermoscopie.

Cette dernière montre des structures vasculaires polymorphes, des vaisseaux glomérulaires, en épingle à cheveux ou linéaires. Des vaisseaux irréguliers, entourés d'un halo blanc à rose, peuvent également être observés.

Histologiquement, le porome écrine se présente comme une tumeur bien limitée se développant à partir de l'épiderme, formant des travées épithéliales anastomosées, composées de cellules régulières avec des signes de différenciation sudorale, avec noyau arrondi et peu de cytoplasme, ne montrant aucune atypie ou mitose.

Le PE pigmenté peut présenter des caractéristiques communes avec le carcinome basocellulaire pigmenté, comprenant de multiples globules bleu-vert, ovoïde ou des vaisseaux ramifiés. Cependant, ces vaisseaux ont tendance à être moins nettes et à présenter moins de divisions dans le porome écrine. En outre, les poromes présentent de manière caractéristique des foyers de nécrose, contrairement aux autres tumeurs bénignes, chez qui la nécrose oriente plus vers la malignité.

La prise en charge est basée sur un shaving ou une destruction électrochirurgicale pour les lésions superficielles et l'exérèse pour les lésions plus profondes comme le cas de notre patiente.

De plus, les traitements topiques ont également montré leur efficacité sur les poromes superficiels tel que l'atropine 1%.

Conclusion :

A travers ce cas, nous avons étudié les caractéristiques cliniques et dermoscopiques de cette tumeur rare ainsi que ses caractéristiques histologiques.

En effet, sa grande variabilité clinique rend le diagnostic difficile, d'où la nécessité d'utiliser des moyens non invasifs comme la dermoscopie pour orienter le diagnostic et éliminer d'autres tumeurs malignes.

L'étude dermoscopique des tumeurs annexielles permet alors d'améliorer notre compréhension et notre reconnaissance de ces lésions.

Un cas atypique de trichofolliculome: apport du dermoscope

Introduction :

Le trichofolliculome est une tumeur annexielle bénigne rare, décrite aussi comme un hamartome à différenciation pileaire. Il se manifeste souvent à l'âge adulte comme une papule ou un nodule solitaire centré d'une touffe de cheveux blancs affectant principalement la région céphalique. Son aspect dermoscopique est peu rapporté dans la littérature.

Nous décrivons un cas de trichofolliculome d'aspect clinique atypique par une touffe de cheveux noirs avec des aspects dermsocopique et histologique typiques.

Observation :

Patiente de 56 ans, sans antécédents particuliers, qui consulte pour une lésion en relief asymptomatique du cuir chevelu évoluant depuis 15 ans. L'examen clinique a objectivé un nodule de couleur chair faisant 1,5cm de grand diamètre de consistance ferme indolore creusé par deux pertuis périphériques d'où émerge une touffe de cheveux. L'examen au dermoscope a montré des fines télangiectasies avec une touffe de cheveux duveteux et noirs entourée de squames jaunâtres. Ont été évoqué les diagnostics suivants : un trichofolliculome et un nævus dermique achromique. Une biopsie exérèse a été faite objectivant à l'examen histologique un follicule pileux dilaté comportant de la kératine et des débris des tiges pileaires auquel sont connectés plusieurs follicules ramifiés présentés à divers degrés de maturation. Le tout est entouré par une fibrose collagène. A la lumière de cet aspect histologique, le diagnostic d'un trichofolliculome a été retenu et aucune récurrence n'a été objectivée après 3 mois de suivi.

Discussion :

Le trichofolliculome a été décrit pour la première fois par Miescher en 1944. Comme étant une tumeur annexielle bénigne, qui se développe au dépens de l'unité pilosébacée. Il est souvent de diagnostic clinique devant la présence caractéristique de la touffe de cheveux blancs duveteux au sein d'un nodule ou d'une papule. Son aspect dermoscopique n'est pas trop rapporté. A côté des signes retrouvés dans notre cas, il a été décrit les aspects suivants : des aires jaunes, les bouchons cornés et des cheveux duveteux blancs qui sont si caractéristiques du trichofolliculome bien qu'ils peuvent manquer dans des formes atypiques comme le cas de notre patiente. L'histologie permet le diagnostic de certitude en montrant un

aspect caractéristique d'une tumeur constituée d'un follicule central dilaté correspondant au follicule primaire, tapissé d'une paroi épaisse dans lequel s'abouchent des follicules secondaires présentant une différenciation très variable. Parfois, il peut comporter des structures sébacées rudimentaires sur les zones séborrhéiques. L'exérèse est la règle sans marges vu la bénignité de la tumeur bien que des cas d'invasion périneurale et de récurrence après exérèse ont été décrits.

Conclusion :

Le trichofolliculome est une tumeur bénigne rare qui doit être évoquée devant une papule ou nodule centré d'un pertuis rempli de cheveux quelque soit la couleur et le siège avec une dermoscopie caractéristique.

Les rosettes: Un nouveau signe dermoscopique de la sarcoïdose cutanée

M. Aboudourib ; S. Karimi; O. Hocar; S. Amal

**Service de dermatologie, CHU Mohamed VI, Laboratoire bioscience et santé FMPM.
Université Cadi Ayyad, Marrakech, Marrakech, Maroc**

Introduction

Les rosettes blanchâtres sont des structures blanches brillantes qui se présentent sous forme de quatre points ovales qui se rejoignent au centre. Auparavant, on pensait qu'elles étaient spécifiques de la kératose actinique et du carcinome épidermoïde, mais par la suite elles étaient observées dans de nombreuses autres affections. Nous rapportons les deux premiers cas de sarcoïdose cutanée présentant des rosettes en dermoscopie.

Observations

Observation 1 : un patient de 37 ans s'est présenté en consultation pour une éruption papuleuse du visage. L'examen cutané a révélé 5 lésions papuleuses rouge-brunâtres touchant le front et la lèvre supérieure. La dermoscopie a montré un fond orangé translucide, des vaisseaux linéaires et ramifiés avec une disposition radiaire, et des stries blanches brillantes. Des rosettes blanchâtres de taille variable, regroupées au centre la lésion frontale, ont été également observées. L'examen histologique a révélé des granulomes confluents avec une fibrose et une réaction granulomateuse intense autour des follicules pileux. Le diagnostic de sarcoïdose cutanée était retenu.

Observation 2 : une femme de 87 ans consultait pour une éruption maculopapuleuse étendue. L'examen dermatologique a révélé de multiples plaques rouge brunâtres, des lésions papuleuses et maculopapuleuses sur le nez, le cou, le tronc, les coudes, les avant-bras et les jambes. La dermoscopie a montré des vaisseaux linéaires et ramifiés sur un fond jaune-orangé et de multiples rosettes blanchâtres sur la moitié inférieure de la lésion du nez. Le balayage dermoscopique de la peau normale du visage n'avait pas objectivé de rosettes. L'examen histologique a noté plusieurs granulomes dans le derme et une forte infiltration cellulaire et une fibrose autour des follicules pileux. Le bilan des autres atteintes systémiques a confirmé une localisation pulmonaire. Le diagnostic d'une sarcoïdose cutanée et pulmonaire était retenu.

Discussion

La sarcoïdose est caractérisée en dermoscopie par des zones ou globules jauneoranges translucide ou des zone sans structure correspondant à des granulomes bien définis, des vaisseaux linéaires ou arborisants et des squames blanchâtres. Un article récent avait rapporté les stries blanchâtres brillantes, correspondant à la fibrose qui accompagne la réaction granulomateuse. Les rosettes n'étaient jamais rapportées. Les rosettes en dermoscopie sont expliquées par un processus pathologique impliquant les zones folliculaires et périfolliculaires. Chez nos deux patients, l'examen histopathologique a mis en évidence des granulomes, une forte infiltration cellulaire et une fibrose autour des follicules pileux. Cette dernière peut expliquer la présence des rosettes en dermoscopie chez nos deux cas de sarcoïdose cutanée.

Conclusion

Nous rappelons à travers ces observations que les rosettes représentent un signe dermoscopique non spécifique, et nous rajoutons la sarcoïdose cutanée a la liste des dermatoses pouvant présenter ce signe.

Onychomycoses : Corrélation entre la dermoscopie et la culture fongique. (à propos de 92 cas)

O.Lafdali ; M.Aboudourib ; O.Hocar ; S.AMAL

Service de dermatologie CHU Mohammed VI MARRAKECH , Maroc .

Université CADI AYYAD , laboratoire de biosciences ,Marrakech ,Maroc .

Introduction

Les onychomycoses sont des infections fongiques qui touchent l'ongle. Elles constituent la première étiologie des onychopathies. C'est un motif fréquent de consultation en dermatologie. L'apport de dermoscopie en matière de diagnostic et de prise en charge sera d'une grande aide autant pour le praticien que pour le patient.

Objectifs

Notre étude a pour but d'évaluer l'intérêt de la dermoscopie dans le diagnostic d'onychomycose. L'objectif est de faire une corrélation entre les aspects dermoscopiques fréquents et les différentes espèces fongiques détectées en culture.

Patients et méthodes

Nous avons mené une étude prospective et descriptive étalée sur une durée de 15 mois depuis Avril 2022 jusqu'au juin 2023 sur 92 patients présentant une onychomycose confirmée sur culture fongique. Nous avons inclus les patients suivis en consultation ou hospitalisés et qui présentent une onychomycose associée et confirmée sur prélèvement mycologique.

Tous les patients ont subi un examen clinique minutieux , une étude dermoscopique avec un dermoscope DermLite D4 et un prélèvement mycologique avec culture positive .

RESULTATS

L'étude portait sur 92 patients , dont 49 femmes (53.2%) et 43 hommes (46.7%) .L'âge moyen de notre série était de 41.3 ans . L'atteinte des orteils était majoritaire dans 61 cas tandis que l'atteinte unique d'un ou de plusieurs doigts de la main ne dépassait pas 22 cas . L'association ongles et orteils était dans 06 cas.

L'onychomycose sous unguéale distolatérale était la forme la plus fréquente dans 40 cas (43%), suivie par l'onychomycose dystrophique totale dans 31 cas soit 33.6%, l'onychomycose sous unguéale proximale dans 17 cas (18.4%) et finalement la forme blanche superficielle dans 4 cas (4.3%).

Les aspects dermoscopiques des onychomycoses incluait les stries longitudinaux retrouvés dans 81 cas (88%) ; suivis par l'hyperkératose sous unguéale réalisant un aspect en ruine retrouvé dans 69,5% (soit 64 cas) ; une onycholyse distale avec une bordure en dents de scie dans 58 cas (soit 63%) ; un bord distal déchiqueté et irrégulier dans 49 cas (53%) ; la chromonychie dans 40 cas incluant une coloration jaunâtre (21 cas) , blanchâtre (11 cas) , brune (5 cas) verdâtre (3cas), les stries blanches transversaux dans 29 cas (31.5%) ; les hémorragies linéaires dans 6 cas (6.5%) .

On retrouve en première ligne les onychomycoses dermatophytiques avec le *Trichophyton rubrum* en chef de fil ; suivi par les onychomycoses d'origine candidosique . Le *Candida Albicans* était majoritaire. Les moisissures étaient relativement rares (*Aspergillus* et *Fusarium*)

Les deux aspects dermoscopiques prépondérants dans les onychomycoses dermatophytiques étaient les stries longitudinaux (91.58%) suivis par l'onycholyse avec bordure déchiquetées ou en dents de scie (72.4%).

Dans les onychomycoses à *Candida* le premier signe dermoscopique était l'aspect en ruine (81%) suivi par les stries longitudinaux (78%) puis la chromonychie (55%).

CONCLUSION

La dermoscopie des onychomycoses est un outil simple, non invasif et disponible au cabinet qui pourra être utile pour orienter et guider le praticien . Cependant le prélèvement et la culture restent primordiaux avant de commencer un traitement long , lourd et assez onéreux pour une large catégorie de la population maghrébine .

Dermoscopie de la leishmaniose cutanée: à propos de 20 cas et 31 lésions

B. Bennour¹; M. Aboudourib¹; O. Hocar¹; S. Amal¹

¹Service de dermatologie et de vénérologie, C .H.U Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction

La leishmaniose est une maladie parasitaire à tropisme cutané. La dermoscopie nous apporte une aide précieuse pour son diagnostic.

Matériel (ou patient) et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective incluant 20 patients ayant une leishmaniose cutanée(LC) examinés au dermoscope sur une période de 5 mois allant de Janvier 2023 à Mai 2023. Le diagnostic a été confirmé chez tous les patients par frottis.

Résultats

Nous recensons 20 patients atteints de LC avec un total de 31 lésions. La moyenne d'âge était 27.3 ans. Le délai de consultation moyen était de 6.2 mois. L'évolution était: >6 mois dans 20 lésions et <6 mois dans 11 lésions. Le bouton d'orient représentait la forme clinique majoritaire chez 87.1% des patients, suivie par la forme érysipéloïde chez 9.7%. La localisation la plus fréquente était la face chez 83.9% des patients. L'érythème était présent dans toutes les lésions, la larme jaunâtre dans 13 lésions (42%), les bouchons folliculaires dans 8 lésions (25.8%) et les pseudokystes dans une lésion (3.2%). L'aspect en étoile éclatée était présent chez 19 patients (61.3%), les structures blanchâtres brillantes étaient objectivées chez 4 patients (12.9%) et les rosettes étaient retrouvées dans 7 lésions (22.6%). L'aspect jaune orangé était mis en évidence dans 17 cas (54.8%). Les squames étaient retrouvées dans 28 lésions (90.3%). L'ulcération était présente sur 27 LC (87,1%). La vascularisation était en virgule (32.2%), en épingle à cheveux (32.2%), linéaire (32.2%), arborescente (25.8%), glomérulaire (19.3%) et en point(3.2%). Le voile gris bleu était présent dans 3 lésions (9.7%). L'aspect en étoile éclatée était présent sur les lésions évoluant depuis >6 mois dans 75% des cas contrairement aux lésions récentes où ce signe était présent dans 36.3% des cas. La vascularisation en épingles à cheveux était retrouvée dans les lésions anciennes dans 40% vs 9% dans les lésions récentes

contrairement à la vascularisation en virgule qui était présente dans les lésions récentes dans 54.5% vs 20% dans les LC anciennes.

Discussion

L'érythème, l'aspect lupoïde, la larme jaunâtre, l'aspect en étoile éclatée, l'ulcération, les squames et la vascularisation polymorphe ont été majoritairement retrouvés dans notre série, ces résultats rejoignent les données de la littérature. En adéquation avec les résultats des séries publiées, la larme jaunâtre était présente uniquement sur les lésions touchant le visage et le cou. Les structures en rosette sont exceptionnelles dans la LC. Dans notre série, les rosettes étaient présentes dans 22.6% des cas, majoritairement dans des formes papulonodulaire et anciennes. En cohérence avec la littérature, l'aspect en étoile éclatée et la vascularisation en épingle à cheveux étaient liés à la chronicité des lésions contrairement à la vascularisation en virgule qui était présente surtout sur les lésions récentes. La vascularisation glomérulaire était prédominante sur les membres.

Conclusion

Le dermoscope est moyen d'exploration innovant et non invasif pour l'orientation diagnostique de la LC.

Les caractéristiques dermoscopiques de la leishmaniose cutanée :

H. El Halla; I.Lakhal; S.Bellasri; FZ.Alaoui Abidi; S.Ait Oussous; I.Zouine; S.Mhaimer; B.El Idrissi; R. Chakiri

Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir.

Introduction :

La leishmaniose cutanée est une maladie parasitaire, due à l'infestation du phagocyte par un protozoaire flagellé du genre leishmania. L'objectif de notre travail est d'étudier les particularités dermoscopiques de la leishmaniose cutanée.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive incluant 14 patients avec 20 lésions, qui ont consulté au service de dermatologie au CHU Souss-Massa d'Agadir sur une période allant de Décembre 2020 à Avril 2023.

Résultats :

Un total de 14 patients avec 20 lésions a été inclus. Le sex-ratio H/F était 1/3. La moyenne d'âge était de 19 ans. 65 % des lésions étaient localisées au niveau du visage. 85 % des patients étaient originaires de milieu rural. Toutes les lésions étaient d'évolution chronique avec une période allant de 4 mois à 2 ans. La taille moyenne était de 1.8 cm. 60% des lésions étaient des plaques, 20 % des nodules et 20 % des papules.

Les caractéristiques dermoscopiques trouvées étaient : L'hyperkératose folliculaire dans 25 % des cas. L'ulcération était présente dans 40 % des cas. Les larmes jaunâtres étaient présentes dans 4 lésions (20 %). L'aspect en étoile éclaté était présent dans 40 % des lésions. Les structures vasculaires les plus fréquentes étaient constituées par les vaisseaux linéaires (80 %), suivi par les vaisseaux en points dans 60 % des lésions, puis par les vaisseaux en épingle à cheveux dans 40 % des lésions, puis vaisseaux arborescents et en virgule chez 2 patients. Le reste des structures dermoscopiques étaient constituées par : l'aspect jaune orangé chez 70 % des patients, cercles blancs étaient présentes dans 5 % des lésions.

Croutes jaunâtres dans 9 lésions et hémorragiques dans 6 lésions, chrysalides dans 15%, les squames dans 55 % et l'aspect en arc en ciel dans 2 lésions.

Discussion :

La leishmaniose cutanée est une pathologie fréquente dans notre région. La dermoscopie joue un rôle important dans le diagnostic positif et différentiel de la leishmaniose cutanée.

Dans notre étude, la durée d'évolution dépasse 4 mois chez tous les patients, et peut aller jusqu'à 2 ans. Ceci a également été rapporté dans d'autres études et témoigne de la nature insidieuse et indolore de la maladie et de la multitude des diagnostics différentiels responsables d'une errance diagnostique

La présentation clinique prédominante est la forme en plaque ulcérée. Les lésions sont souvent uniques et localisées très fréquemment dans le visage, car cette localisation est facilement accessible au phlébotome. Pour confirmer le diagnostic, il est nécessaire de réaliser un examen parasitologique.

Plusieurs structures vasculaires ont été observées à l'examen dermoscopique : vascularisation en points, linéaires, en épingle à cheveux, arborescent, en virgule, mais restent non spécifiques.

L'aspect jaune orangé est retrouvé dans 70 % des lésions. L'aspect en larmes jaunes était retrouvé dans notre série chez 20 % des lésions, alors que dans l'étude de Llambrish et al, il était constaté dans 53 % des cas et dans l'étude de A. Nassiri et al, chez 78%. Ce pourcentage faible dans notre étude peut être expliqué par la chronicité des lésions de nos patients.

L'aspect en étoile éclaté était présent dans 40 % des cas. Cette dernière est un signe important dans l'évaluation dermoscopique de la leishmaniose.

Conclusion :

Les caractéristiques dermoscopiques aideraient au diagnostic positif, différentiel et le suivi de la leishmaniose cutanée.

DERMOSCOPY OF TRICHILEMMOMA

**A.Fliti, M.Elomari Alaoui, N.Er-rachdy, M.Meziane, N.Ismaili, L.Benzekri,
S.HAMADA, K.Senouci**

**Department of Dermatology, Mohamed V University of Rabat, Ibn Sina University
Hospital, Morocco**

Introduction

Trichilemmoma is a benign cutaneous tumor originating from the outer root sheath of hair follicle. We report the dermoscopic features of a case of trichilemmoma.

Case report:

A 68 -year-old healthy man presented with a 3-months history of an asymptomatic, slow growing lesion on the upper lip .Physical examination revealed a 5 mm smooth , skin-colored, dome-shaped papule. (Fig 1).

Dermoscopic examination of the lesion using DermLite DL4 (3Gen, San Juan Capistrano, California, USA) was done and images were captured with DermLite MCC adapter.

Dermoscopy revealed white structures, with hemorrhagic areas on an erythematous background. (Fig 2).

Histologic examination showed a tumor proliferation in the superficial dermis in contact with the epidermis. It was made up of basaloids cells in the periphery and clear central cells without atypical cells (Fig 3).Diagnosis of trichilemmoma was established.

Discussion:

In 1962, Headington and French first described trichilemmoma as a benign neoplasm with differentiation toward pilosebaceous follicular epithelium,^[1] or outer root sheath. It usually occurs on the face, ears, and neck but can also occur on forearms and hands.

Recently, Horcajada-Reales et al. [2] have reported the dermoscopic characteristics of trichilemmoma: the red iris-like structures (radial peripheral linear vessels with distal thickening, taking on a triangular form); reflective whitish areas surrounding those vessels; and central hyperkeratotic masses (the latter 2 already described by Lallas et al. [3]) Than Lozano-Masdemont et al. described peripheral linear vessels arranged radially in a triangle formation, hairpin vessels surrounded by reflective whitish areas, and a central crusted and hyperkeratotic area [4].

We aim to emphasize that the dermoscopic examination can be an extremely valuable and noninvasive tool in the orientation of diagnosis of a trichilemmoma. Histologic analysis remains key to confirming the diagnosis.

Dermoscopic features of pigmented basal cell carcinoma

S.Oulad Ali¹, J.Belcadi¹, S.El Hilali², K.Senouci¹, M.Meziane¹

¹Department of Dermatology, Mohammed V University in Rabat, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco

²Department of Community Medicine, Mohammed V University in Rabat, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco

Introduction

Basal cell carcinoma is the most common malignant skin tumor, occurring especially in elderly light-skinned patients, in whom the pigmented form represents less than 10%. The aim of our study was to highlight the dermoscopic features of pigmented basal cell carcinoma in our population and to investigate associations between these different features and the subtypes of this tumor as well as with location.

Materials and methods:

A prospective monocentric study realized in a 21-month period. Clinical and dermoscopic images of histopathologically confirmed basal cell carcinomas were evaluated.

Results:

120 basal cell carcinomas in 92 patients were included in our study. The mean age was 59 years. Male patients were predominant (62%). The predominant phototype was phototype V (35.8%). 62.5% of basal cell carcinomas were nodular, 28.3% superficial, 5.8% infiltrating and 0.8% morpheiform. 65.8% of these tumors were highly pigmented (pigmentation >75%), and 35.8% were located in the nasofrontal area. The most frequent features were arborizing vessels (79.2%), blue-gray ovoid nests (63.3%) and ulcerations/erosions (68%).

Blue-gray globules and ovoid nests were strongly associated with the nodular subtype ($p < 0.001$), as were highly pigmented forms ($p < 0.001$). Highly pigmented basal cell carcinomas were associated with a localization in the periorbital area ($p = 0.049$), the superficial subtype was found more on the trunk ($p < 0.001$) and the infiltrating more on the scalp ($p = 0.006$) and hands ($p = 0.058$).

Heavily pigmented basal cell carcinomas were associated with phototype V ($p < 0.001$), in contrast to lightly pigmented forms (<25%), which were associated with phototype III ($p < 0.001$).

Discussion:

Pigmented basal cell carcinomas are much more frequent in darker skin phototypes. The blue-gray ovoid nests histopathologically correspond to large pigmented dermal tumor nests of basaloid cells, while the maple-leaf-like areas correspond to tumour nests appended to the epidermis and/or hair follicles. Dermoscopy is used to identify pigmented forms and eliminate differential diagnoses. Pigmented basal cell carcinoma responds poorly to certain therapies, such as photodynamic therapy. This may be explained by the presence of melanin, which appears to act as a competitive pigment absorbing light, thus reducing response rates. The gold standard treatment for most BCCs remains surgery.

Conclusion:

We report a dermoscopic study of basal cell carcinoma in our dark-skinned patients, and our results show that highly pigmented forms are found mainly in phototype V patients.

Dermscopie de la dermatomyosite juvénile

**J. Belcadi ; S. Oulad Al ; ; K. Senouci ; M. Meziane
Dermatologie, Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc;
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, Rabat, Maroc**

Introduction

La dermatomyosite juvénile est une maladie hétérogène et multisystémique dont le diagnostic peut être difficile, notamment devant les formes atypiques comme les formes amyopathiques ; son pronostic est difficile à prévoir, notamment devant l'atteinte pulmonaire, les ulcérations cutanées, les séquelles musculaires et la calcinose sous-cutanée.

Compte tenu de l'atteinte cutanée, le dermatologue est l'un des premiers spécialistes à être sollicité pour poser le diagnostic.

En raison du rôle croissant de la dermoscopie dans la pratique quotidienne du dermatologue et de l'absence d'article décrivant la dermoscopie de la dermatomyosite juvénile, nous rapportons les aspects dermoscopiques cutanés et périunguéraux trouvés chez notre patient de 13 ans atteint de dermatomyosite juvénile.

Observation

Un enfant de 13 ans, sans antécédent particulier, présente depuis 5 mois des maculo-papules érythémato-violacées prurigineuses de disposition spinulosique au niveau de la face interne des deux cuisses, des genoux, des deux jambes et de la région glutéale.

Papules érythémato-violacées en bande au niveau du bord cubital proximal des deux avant-bras. Il présente également des papules de Gottron au niveau des mains, des coudes et des genoux.

Le reste de l'examen clinique est sans particularité, notamment pas d'hypertrichose généralisée ou sous-patellaire, pas de calcinose cutanée ou musculaire, pas de lésions nécrotiques ou d'ulcération, pas de lipodystrophie.

L'examen neuromusculaire est normal.

La dermoscopie des papules montre un fond érythémateux, des vaisseaux en pointillés (vasodilatation cutanée) et des squames blanches (hyperkératose).

La dermoscopie périunguëale du troisième doigt de la main non dominante révèle une raréfaction des vaisseaux avec présence de méga-capillaires tortueux (environ 3/mm) et de petites hémorragies en volutes de cheminée et cuticules épaissies.

Ces aspects dermoscopiques sont très similaires à ceux de la dermatomyosite de l'adulte, mais étant donné le manque d'écrits dans littérature, il est intéressant d'étudier la dermoscopie de cette dermatose inhabituelle.

Dermoscopie de la Gale Norvégienne

**N.Er-rachdy¹, M.Elomari Alaoui¹, A.Fliti¹, S.Hamada¹, M.Meziane¹,
N.Ismaili¹,L.Benzekri¹, K.Senouci¹**

*Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina,
Maroc*

Introduction

La gale norvégienne (ou gale hyperkératosique ou gale croûteuse) est une forme rare et spectaculaire de gale, causée par l'acarien *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Elle survient principalement chez les personnes immunodéprimées, et se manifeste par des squames hyperkératosiques diffuses, des croûtes, voire une érythrodermie. Elle est très contagieuse car les patients atteints de gale croûteuse peuvent héberger des millions d'acariens sur leur corps, contre 10 à 12 acariens dans la gale classique. Elle peut souvent être mal diagnostiquée en raison de l'absence de prurit, d'où l'intérêt de la dermoscopie.

Observations

Patient N° 1 : Patiente de 49ans, suivie pour thymome sous chimiothérapie, qui présente depuis 2 mois un prurit généralisé à exacerbation nocturne avec notion de prurit familial. L'examen clinique a objectivé des papules excoriées et stries de grattage localisés au niveau du dos, les poignets, ainsi que des lésions hyperkératosiques sur le cuir chevelu. La dermoscopie a montré de nombreux sillons avec le signe du deltaplane.

Patient N° 2 : Un homme de 23 ans, suivi pour épidermolyse bulleuse héréditaire avec onychie, anomalies dentaires, sténose de l'oesophage et malnutrition, a présenté une éruption cutanée non prurigineuse évoluant depuis 1 mois, avec notion de prurit familial. L'examen clinique a révélé de multiples plaques hyperkératosiques sèches avec aspect farineux et de larges ulcérations, principalement sur les proéminences osseuses et les plis, le tronc, les membres, le visage et le cuir chevelu. L'examen dermoscopique a montré l'accumulation de nombreux sillons en "noodle pattern", avec de multiples structures triangulaires brunâtres = signe du deltaplane. Ces sillons présentaient le "gray-edged line sign", c'est-à-dire une ligne grise-brunâtre sur les bords externes du sillon.

Pour les 2 patients : Le diagnostic a été confirmé par l'ED des squames, par la MEE de nombreux sarcoptes adultes, des larves hexapodes et de nombreux œufs ovoïdes de grande taille. Les patients ont reçu une dose de 200µg/kg d'Ivermectine, ainsi qu'un traitement local à base de Benzoate de benzyle et un kératolytique à base de vaseline salicylée pour favoriser l'élimination des croûtes, avec une bonne évolution.

Discussion

La gale norvégienne est une forme rare et particulière de la gale classique, avec une contagiosité extrême. La présentation clinique comporte un prurit (50%) et de lésions squamo-croûteuses diffuses. L'atteinte du cuir chevelu, est une source de récurrence par la persistance des sarcoptes à ce niveau. La dermoscopie a l'avantage d'être rapide et simple, qui montre des petites structures triangulaires brunes caractéristiques ou signe du delta. On peut observer également le « noodle pattern », qui correspond à l'enchevêtrement de multiples sillons lié à la prolifération massive de sarcoptes. C'est un signe dermoscopique caractéristique de la gale croûteuse, observé chez notre patient. Le "gray-edged line sign" à la dermoscopie est un signe récemment décrit où la ligne sombre est souvent observée sur la paroi externe du sillon, observé également chez notre patient. Le diagnostic biologique se base sur la recherche du sarcopte. Le traitement est basé sur l'Ivermectine + un traitement local à base de Benzoate de benzyle et un kératolytique.

Conclusion

La gale norvégienne est une forme rare et sévère de gale. La dermoscopie est donc un outil extrêmement utile, rapide et non invasif pour le diagnostic de la gale norvégienne.

Dermoscopie du carcinome baso-cellulaire pigmenté

S. Oulad Ali¹; J. Belcadi¹; S. El Hilali²; K. Senouci¹; M. Meziane¹

¹Service de dermatologie, Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc;

²Laboratoire de médecine communautaire, Centre Hospitalo-universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction

Le carcinome basocellulaire est la tumeur cutanée maligne la plus fréquente, notamment chez les sujets âgés de phototype clair, chez qui la forme pigmentée représente moins de 10 %.

Objectifs : mettre en évidence les aspects dermoscopiques du carcinome baso-cellulaire pigmenté dans notre population et de rechercher les associations entre ces différents aspects et les sous-types de cette tumeur ainsi qu'avec la localisation.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective monocentrique réalisée sur une période de 21 mois. Des images cliniques et dermoscopiques de carcinomes baso-cellulaires confirmés par histopathologie ont été évaluées.

Résultats :

120 carcinomes baso-cellulaires chez 92 patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 59 ans. On notait une prédominance masculine (62%). Le phototype prédominant était le phototype V (35,8%). 62,5% des carcinomes baso-cellulaires étaient de type nodulaire, 28,3% superficiels, 5,8% infiltrants et 0,8% sclérosant. 65,8% de ces tumeurs étaient fortement pigmentées (pigmentation >75%), et 35,8% étaient localisées sur la zone naso-frontale. Les critères dermoscopiques les plus fréquemment retrouvés étaient des vaisseaux arborescents (79,2 %), des nids ovoïdes gris-bleu (63,3 %) et des ulcérations/érosions (68 %).

Les globules gris-bleu et les nids ovoïdes étaient fortement associés au sous-type nodulaire ($p < 0,001$), ainsi qu'aux formes fortement pigmentées ($p < 0,001$). Les carcinomes baso-cellulaires fortement pigmentés étaient associés à la localisation sur la zone péri-orbitaire ($p = 0,049$), le sous-type superficiel se retrouvait plus au niveau du tronc ($p < 0,001$) et l'infiltrant plus au niveau du cuir chevelu ($p = 0,006$) et des mains ($p = 0,058$).

Les carcinomes baso-cellulaires fortement pigmentés étaient associés au phototype V ($p < 0,001$), contrairement aux formes faiblement pigmentées (<25%) qui étaient associées au phototype III ($p < 0,001$).

Discussion :

Les carcinomes baso-cellulaires pigmentés sont beaucoup plus fréquents chez les phototypes foncés. Les nids ovoïdes gris-bleu correspondent sur le plan histologique aux lobules larges, faits de cellules basaloïdes, tandis que les feuilles d'érable correspondent aux nids tumoraux appendus à l'épiderme et/ou aux follicules pileux. La dermoscopie permet de reconnaître les formes pigmentées et d'éliminer les diagnostics différentiels. Le carcinome baso-cellulaire pigmenté répond mal à certaines thérapies telles que la photothérapie dynamique, ceci peut être expliqué par la présence de mélanine, qui semble agir comme un pigment compétitif absorbant la lumière, diminuant ainsi les taux de réponse. Le traitement de référence pour la plupart des CBC reste la chirurgie.

Conclusion :

Nous rapportons une étude dermoscopique de carcinome baso-cellulaire chez nos patients principalement de phototype IV et V et nos résultats montrent que les formes fortement pigmentées sont retrouvées principalement chez les patients de phototype V.

Dermoscopie du porome eccrine

Y.Berrada¹, Y.Tamim¹, M. Meziane¹ K. Senouci¹

¹Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc

Introduction :

Le porome eccrine est une tumeur bénigne relativement rare de l'adulte qui partage la large topographie des glandes sudorales eccrine. Nous nous sommes proposé d'étudier les particularités dermoscopiques de cette tumeur.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée au sein du service de dermatologie du CHU Ibn Sina de Rabat regroupant tous les cas de poromes diagnostiqués et confirmés histologiquement sur une période de 1 an, allant de juin 2022 à mai 2023

Resultats : Dix cas étaient inclus dans cette série dont 6 hommes et 4 femmes (sex-ratio : 1,5). L'âge moyen était de 64 ans avec des extrêmes allant de 41 à 95 ans. La taille moyenne des lésions était de 2,7 cm [1–5 cm] avec une durée moyenne d'évolution de 27mois.

La présentation clinique était polymorphe : tous nos poromes étaient non pigmentés ainsi une plaque érythémato-squameuse était retrouvé dans 1 cas. Une présentation en papulo-nodule érythémateux était observée dans 4 cas et une lésion bourgeonnante dans 5 cas. Les lésions étaient localisées sur l'extrémité céphalique dans 4 cas (40 %) (Visage [3 cas], nuque [1 cas]). Une localisation abdominale était notée dans 1 cas. 4 poromes étaient localisés sur les membres inférieur (jambe [2 cas], pieds [2 cas]) et 1 au niveau de l'avant bras.

Un antécédent de radiothérapie était associé à une forme bourgeonnante de porome au niveau de la nuque.

Les caractéristiques dermoscopiques associées au porome comprenaient un patron vasculaire entouré d'un halo blanchâtre dans 90% des cas (vaisseaux ramifiés, glomérulaires, en épingle à cheveux), la présence d'une érosion ou ulcération dans 80% des cas, une collerette blanchâtre périphérique dans 50% de cas ainsi qu'un patron globulaire rouge laiteux dans 30% des cas. Sinon tous les poromes présentaient un fond blanc rosé à la dermoscopie et des squames blanc jaunâtres.

Discussion : Les poromes eccrines sont des tumeurs rares de l'ordre de 1/1000 habitants.

L'âge moyen de survenue se situe généralement entre 30 et 40 ans avec une nette prédominance masculine ceci rejoint les résultats retrouvés dans notre série.

Ces tumeurs peuvent se développer au cours de la grossesse, lors d'une radiothérapie comme le cas décrit chez notre patient, un antécédent de maladie de Bowen ou en cas de naevus sébacé.

Le porome eccrine se présente cliniquement sous forme de papules, plaques ou de nodule solitaire en forme de dôme, saillant et bien limité, d'une taille moyenne inférieure à 2 cm, localisé le plus souvent au niveau de la paume des mains, plante des pieds et le visage, dans notre série les localisations les plus fréquemment retrouvées étaient situées sur l'extrémité céphalique.

La dermoscopie quant à elle est un outil qui peut aider au diagnostic ainsi plusieurs aspects dermoscopiques sont décrits selon la pigmentation du porome.

Selon une étude multicentrique la majorité des poromes étudiés étaient non pigmentés et en comparant les données de notre série avec ceux trouvés dans la littérature, la présence d'un patron vasculaire glomérulaire, d'un halo blanc rosé et d'un patron globulaire étaient les aspects dermoscopiques les plus caractéristiques.

Conclusion :

La dermoscopie permet un diagnostic précoce malgré le grand polymorphisme clinique.

Ainsi il faut savoir penser au porome devant toute lésion qui présente un patron vasculaire et/ou globulaire et reposant sur un fond blanc rosé.

Dermoscopy of keratoacanthoma : about 11 cases

Sassine FZ¹, Mustapha Eid C¹, Khachani K¹, Senouci K¹, Meziane M¹.

¹Dermatology Department, Mohamed V University of Rabat, Ibn Sina University Hospital, Morocco

Introduction:

KA is a benign tumor of pilar origin, characterized by spontaneous involution. It occurs preferentially in photoexposed areas in elderly subjects. Clinically, it appears as a nodule or domed tumor with a central keratin-filled crater. The main clinical, dermoscopic and histological differential diagnosis is SCC. The aim of our work is to describe and study the various clinical and dermoscopic features of this tumor.

It has a typical dermoscopy, which coupled with spontaneous involution allows us to confirm the diagnosis of KA.

Materials and methods:

Prospective, descriptive study conducted between June 2021 and May 2023 at the Avicenne University Hospital in Rabat-Salé in 11 patients.

Results:

11 patients including 7 women and 4 men, with a mean age of 61.5, intense sun exposure was noted in 6 patients. The mean duration of evolution was 6.5 months. Spontaneous involution was noted in 2 patients. All cases were located in photoexposed hair-bearing areas. Average size was 2.8cm.

The most common dermoscopic features were the central structureless area around which were arranged scales, white circles and polymorphic vascularization. A verrucous appearance was found in 2 patients.

Histological diagnosis is based on the appearance of the arciform epithelial lip present around the central crater and continues with the adjacent epidermis.

Surgical treatment is recommended in simple forms.

Conclusion:

KA is a benign tumour affecting the elderly. It is often difficult to differentiate from SCC. Nevertheless, a typical dermoscopy associated with the involitional phase helps to rule out CE. Histological evidence is required in patients seen in the growth or maturation phase of the tumor.

Intérêt de la dermoscopie dans le diagnostic de la lèpre

S. Nahali^a (Dr), M. Tabka^a (Dr), A. Souissi^a (Pr), A.Ghannem^a (Dr), D.Mdhaffer^a (Dr), Mokni^a (Pr)

^a Service de dermatologie, Hôpital La Rabta Tunis, TUNISIE

Introduction :

La lèpre, ou maladie de Hansen, est une maladie infectieuse, chronique et contagieuse due à une mycobactérie à tropisme cutané et neurologique : *Mycobacterium lepra*. En Tunisie, la lèpre est essentiellement une pathologie « d'importation » dont les manifestations cliniques méritent d'être connues vu l'ampleur des mouvements migratoires depuis l'Afrique subsaharienne. La dermoscopie, un outil incontournable de nos jours, pourrait faciliter l'analyse des lésions cutanées.

Cas :

Une patiente âgée de 43 ans, Ivoirienne et résidant en Tunisie depuis 2019, consultait pour une plaque hypopigmentée découverte il y a 4 mois. L'examen dermatologique trouvait une plaque hypochromique bien limitée et hypoesthésique, mesurant 12 cm de diamètre intéressant la face dorsale du bras droit. Des plaques discrètement hypochromiques, à peine visibles, étaient également présentes sur la face antérieure de la cuisse droite. La dermoscopie de la plaque révélait des zones blanches, un réseau pigmenté hétérogène, ainsi qu'une diminution des orifices folliculaires et des poils. La recherche de bacille sur un frottis cutané, nasal et de l'oreille était négative. En se basant sur les données épidémiologiques et cliniques, le diagnostic d'une lèpre dans sa forme paucibacillaire (PB) précisément de type tuberculoïde borderline, a été retenu. La patiente était mise sous une association de Clofazimine, Rifampicine et Dapsone selon les dernières recommandations de l'OMS.

Discussion :

La présentation clinique de la lèpre est très variable en fonction de la réponse immunitaire cellulaire du sujet infecté. La négativité de la bacilloscopie et le polymorphisme lésionnel font des formes PB un challenge diagnostique pour le clinicien. Les images dermoscopiques au cours de la lèpre varient en fonction de la topographie des lésions et de leur aspect clinique. Les signes dermoscopiques toutes formes confondues incluent des zones blanches, un réseau pigmenté hétérogène, une réduction de la

densité des ouvertures folliculaires et eccrines, des cheveux courbés, cassés et en forme de V et une diminution de la densité capillaire. Des anomalies vasculaires, telles que des vaisseaux en points, linéaires et ramifiés, ainsi que des globules jaunes ou bruns, ont été décrites dans les lésions granulomateuses ou infiltrées. Concernant la lèpre tuberculoïde polaire, les signes dermoscopiques rapportés consistent en des zones blanches focales et un réseau pigmentaire hétérogène, similaires à ceux observés chez notre patiente.

Alopécie frontale fibrosante : aspects dermoscopiques

Ahd Jday, Anissa Zaouak, Houda Hammami, Amal Chamli, Salima Ben Jannet, Sami Fenniche

Service de dermatologie, Hôpital Habib thameur, Tunis, Tunisie

Introduction : L'alopécie frontale fibrosante (AFF) est une alopécie cicatricielle, qui est considérée actuellement comme une variante anatomoclinique du lichen plan pileaire (LPP) de localisation sélective. Nous rapportons une série de dix observations d'AFF en décrivant ses caractéristiques épidémiologiques, cliniques et dermoscopiques.

Patients et méthodes : Étude rétrospective colligeant 10 cas de patients suivis dans notre consultation externe de dermatologie pour alopécie frontale fibrosante. Le diagnostic a été retenu sur des critères cliniques et histologiques. Une étude dermoscopique a été réalisée par le dermoscope manuel Dermlite DL4.

Résultats : Nous avons colligé dix cas d'AFF affectant des patients de sexe féminin. L'âge moyen était de 52 ans [44-57 ans]. Seulement 40% des patientes étaient ménopausées. Elles étaient de phototype III (70%), de phototype IV (20%) et de phototype V (10%). Le prurit était le signe fonctionnel le plus rapporté, présent dans 30 % des cas. Sur le plan clinique, trois malades présentaient un recul fronto-temporo-pariétal, sept un recul fronto-temporal, une seule patiente n'avait qu'un recul frontal. Une dépilation des sourcils était présente chez 70 % des malades et une dépilation d'autres régions du tégument était notée dans 30 % des cas. Des micropapules couleur chair étaient présentes sur le visage dans 80 % des cas et le signe de cheveu solitaire était noté chez 60% des malades. Trois patientes (de phototype III et IV) avaient en plus un lichen pigmentogène et deux patientes avaient une alopécie androgénique associée. Sur le plan dermoscopique, une hyperkératose péripilaire était présente chez toutes les patientes, de vraies gaines coulissantes dans 20 % des cas et une desquamation périfolliculaire dans 30 % des cas. Une disparition des orifices pileaires (90%), un érythème péripilaire (60%), des points bleu-gris (50%) et une disparition de cheveux duvet (60%).

Discussion : L'AFF est une affection rare dont l'incidence est en cours d'augmentation. Sur le plan clinique, elle se traduit par un recul de la ligne d'implantation frontale du cuir chevelu associée ou non à une atteinte des régions pré et rétro-auriculaires et elle peut s'étendre à la zone postérieure réalisant une alopécie en couronne. Dans les formes avancées, on peut remarquer le contraste entre la zone alopécique où la peau est pâle, sans orifices folliculaires, et le reste du visage qui est hyperpigmenté avec des signes d'héliodermie. L'alopécie des sourcils, totale ou partielle, concerne la

plupart des patients et peut même atteindre 100% des cas dans certaines séries. L’AFF peut être considérée comme une affection pilaire généralisée, cela est corroboré par le fait que le tiers de nos patientes présentaient une perte de pilosité dans d'autres régions du tégument. Sur le plan dermoscopique, on peut trouver des signes qui témoignent de l’activité de l’AFF comme l’érythème, les points gris-bleus et l’hyperkératose périplaire. Ces signes sont considérés par certains auteurs comme des facteurs de bon pronostic. Aux stades avancés on note la disparition des orifices folliculaires et un aspect blanc nacré qui correspond à la fibrose. L’AFF est le plus souvent isolée, mais elle peut être associée à d’autres variantes du lichen comme en témoigne le fait que 30 % de nos patientes avaient un lichen pigmentogène.

Conclusion : L’alopécie frontale fibrosante est une forme particulière de LPP. Ses aspects dermoscopiques jouent un rôle crucial dans le diagnostic précoce et donne une idée sur le pronostic de la maladie.

La pellagre sous le dermoscope

Arij Lissir, Faten Rabhi, Malek Ben Slimane, Kahena Jaber, Aberraouf Dhaoui

INTRODUCTION

La pellagre est un trouble nutritionnel rare causé par un déficit sévère en niacine (vitamine B3). Elle se caractérise par des lésions cutanées des régions photo-exposées, des troubles gastro-intestinaux et des signes neuropsychiatriques. De fait de sa rareté, les données dermoscopiques de la pellagre sont très rares. Nous rapportons ici un cas de pellagre avec examen dermoscopique.

OBSERVATION

Une patiente âgée de 49 ans, suivie pour maladie de Crohn sous salazopyrine, s’est présentée à notre consultation avec des lésions cutanées des dos des mains évoluant depuis un mois. Elle rapportait une photosensibilité avec sensation de brûlure. Elle se plaignait également de troubles de la mémoire apparus depuis deux mois. Elle a nié toute autre plainte systémique, en particulier la diarrhée. Il n’y avait pas de consommation d’alcool ni de prise médicamenteuse récente. L’examen physique montrait des plaques symétriques hyperpigmentées, épaissies, rugueuses et squameuses siégeant sur les dos des mains. Nous avons également trouvé des plaques hyperpigmentées et épaissies autour de la bouche. Le reste de l’examen physique était normal. Les tests biologiques n’ont pas révélé un syndrome de malabsorption. Aucune biopsie cutanée n’a été effectuée. L’examen dermoscopique montrait un réseau pigmenté réticulé, des points blancs folliculaires, des points rouges et bruns et des squames blanches périphériques sur un fond jaune-rosé. Le diagnostic de pellagre a été envisagé sur la base des caractéristiques cliniques cutanées et neurologiques dans le contexte d’un patient atteint d’une maladie inflammatoire chronique de l’intestin. Le traitement a été initié par supplémentation en niacine (300 mg par jour) avec une résolution complète des lésions cutanées et début d’amélioration des signes neurologiques au bout de quatre semaines. Cette réponse rapide à la supplémentation en niacine a confirmé notre diagnostic de pellagre.

DISCUSSION

L’association des signes cardinaux classiques de la pellagre (dermatite, diarrhée, démence et décès) est devenue très rare de nos jours. Le diagnostic est généralement basé sur les manifestations cutanées apparues dans un contexte particulier. L’alcoolisme chronique et la malabsorption digestive sont les

facteurs prédisposants les plus courants de la carence en niacine. Jusqu'à présent, il n'existe pas de marqueurs biologiques diagnostiques de pellagre et les caractéristiques histologiques ne sont pas spécifiques. La dermoscopie de la pellagre est très rarement décrite dans la littérature. En 2021, Murthy et al. ont décrit pour la première fois les aspects dermoscopiques chez cinq patients. Les principales caractéristiques étaient un fond rosé, des squames blanches, des structures, des points et des globules rouge-brun. D'autres signes dermoscopiques ont également été décrits, tels que des squames périfolliculaires, des points blancs folliculaires et des bouchons folliculaires. Dans notre cas, des aspects similaires ont été observés, associés à un réseau pigmenté réticulé qui n'a pas été décrit par Murthy et al.

La dermoscopie peut aider au diagnostic de pellagre en association avec les caractéristiques cliniques et la réponse thérapeutique à la niacine. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour établir des caractéristiques diagnostiques concluantes.

La maladie de Kyrle : intérêt de la dermoscopie

K. Trimeche¹, M. Lahouel¹, NEI. Ouni¹, M. Maalej¹, M. Ben Kahla¹, M. Ben rejeb¹, S. Saad¹, N. Fetoui Ghariani¹, S. Mokni¹, A. Aounallah¹, N. Ghariani¹, B. Sriha², M. Denguezli¹

¹Dermatologie, ²Anatomo-pathologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Le diagnostic clinique de la maladie de Kyrle (MK) peut parfois être difficile, en raison de sa similitude avec d'autres dermatoses prurigineuses. Avec l'utilisation croissante de la dermoscopie dans la pratique quotidienne, son intérêt dans cette maladie a été aussi évoqué dans des rares observations. Nous rapportons un cas de MK où la dermoscopie a guidé le diagnostic.

Observation :

Un patient âgé de 43 ans, nous a consulté pour une éruption prurigineuse évoluant depuis deux ans. Il avait comme antécédant une hypertension artérielle et un diabète type I, compliqué de néphropathie diabétique au stade d'hémodialyse. A l'examen on notait la présence de papules kératosiques au niveau des faces d'extension des membres. On a évoqué le diagnostic de lichen plan, d'éruption lichénoïde, de lichen amyloïde ou de dermatose perforante. La dermoscopie avait montré du centre vers la périphérie des lésions : une croûte ou squame centrale, une zone blanche grisâtre sans structure, une zone rosée sans structure dans certaines lésions, et une zone brunâtre périphérique. La biopsie cutanée avait montré une dépression épidermique remplie de matériel kératosique associée à un derme richement vascularisé, comportant un important infiltrat inflammatoire, confirmant ainsi le diagnostic de MK.

Discussion :

Les données de la littérature sur les aspects dermoscopiques au cours de la MK sont insuffisantes. Les premières observations ont décrit un pattern concentrique à trois zones,

caractérisé par des croûtes blanchâtre ou brunes brillantes au centre, une zone blanchâtre-grise sans structure entourant les croûtes centrales et une zone périphérique brune. D'autres auteurs ont rapporté en plus une quatrième zone rosée sans structure contenant des vaisseaux en point, entre la zone grise blanchâtre et la pigmentation brune périphérique, avec des squames périphériques entourant la pigmentation. On a observé les deux patterns décrits chez notre patient : Certaines lésions présentaient trois zones, alors que d'autres montraient quatre zones. Cet aspect dermoscopique reflète les signes histologiques : la croûte centrale correspondait au matériel kératosique qui comble l'érosion de l'épiderme ; la zone grisâtre sans structure reflète l'amaigrissement de la jonction dermoépidermique par invagination de l'épiderme ; la zone rosée sans structure correspondait à l'inflammation active avec l'augmentation de la vascularisation du derme. La zone hyperpigmentée périphérique est due à la présence de mélanocytes et à l'augmentation de la pigmentation de la couche basale de l'épiderme.

Conclusion :

Nous avons rapporté un cas de MK dont les caractéristiques dermoscopiques sont comparables à celle décrite dans la littérature. Bien que l'histopathologie reste le moyen diagnostique de référence au cours de la MK, la dermoscopie constitue un outil important, pouvant faciliter le diagnostic.

La trichoscopie dans l'évaluation de la sévérité de la pelade

R. Said El Mabrouk 1; N. Fetoui Ghariani 1; M. Bel Kahla 1; S. Saad 1; B. Sriha 2 ; M. Ben rejeb 1; M. Lahouel Gaied 1; N. Ghariani 1; S. Mokni 1 ; A. Aounallah 1; M. Denguezli 1.

1 Université de Sousse, Faculté de Médecine, Service de Dermatologie, C HU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.

2 Université de Sousse, Faculté de médecine, Laboratoire d'anatomopathologie, C HU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.

Introduction

La pelade est une alopécie non cicatricielle qui se manifeste le plus souvent par une perte de cheveux en plaques sur le cuir chevelu. Son diagnostic repose généralement sur les manifestations cliniques. Cependant, l'activité et la gravité de la maladie peuvent être mieux reconnues par les caractéristiques trichoscopiques.

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude descriptive transversale colligeant les patients ayant consulté pour une pelade diagnostiquée cliniquement. Tous les patients inclus ont bénéficié d'un

examen trichoscopique à l'aide d'un dermoscope DermLite DL4, 4Gen. L'analyse des images trichoscopiques a été réalisée par un opérateur expérimenté.

Résultats

Nous avons recensé 26 patients (12 hommes, 14 femmes) d'un âge médian de 35 ans (allant de 4 à 66 ans), diagnostiqués cliniquement avec une pelade. L'alopecia ophiasique était la forme clinique la plus fréquente présente chez 11 patients (42,3 %), suivie par l'alopecia en plaques multiples chez 7 patients (26,9 %), l'alopecia en plaques localisées chez 6 patients (23,07 %) et l'alopecia universelle chez 2 patients (7,69 %). La durée de la maladie allait de 4 jours à 15 ans. Chez plus de la moitié des patients (53,8%), la maladie a duré moins d'un an.

Sur le plan clinique, l'activité de la pelade a été évaluée par un test de traction positif, la présence de cheveux en micro- points d'exclamation et/ou de points noirs sur les plaques alopeciques. Seize patients (61,5 %) présentaient une pelade cliniquement active. À la trichoscopie, les follicules pileux se caractérisaient par des points noirs, des points jaunes et des follicules vides. Les signes prédominants traduisant l'atteinte des tiges capillaires étaient les micro-points d'exclamation, les cheveux effilés, les cheveux cassés et les cheveux duveteux. D'autres signes moins fréquents ont été observés, comme les cheveux en monilethrix et la repousse verticale des cheveux. Tous les types d'alopecia (en plaques, ophiasique et universelle) présentaient les mêmes caractéristiques trichoscopiques. En comparant l'activité clinique de la maladie aux caractéristiques trichoscopiques, les patients présentant des points noirs, des micro-points d'exclamation et des cheveux cassés ont été considérés comme ayant une maladie active (80%) et ceux présentant des points jaunes et des follicules vides à la trichoscopie (23%) avaient une pelade inactive sur le plan clinique. En corrélant l'activité clinique à l'activité trichoscopique, 40 % des cas avec une pelade cliniquement inactive présentaient une pelade active à la trichoscopie.

Discussion

Notre étude a montré que certains patients atteints d'une pelade cliniquement inactive présentaient des caractéristiques de la maladie active à l'examen trichoscopique. Les points noirs, les cheveux en point d'exclamation et les cheveux cassés peuvent passer inaperçus

cliniquement. D'où l'intérêt de l'examen trichoscopique qui permet de les détecter à un stade précoce. La corrélation positive de ces signes trichoscopiques à l'activité de la maladie a été suggérée dans la littérature, comme démontrée par notre série.

Conclusion

Nos résultats soulignent l'intérêt de la trichoscopie dans le diagnostic et l'évaluation de la sévérité de la pelade qui peut aider les praticiens à initier le bon traitement et à prédire l'évolution de cette affection.

L'intérêt de la trichoscopie dans le diagnostic de dermatomyosite du cuir chevelu

R. Said El Mabrouk 1; M. Lahouel 1; M.Thabouti 1; S. Mokni 1; M. Bel Kahla 1; N. Fetoui Ghariani 1; S. Saad 1; M. Ben rejeb 1; A. Aounallah 1; N. Ghariani 1; M. Denguezli 1

1 Université de Sousse, Faculté de Médecine, Service de Dermatologie, C HU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.

2 Université de Sousse, Faculté de médecine, Laboratoire d'anatomopathologie, C HU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.

Introduction :

L'atteinte du cuir chevelu n'est pas toujours évaluée chez les patients ayant une dermatomyosite (DM). Ses caractéristiques cliniques et trichoscopiques ont rarement été décrites. Nous rapportons les signes cliniques et dermoscopiques chez deux patientes suivies de DM avec atteinte du cuir chevelu.

Observations :

1^{er} cas : Patiente âgée de 56 suivie pour DM depuis 1998, a consulté pour une large plaque alopecique érythémato-squameuse et très prurigineuse, siégeant au niveau du vertex et évoluant depuis 3 ans. L'examen trichoscopique a révélé l'absence d'ouvertures folliculaires avec des zones blanches sans structures, des vaisseaux tortueux, élargis, ramifiés linéaires et courbés, des vaisseaux en forme de lac, ainsi que la présence de squames périfolliculaires et interfolliculaires.

2^{ème} cas : Patiente âgée de 65 ans et suivie pour une DM depuis 2013, a consulté pour plusieurs plaques alopeciques érythémato-squameuse prurigineuses, évoluant depuis 1 an

siégeant au niveau frontal, pariétal et occipital associé à une poikilodermie. L'examen trichoscopique a révélé des signes d'une alopecie cicatricielle, un aspect des vaisseaux sanguins et de la peau péri-folliculaire qui sont similaires à la première patiente, auxquelles s'ajoute une hyperpigmentation péri-folliculaire.

Dans les deux cas : La trichoscopie a révélé la présence de "grosses mottes jaunâtres", correspondant à des bouchons folliculaires géants, non décrites dans la littérature auparavant. Les prélèvements mycologiques étaient négatives et les biopsies du cuir chevelu ont permis d'éliminer d'autres diagnostics et ont confirmé le diagnostic de DM du cuir chevelu.

Discussion : La DM du cuir chevelu touche principalement les femmes et se caractérise par une alopecie, un prurit et/ou une sensation de brûlure. Les signes trichoscopiques les plus fréquemment décrits sont les vaisseaux tortueux et les squames péri-folliculaires et inter folliculaires qui étaient tous présents chez nos deux patientes. Des touffes avec trois ou plusieurs tiges de cheveux émergeant ensemble d'une seule ouverture folliculaire ont été décrits dans la littérature, mais absents chez nos deux patientes. Les signes rarement observés sont les capillaires touffus, l'hyperpigmentation inter-folliculaire et périfolliculaire et les structures vasculaires en lac.

Conclusion : L'atteinte du cuir chevelu dans la DM est rare, et représente un défi diagnostique. Sa présentation clinique est souvent atypique. La trichoscopie est une technique rapide, non invasive qui permet de poser le diagnostic sans avoir recours à la biopsie et elle doit être systématique chez tous les patients atteints de dermatomyosite.

Corrélation des signes trichoscopiques dans les alopecies non cicatricielles :

M.Faik Ouahab¹, A.Kelati¹, S.Chiheb¹

¹ Service de dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de Casablanca, UM6SS

Introduction :

Rapide et non invasive, la trichoscopie est une technique permettant l'analyse du follicule pileux. Outre son intérêt sémiologique, elle apporte des informations sur le stade évolutif des pathologies du cuir chevelu afin de poser le bon diagnostic et par conséquent le bon traitement.

L'objectif de notre étude était de décrire les présentations trichoscopiques des différents types d'alopecies non cicatricielles puis d'établir une corrélation des signes trichoscopiques avec les caractéristiques épidémiocliniques des patients.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive analytique réalisée au sein du service de dermatologie de l'hôpital Cheikh Khalifa sur une période allant de février 2021 à août 2022. Tous les patients ont été examinés par le dermoscope Heine Delta 30, les données ont été saisies sur Microsoft Excel et analysées sur SPSS version 22.0.

Résultats :

Notre série comprenait 112 cas, dont 45 cas d'alopecie androgénétique (AAG), 24 cas la pelade, 17 cas d'effluvium télogène (ET), 14 cas de psoriasis, 12 cas d'alopecie de traction (AT). La tranche d'âge dominante était comprise entre 20-30 ans et le sexe ratio H/F était de 0,49.

Les poils duveteux, l'anisotrichie >20% et la disparité de calibre au sein du même follicule pileux (FP) étaient significativement associés à l'AAG (p<0,05). Les points noirs, les poils circulaires, les points d'exclamation, les points jaunes et les poils cassés étaient significativement associés à la pelade (p<0,05). Les plages rouges, les points rouges, les anses capillaires tortueuses et les squames blanchâtres diffuses étaient significativement associés au psoriasis du cuir chevelu (p<0,05). L'isotrichie, l'anisotrichie <20% et les follicules vides étaient significativement associés à l'effluvium télogène (p<0,05). Les gaines coulissantes et les follicules vides étaient significativement associés à l'alopécie de traction (p<0,05).

Discussion :

Miteva et al. ont défini l'anisotrichie > 20% comme étant le signe le plus caractéristique de l'AAG. Les points jaunes (PJ) peuvent y être observés dans les cas avancés et sévères. Dans notre étude nous les avons retrouvés dans 25 % des cas. Ceci s'explique par la prédominance des stades débutants d'AAG dans notre série. Les PJ sont également significativement associés à la pelade dans notre étude, ce qui rejoint l'étude de Sahu et al. Enfin, les points d'exclamation étaient présents dans 35,5% des cas, ce qui rejoint l'étude de Mahmoudi et al.

La trichoscopie est fortement conseillée pour la prise en charge de l'ET car elle permet de le différencier de l'AAG ou de chercher leur éventuelle association.

Les signes les plus communément retrouvés dans l'AT sont les gaines coulissantes qui témoignent de la chronicité de la traction et les follicules vides. Dans notre série, ils étaient retrouvés dans 83,3% des cas, ce qui se rapproche des résultats de Polat et al.

Conclusion :

Une détection précoce des alopecies non cicatricielles favorise une prise en charge efficace, et la trichoscopie s'avère être un allié précieux pour faciliter ce processus de diagnostic.

Trichoscopie de la folliculite décalvante de Quincaud : une série de 8 cas.

**Chtioui E, Sellami K, Hammami F, Chaabouni R, Amouri M, Bahloul E, Turki H
Service de dermatologie ; CHU Hédi Chaker, Sfax-Tunisie**

Introduction :

La folliculite décalvante (FD) est une alopecie cicatricielle neutrophilique, rare, qui affecte surtout les sujets de jeune âge, avec une prédominance masculine. On étudie ses particularités trichoscopiques à travers une série hospitalière.

Matériels et méthodes :

Etude prospective, menée au service de dermatologie de l'hôpital Hédi Chaker de Sfax, sur une période de 18 mois (Avril 2021-Novembre 2022) colligeant tous les patients ayant une FD. Le dermoscope Dermlite II PRO a été utilisé en lumière non polarisée.

Résultats :

Nous avons inclus 8 patients. Le sexe ratio F/M était égal à 1,66. La localisation au niveau du vertex a été notée chez 6 patients (75%) et au niveau de la région occipitale chez les deux autres patients. A la trichoscopie, des cheveux en touffe, une perte d'orifices folliculaires, des aires rouge-laites et des croûtes jaunâtres ont été retrouvés chez tous les patients. Des gaines coulissantes jaunes, des vaisseaux en épingle à cheveux et des pustules folliculaires chez 50% des patients. Le « starbust sign » et le « blue blotch » ont été retrouvés chacun chez un seul patient.

Discussion :

Nos résultats concordent avec ceux de la série de Uchiyama et al. de 42 cas. La FD associe sur le plan trichoscopique des signes rouges et des signes jaunes. L'érythème et les hémorragies périfolliculaires traduisent l'inflammation précoce, tandis que les pustules folliculaires, les gaines coulissantes jaunâtres et les croûtes jaunes représentent l'infiltrat neutrophilique et constituent des marqueurs d'activité. D'autres signes sont moins fréquents tels que le starburst pattern et le blue blotch. Le starburst pattern traduit une hyperplasie épidermique. Il était moins fréquemment rapporté dans notre série (12,5% VS 64%). Les « Blue blotch » sont des aires sans structures arrondies et bleutées. Leur mécanisme responsable est l'association de l'inflammation chronique à la fibrose conduisant à une prolifération de mélanocytes avec accumulation dermique de mélanine.

Profil dermoscopique de la Leishmaniose cutanée

S.Ben Salem¹; S.Bouabdellah¹; S. Sefraoui¹; N.Zizi^{1,2}; S.Dikhaye^{1,2}

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction:

La Leishmaniose cutanée (LC) est une infection parasitaire protozoaire transmise par un phlébotome. Elle est caractérisée par un grand polymorphisme clinique d'où l'intérêt de la dermoscopie pour orienter le praticien. L'objectif de notre étude est d'évaluer les différentes caractéristiques dermoscopiques des lésions de LC.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 15 patients avec 113 lésions suivies pour LC au service de Dermatologie du Centre hospitalier universitaire Mohamed VI d'Oujda.

Résultats:

Nous avons colligé 15 patients. L'âge moyen était de 26,3 ans avec un sexe ratio H/F = 6. Le nombre moyen de lésions par patients était de 8,2 (1-55). Il s'agissait d'une LC localisée dans 64% des cas et diffuse dans 21,5% des cas et sporotrichoïde dans 14,5% des cas. La durée

moyenne d'évolution était de 5,2 mois. Cent treize lésions de LC étaient cliniquement identifiées. Le visage était atteint dans 10,7% des cas, les membres dans 70,5%, Le dos dans 18,8%. La forme papulo-nodulaire était observée dans la majorité des cas (54,5%). L'étude dermoscopique détaillée montrait que l'érythème était présent dans 100 % des lésions, l'ulcération dans 62,5%, les squames blanches dans 74% des cas et jaunes dans 46,4% des cas, les aires blanches sans structure dans 31,3%, le motif étoilé blanc dans 43,8%, les larmes jaunâtres dans 37,5% des cas et une pigmentation périphérique dans 37,5% des cas. Les structures vasculaires les plus fréquentes étaient de type : vaisseaux (Vx) glomérulés 75%, Vx linéaires 46,4%, suivis par Vx en virgule dans 39,3%, Vx arborescents dans 16%, en épingle à cheveux dans 18,7% et les Vx tortueux dans 4,4%. Nous avons également noté dans 21,4% des cas une disposition en zones concentriques faits d'une zone centrale crouteuse vascularisée entourée d'une zone rose pâle parsemée par endroit par des structures blanches et une zone périphérique pigmentée.

Discussion:

La LC est une parasitose qui demeure endémique au Maroc. Son polymorphisme clinique rend son diagnostic difficile. Les signes dermoscopiques retrouvés dans notre étude sont rapportés dans la littérature notamment dans des études faites au Maroc et en Tunisie et celle de Llambrich et al. . Cependant, hormis l'aspect en larme et l'aspect blanc étoilé, ces structures ne sont pas spécifiques à la LC car ils sont également vus dans d'autres pathologies. De plus nous avons noté dans notre étude un aspect particulier de disposition en zones concentriques.

La présence de signes dermoscopiques évocateurs de la LC (larmes jaunes, aspect blanc étoilé, polymorphisme vasculaire) nous oriente devant des présentations trompeuses.

Conclusion:

La dermoscopie est un moyen d'exploration non invasif et certains signes sont très pourvoyeurs du diagnostic.

Références :

1. Llambrich, A., Zaballos, P., Terrasa, F., Torne, I., Puig, S., & Malveyh, J. (2009). Dermoscopy of cutaneous leishmaniasis. *British Journal of Dermatology*, 160(4), 756-761.
2. Nassiri, A., Moustaide, K., Chakiri, R., Gallouj, S., & Mernissi, F. Z. (2015, December). Dermoscopie de la leishmaniose cutanée: à propos de 12 cas et 36 lésions. In *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* (Vol. 142, No. 12, p. S615). Elsevier Masson.
3. Kidar, A., Abboud, A., Layouni, S., Chelbi, F., Kidar, O., Babba, H., ... & Hammami, H. (2019, December). Apport de la dermoscopie dans le diagnostic de la leishmaniose cutanée en Tunisie: étude de 58 cas. In *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* (Vol. 146, No. 12, p. A179). Elsevier Masson.
4. Dermatologie, C. H. U. Intérêt de la dermosopie dans le diagnostic de la leishmaniose cutanée en Tunisie: 14 observations.
5. Boufarguine, S., Hammami, H., Zaouak, A., Fenniche, S., Mokni, M., & Aoun, K. (2021). Leishmaniose cutanée en Tunisie: confrontation clinico-dermoscopique. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie-FMC*, 1(8), A253-A254.

La dermoscopie et le Xéroderma pigmentosum

Y.Almheirat¹, H.Daflaoui¹, M.Benkaraach¹, N.Zizi^{1,2} ; S.Dikhaye^{1,2}.

1 Service de Dermatologie Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda Maroc.

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique, faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda Maroc

Introduction : Le xeroderma pigmentosum (XP) est une genodermatose rare à transmission autosomique récessive caractérisée par une augmentation remarquable de la sensibilité des sujets atteints aux rayons ultra-violet (UV), par conséquent il en résulte une augmentation du risque de développement des tumeurs cutanées. Le diagnostic précoce de ces tumeurs est crucial pour la survie de ces patients, mais ce n'est pas facile, même pour les dermatologues expérimentés, en raison de la présence d'un grand nombre de lésions actiniques (lentigo actinique, kératose actinique, atrophie et poikilodermie). La dermoscopie augmente la précision du diagnostic des cancers cutanés pigmentés et non pigmentés en évitant toute exérèse tumorale inutile chez des patients qui nécessitent souvent des exérèses multiples et répétitives de toutes nouvelles lésions suspectes.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique, retrospective réalisée au service de dermatologie et de vénéréologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI Oujda, incluant toutes lésions suspectes sur la dermoscopie ayant bénéficiées d'une étude histopathologie chez les patients atteints d'XP durant la période allant de Juin 2014 à Janvier 2022.

Résultats : Notre série comportait neuf cas. L'âge moyen des patients était de 18.22 (± 9.46), avec prédominance féminine soit un sexe ratio F/H 1.25. La moyenne d'âge des premiers signes cutanés est de 2.33ans (6mois-7ans) et la moyenne d'âge de l'apparition des premières tumeurs était de 7.11ans (2ans-22ans). La consanguinité était notée chez 88% des cas (8/9 cas). Cinquante-cinq pourcent des cas avaient au moins un cas similaire chez la fratrie. Cent-six lésions suspectes ont été colligées, l'aspect clinique des lésions était constitué de papules dans 49%, macules dans 35 % des cas, nodules dans 11%, et plaques dans 9%. La dermoscopie était en faveur de carcinomes basocellulaires (CBC) dans 76% des cas, de carcinomes épidermoïdes dans 10%, de mélanomes dans 9 %, de maladie de bowen dans 3%, de kératoses actiniques(KA) dans 2%. L'étude histopathologique était en faveur de CBC chez 59% des cas, de carcinome épidermoïde dans 10% des cas et de mélanome dans 3% des cas, de maladie de bowen dans 3%, de KA dans 2% et le reste était des lésions bénignes (kératoses séborrhéiques, lentigos, nevus). Tous les patients et leurs familles étaient éduqués sur les principes de la photoprotection qui n'étaient pas souvent respectés.

Discussion : L'XP est une maladie héréditaire rare qui expose à un risque majeur de survenue des tumeurs cutanées par rapport à la population générale. Sa fréquence est relativement plus élevée dans les pays maghrébins par rapport à l'Europe et les états unis où les mariages consanguins sont moins retrouvés. La dermoscopie est une méthode non invasive qui facilite l'orientation diagnostique et la surveillance de ces malades permettant ainsi de réduire le recours à une chirurgie délabrante en cas de diagnostic tardif de ces tumeurs.

Nos résultats rejoignent ceux obtenus par une étude menée par le service de dermatologie à Fès montrant que la dermoscopie était en faveur de CBC dans 53,73 % des cas, de CE dans 9,70 %, de mélanomes dans 4,47 %, de kératoacanthomes dans 8,95 % et de KA dans 4,47%. L'histologie était en faveur de CBC chez 31,63 % des cas, de CE dans 8,16 % des cas et de mélanome dans 2 % des cas.

Conclusion : Le diagnostic des tumeurs cutanées malignes dépend de plusieurs facteurs, notamment la sensibilité et la spécificité de la dermoscopie, l'expérience et la compétence de l'opérateur. Notre étude montre que la dermoscopie permet un diagnostic précis dans la plupart des cas des cancers cutanés chez les patients atteints de xeroderma pigmentosum.

Référence:

1. Chakiri, R.; Baybay, H.; Gallouj, S.; Mernissi, F.-Z. (2016). Dermoscopie dans le xeroderma pigmentosum : expérience du service de dermatologie. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 143(12), S236–S237.
2. Lílian Kelly Faria Licarião Rocha; Paula Ferreira; João Avancini; (2021). Dermoscopic features of 61 skin lesions in xeroderma pigmentosum patients : A cross-sectional study. *Journal of the American Academy of Dermatology*.
3. Jose Malvey MD, Susana Puig, MD, PhD, Hospital Clinic, IDIBAPS, DERMOSCOPY OF SKIN TUMORS IN XERODERMA PIGMENTOSUM, *Journal of the American Academy of Dermatology*.

La Dermoscopie péri-unguéale dans les maladies auto-immunes systémiques

Mounia Benkaraache¹ ; Hanan Ragragui Ouasmin¹ ; Lamis El Yamani¹ ; Nada Zizi^{1,2} ; Siham Dikhaye^{1,2}

1 Service de dermatologie, vénéréologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda

**2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc**

Introduction :

La capillaroscopie péri-unguéale est un examen simple, rapide, non invasif et reproductible. C'est un outil intéressant et de réalisation de plus en plus courante pour l'évaluation de la microcirculation digitale. Elle trouve sa principale indication dans le domaine des acrosyndromes vasculaires, en particulier le phénomène de Raynaud et trouve sa place également dans la sclérodermie. Le but de notre travail est de décrire les différents aspects de la capillaroscopie péri-unguéale des maladies auto-immunes systémiques prises en charge dans notre service.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive, colligeant tous les patients pris en charge dans le service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda durant une période de 6 ans allant de Janvier 2016 à Février 2023 et visant à décrire les différentes anomalies de la capillaroscopie péri-unguéale des maladies auto-immunes systémiques et suivre leurs évolutions après traitement.

Résultats :

Nous avons colligé 60 patients dont 48 femmes et 12 hommes avec une nette prédominance féminine soit un sex-ratio Femme/Homme à 4. L'âge moyen de nos patients était de 49,73 ans avec des extrêmes allant de 9 ans à 87 ans. Sept patients présentaient une sclérodermie systémique, 24 une

dermatomyosite dont 8 présentaient une forme paranéoplasique, 10 patients avaient un lupus systémique et 19 avaient un lupus cutané.

L'analyse des images de la dermoscopie péri-unguéale dans la sclérodermie systémique a révélé la présence de mégacapillaires dans 71,5% des cas, des plages avasculaires, des exsudats et des microhémorragies dans 28,5% pour chaque aspect et des vaisseaux tortueux dans 14% des cas avec un aspect normal dans 14% des cas.

Concernant la dermatomyosite, les anomalies de la capillaroscopie péri-unguéale étaient dominées par les mégacapillaires dans 65% des cas, suivies par les microhémorragies dans 50% des cas, un aspect tortueux en buisson dans 35% des cas, une anomalie de désorganisation architecturale dans 30% des cas, une raréfaction capillaire avec des exsudats dans 20% des cas pour chaque aspect, des plages avasculaires dans 15% des cas et des hémorragies en pile d'assiette dans 10% des cas.

La capillaroscopie péri-unguéale dans le lupus cutané et systémique a montré un aspect normal dans 58.6% des patients, des mégacapillaires dans 31% des cas, suivis par les plages avasculaires dans 24% des cas, des microhémorragies dans 17% des cas et un aspect tortueux en buisson dans 6% des cas.

Pour ce qui est de l'évolution, la majorité de nos patients étaient perdues de vue (50%), 30% des cas avaient gardés un aspect stationnaire, alors que 12.5% de nos patients présentaient une amélioration des aspects de la capillaroscopie après traitement et 4% sont décédés.

Discussion :

L'apport de la capillaroscopie péri-unguéale a été rapporté dans le diagnostic et le dépistage des maladies auto-immunes systémiques.

L'aspect capillaroscopique dans la sclérodermie systémique est dénommé par le paysage sclérodermique qui est très spécifique de la maladie et qui est caractérisé par la présence de raréfaction capillaire et de zone avasculaire, des mégacapillaires sur deux doigts, des capillaires ramifiés et une désorganisation architecturale majeure.

Dans la dermatomyosite, la capillaroscopie montre des lésions généralement similaires à celles observées dans les sclérodermies systémiques(1).

La capillaroscopie dans le lupus cutané et systémique n'est pas spécifique. Dans une revue systématique menée par Cutolo et al, plusieurs aspects de capillaroscopie péri-unguéale ont été rapportés à savoir des capillaires allongés et dilatés, des capillaires ramifiés avec une tortuosité accrue et des plexus sous-papillaires proéminents (2).

Dans notre étude, la capillaroscopie était normale dans 40% des cas. Un paysage sclérodermique était fréquemment associé à la sclérodermie systémique et aux dermatomyosites ce qui rejoint les données retrouvées dans la littérature. Concernant le lupus, un aspect normal de capillaroscopie a été rapporté dans la majorité des cas, les autres anomalies rejoignent celles décrites dans la littérature avec des plages avasculaires observées dans quelques cas ce qui n'est pas rapportées dans les études réalisées dans la littérature(3).

Conclusion :

Le recours à la capillaroscopie péri-unguéale est de plus en plus recommandé au cours de l'enquête étiologique des maladies systémiques ainsi pour suivre l'évolution sous traitement.

Références :

1-MKAOUAR, F., FRIKHA, F., GHRIBI, M., et al. Capillaroscopie péri-unguéale en médecine interne: indications et applications pratiques à travers une étude prospective de 38 patients. La Revue de Médecine Interne, 2020, vol. 41, p. A134-A135.

2-LACROIX, Philippe, CARPENTIER, Patrick, GUILMOT, Jean-Louis, et al. Capillaroscopie. Traité de Médecine Vasculaire-Offre Premium: Le Livre Papier Les Essentiels En Médecine Vasculaire+ Votre Accès À l'Ebook Du Traité Complet, 2021, p. 45.

3-CUTOLO, Maurizio, MELSENS, Karin, WIJNANT, Sara, et al. Nailfold capillaroscopy in systemic lupus erythematosus: a systematic review and critical appraisal. Autoimmunity reviews, 2018, vol. 17, no 4, p. 344-352.

Dermato-pathologie

Le syringome chondroïde :

Diagnostic histologique d'une entité rare

A.Saddik, F.Hali, S.Chiheb

Introduction :

Le syringome chondroïde est une tumeur cutanée bénigne rare décrite pour la première fois en 1961. La présentation clinique seule de cette tumeur est souvent insuffisante pour poser le diagnostic qui est confirmé par l'histologique. Nous rapportons le cas d'un homme de 67 ans qui consulte pour une masse frontale.

Observations :

Un homme de 67 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultait pour une masse frontale, indolore et mobile depuis 15 ans, qui a augmenté progressivement de volume. L'examen clinique objectivait chez un patient de phototype IV, un nodule bien limité, de consistance ferme, indolore, adhérent à la peau, mesurant 3 cm de grand axe, de couleur chair, à surface irrégulière. Aucune autre masse palpable ni adénopathie cervicale n'a été notée. On a réalisé un scanner cervico facial, qui s'est révélé sans anomalies.

Devant l'aspect clinique, les diagnostics évoqués étaient : un carcinome basocellulaire, un kyste épidermique, lipome, un neurofibrome et un syringome chondroïde. On a réalisé une biopsie excisée de la masse, l'examen microscopique objectivait une prolifération tumorale circonscrite dermohypodermique, elle comporte une composante épithéliale décrivant des cavités de taille variable souvent bordées par une double assise cellulaire indemne d'atypies. Leur lumière est à contenu éosinophile. Le stroma est fibreux focalement myxoïde, comportant par endroit des adipocytes ou des foyers de différenciation chondroïde.

La confrontation anatomoclinique permettait ainsi de retenir le diagnostic d'un syringome chondroïde. Le patient s'est bien porté après l'opération et il n'y a pas eu de récurrence avec recul de 2 ans.

Discussion :

Le syringome chondroïde est une tumeur annexielle d'origine apocrine ou eccrine. Il se présente comme un nodule intradermiques ou sous-cutané solitaire, ferme, dermique ou sous-cutané, généralement entre 0,5 et 3 cm au niveau du cou et de la tête. L'absence d'aspect clinique distinctif entraîne souvent un diagnostic erroné d'une autre entité telle qu'un kyste épidermoïde, un kyste pileux, un neurofibrome un pilomatricome ou un carcinome basocellulaire. Il peut survenir chez les adultes et les enfants.

Diverses options de traitement ont été proposées pour le syringome chondroïde, y compris l'excision, l'électrodessiccation, la dermabrasion et la vaporisation à l'argon ou au laser CO₂. En raison du risque de malignité, le traitement de première intention est l'exérèse totale de la tumeur. Après l'excision, un suivi doit être effectué pour rechercher une récurrence locale.

Conclusion :

Devant un nodule dans la région de la tête et du cou, le syringome chondroïde doit être considéré comme diagnostic différentiel. Devant la faible incidence de ces tumeurs cutanées et la présentation clinique non proéminente, l'excision de la masse suivie d'un examen histopathologique est recommandée pour le diagnostic et le traitement.

Placard polyfistulisé mimant un mycétome

K.Barbri F. Hali S.Chiheb

Introduction

Le mycétome est une maladie infectieuse granulomateuse chronique qui peut affecter la peau, les tissus sous-cutanés, les fascias et les os. Il peut être causé par des bactéries filamenteuses ou des champignons et touche généralement les jambes et les pieds.

La présentation clinique peut être déroutante. Nous rapportons le cas particulier d'un patient qui présentait un placard polyfistulisé.

Observation

Patient de 47 ans sans antécédents pathologiques particuliers présentant une placardisation polyfistulisée du pied traitée depuis un an comme un mycétome sans amélioration.

A l'interrogatoire, on retrouve la notion de piqûre d'oursin. A la radiographie, présence d'un corps étranger. Un granulome à corps étranger a été suspecté, une biopsie chirurgicale avec 3 fragments a été réalisée confirmant le diagnostic.

Discussion

La particularité de cette observation réside dans l'aspect clinique déroutant simulant un mycétome.

Le granulome cutané à corps E est une lésion inflammatoire chronique constituée principalement de cellules de la lignée des monocytes et des macrophages.

Cette réaction est due à la présence de particules xénobiotiques inorganiques ou organiques ou de matériel endogène dans le derme.

L'aspect clinique est variable et peut inclure des papules, des nodules ou des plaques érythémateuses violacées. Les lésions deviennent souvent plus dures avec le temps en raison de la fibrose.

La présentation clinique du placard polyfistulisé reste exceptionnelle.

Tumeur noire de la cuisse : quel diagnostic ?

F. BENHAYOUN, F. HALI, S. CHIHEB

Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

Les « kystes épidermoïdes » ou encore « kystes d'inclusion épidermoïdes », « kystes infundibulaires » ou « kystes de rétention » sont des lésions bénignes denses, qui se développent habituellement en sous cutané sans modification de la peau sus-jacente. Nous rapportons un cas de kyste épidermoïde de présentation atypique mimant une tumeur maligne chez une patiente de 60 ans.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 60 ans sans antécédant pathologique notable qui présente depuis 2 mois une lésion nodulaire noirâtre augmentant rapidement de taille et devenant douloureuse siégeant au niveau de la face latérale de la cuisse droite, apparaissant sur une peau saine sans lésion pré existante, évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen clinique trouve une lésion nodulaire, saillante, mesurant environ 4 cm, à surface hyperpigmentée et vascularisée par endroit. Les aires ganglionnaires étaient libres, et le reste de l'examen somatique était sans particularité. On a évoqué un mélanome, un hidradénome ou un sarcome. La patiente a bénéficié d'une exérèse de la tumeur et la pièce fut envoyée à l'étude anatomopathologique. L'histologie a objectivé un épiderme acanthosique orthokératosique. Le derme était fibreux siège d'une paroi kystique fine composée d'un revêtement malpighien mince s'épaississant par places renfermant une couche granuleuse. La lumière du kyste était comblée par de la kératine lamellaire. Le tissu sous épithélial était fibreux très peu abondant, ne présentant pas de granulome ni de glandes sébacées. L'aspect morphologique était compatible avec un kyste épidermoïde dermique d'exérèse totale sans signe de malignité.

Discussion :

L'intérêt de cette observation est de rapporter un cas déroutant de kyste épidermoïde dermique de présentation inhabituelle mimant une tumeur maligne.

Les kystes épidermoïdes sont des lésions bénignes denses et bien encapsulées des tissus mous qui se développent après qu'une partie de l'épiderme s'est implantée dans le derme.

Il s'agit le plus souvent d'un nodule sous cutané indolore, avec un punctum central et sans modification de la peau en regard. Il siège préférentiellement sur une surface folliculaire comme le cuir chevelu, le visage ou le tronc, et très rarement au niveau acral. Leur taille est généralement inférieure à 5cm.

Dans notre cas particulier, la localisation, les modifications cutanées sus-jacentes, la croissance rapide de la lésion et le caractère douloureux ont fait suspecter une tumeur maligne.

L'option thérapeutique recommandée est l'excision chirurgicale complète, incluant l'ensemble de la paroi et de la peau sus-jacente pour éviter une transformation maligne. Toute partie restante de la paroi du kyste peut entraîner une récurrence de la lésion.

Il n'existe pas de lignes directrices actuelles, d'indicateurs pronostiques précis ou de niveaux de stadification pour ces kystes. Il est donc important d'obtenir la confirmation pathologique que la lésion est bénigne.

Kératoacanthome centrifuge marginé : à propos de deux cas

**S. Dehamcha ; Y. Arar ; A. Ammarkhodja ; S. Zobiri
Service de dermatologie, CHU Mustapha, Alger, Algérie**

Introduction : Le kératoacanthome centrifuge marginé (KCM) est une variante rare de kératoacanthome (KA). Cliniquement, il se distingue du KA classique par son caractère localement destructeur, par son évolution chronique et par l'absence à la régression spontanée. En raison de sa rareté et de l'absence de caractéristiques histopathologiques distinctives, le KCM pose un véritable défi diagnostique aux dermatologues et aux pathologistes. Nous rapportons l'observation de deux patients présentant un KCM.

Cas n°1 : une patiente de 71 ans, de phototype clair, diabétique et hypertendue, consultait pour une papule de la joue droite qui évoluait progressivement vers l'extension centrifuge en 14 mois.

L'examen clinique retrouvait une lésion érythémateuse, ovale de la joue droite, à bords surélevés et à centre atrophique mesurant 8 cm de diamètre. La pression de la lésion faisait couler une substance blanche. La palpation des aires ganglionnaires n'objectivait pas d'adénopathie palpable. L'examen histopathologique montrait un épiderme hyperkératosique hyperacanthosique surmontant un derme renfermant des globes cornés. Le diagnostic du KCM était retenu. Devant l'évolution chronique et l'indisponibilité des rétinoïdes, la lésion était excisée chirurgicalement entraînant la guérison.

Cas n°2 : un homme de 59 ans, de phototype clair, hypertendu et hémodialysé depuis 2013, consultait pour des lésions tumorales du membre supérieur droit qui évoluaient depuis 3ans. Ces lésions débutaient par de petites papules douloureuses, qui augmentaient progressivement de taille. L'examen clinique retrouvait de multiples lésions tumorales érythémateuses avec des bords saillants et un centre atrophique. Elles confluaient en placard mesurant 20 cm de diamètre au niveau de la face dorsale de la main et de l'avant-bras droit. La pression de ces lésions faisait sourdre un matériel blanc crémeux représentant de la kératine. L'examen des aires ganglionnaires axillaires était sans particularité.

L'étude histologique révélait un épiderme aminci papillomateux, centré par un cratère rempli de kératine avec présence d'éperons. Le diagnostic du KCM était retenu. L'indisponibilité des rétinoïdes à notre niveau, la douleur et la gêne fonctionnelle nous ont motivé à proposer au malade un traitement par chirurgie large, mais il a été perdu de vue.

Discussion :

Le KCM est une forme rare de KA, décrite pour la première fois en 1962 par Miedzinski et Kozakiewicz. Il touche en général le sujet âgé au-delà de 50 ans. Sur le plan clinique, il se présente sous forme de papule de couleur chair ou érythémateuse, siégeant sur les zones photo-exposées. Il évolue progressivement vers l'extension centrifuge et réalise une lésion large pouvant atteindre 20 cm de diamètre, à bords saillants et à centre atrophique. Il est souvent unique, mais des cas du kératoacanthome centrifuge marginé multiple ont été rapportés dans la littérature, comme c'est le cas de notre malade (cas n°2). Son étiologie reste inconnue, plusieurs facteurs peuvent être incriminés tels que : L'exposition chronique aux rayons ultraviolets, le tabagisme, le contact avec le goudron et les huiles minérales et l'immunodépression. Contrairement au KA classique, la notion de traumatisme est rarement retrouvée. L'évolution chronique destructrice et le risque de transformation en carcinome épidermoïde conditionnent le pronostic et justifient l'instauration précoce du traitement médico-chirurgical.

Le traitement fait appel aux rétinoïdes à 1mg/kg, aux injections intra-lésionnelles de 5-fluorouracile et à la chirurgie qui peut être très mutilante.

Conclusion :

Le KCM est une entité très rare à ne pas méconnaître. Ces deux cas illustrent à quel point certaines variantes de KA sont difficiles à diagnostiquer et à quel point leur traitement est complexe.

L'adénome pléomorphe de localisation atypiques cutanée

Z. Fajri, Z. Douhi, H. Baybay, S. Elloudi, M. Soughi, FZ. Mernissi
Service de dermatologie et vénérologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

L'adénome pléomorphe est une tumeur bénigne mixte faite de prolifération des cellules épithéliale et myoépithéliale. Il affecte le plus souvent les glandes salivaires principales, la glande parotide, la glande sous maxillaire, et moins fréquemment les glandes salivaires accessoires mineures qui comportent de nombreux sites ectopiques dont la lèvre. Cette dernière localisation se manifeste le plus fréquemment avec une extension intra-orale. La localisation cutanée n'est pas aussi fréquente, nous en rapportons un cas.

Observations :

Il s'agit d'un homme de 45 ans sans antécédent pathologique notable qui consultait pour une lésion asymptomatique au niveau de la région péribuccal gauche évoluant depuis 3 ans ayant augmenté de taille. L'examen dermatologique a objectivé un nodule ferme, à surface lisse, de couleur de la peau et siégeant en supra-labial gauche. Le reste de l'examen des muqueuse et somatique étaient sans particularités. Nous avons pensé à un kyste sébacé et une exérèse chirurgicale était réalisée dont l'étude anatomopathologique était en faveur d'un adénome pléomorphe de la glande salivaire accessoire mineure. Le patient a été mis sous crème cicatrisante avec un recul de 1 an sans récurrence.

Discussion :

L'adénome pléomorphe des glandes salivaires est la tumeur bénigne la plus courante dans toutes les tumeurs de la glandes salivaires majeures. Généralement, la localisation dans la glande parotide est la plus fréquente environ 60 à 70 % des cas. Cependant, la localisation au niveau des glandes salivaires accessoires avec une extension cutanée reste rare et atypique comme ce qui est décrit chez notre cas. Dans la majorité des cas, il existe une extension endo-

buccal alors que quelques études ont rapporté la présence d'un nodule solitaire sans atteinte buccale de consistance ferme et asymptomatique et qui prête à confusion avec plusieurs tumeurs annexielle bénigne ou malignes d'où l'intérêt d'une étude histopathologique qui montre une tumeur bien circonscrite à cellules épithéliales et myoépithéliales entourées par une capsule résultant de la fibrose salivaire. Le traitement radical est l'exérèse chirurgicale complète et large car le risque de récurrence est très important nécessitant un suivi au long court.

Conclusion :

Ce cas souligne l'intérêt de savoir penser à ce type de tumeur devant un nodule asymptomatique au niveau de la région péri buccal.

Mélanocytome épithéloïde pigmenté : une tumeur mélanocytaire à ne pas méconnaître

K.Mejjati , Z.Douhi ,K.Bouayad,M.Soughi, S.Elloudi ,H.Baybay,FZ.Mernissi
Service de dermatologie , CHU Hassan II Fès

Introduction : Le mélanocytome épithéloïde pigmenté (MEP) est une tumeur mélanocytaire très rare qui touche préférentiellement les sujets jeunes , de pronostic favorable par rapport au mélanome. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation :Un enfant âgé de 8 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui consultait pour une lésion au niveau du cuir chevelu évoluant depuis des années, ayant augmenté de taille depuis 2 ans . L'examen clinique avait trouvé un nodule arrondi bleuâtre, de consistance ferme mesurant 3 cm de diamètre siégeant au niveau du vertex. La dermoscopie avait objectivé un patron en arc en ciel, une pigmentation inhomogène, des aires blanchâtres sans structures . Les aires ganglionnaires sont libres.

L'exérèse du nodule était en faveur d'une prolifération faite de cellules globuleuses doté d'un noyau à chromatine fine, nucléolé et à cytoplasme très pigmenté , concluant à un mélanocytome épithéloïde pigmenté.

Discussion : Le mélanocytome épithéloïde pigmenté est une tumeur mélanocytaire rare. Selon la classification de l'OMS 2018, il appartient au groupe intermédiaire en terme de pronostic et de progression, entre le naevus mélanocytaire et le mélanome.

Le mélanocytome a une prédilection pour l'enfant et le jeune adulte. Il peut apparaitre de novo ou s'associer à un naevus congénital ou dermique.

Cliniquement, il se présente sous forme de plaque ou de nodule bleu-noir siégeant le plus souvent au niveau du dos, du cuir chevelu, de la cheville et du sacrum.

Le diagnostic est histologique révélant une tumeur polypoïde composée de mélanocytes épithélioïdes fortement pigmentés et de mélanophages avec un stroma riche en collagène, avec des atypies cellulaires minimales et de faibles mitoses, ce qui le différencie du mélanome caractérisé par une activité mitotique élevée et des atypies cellulaires majeures. En immunohistochimie, les cellules tumorales du mélanocytome marquent également le HMB-45 et pS-100.

L'évolution de cette tumeur est imprévisible, avec un risque de métastases ganglionnaires, d'où l'intérêt d'une biopsie du ganglion sentinelle (1). Il a été également rapporté dans la littérature de très rares cas de métastase viscérale notamment hépatique (2).

La prise en charge n'est pas encore codifiée, elle repose essentiellement sur une exérèse élargie avec des marges de 1 à 2 cm, et un suivi plus long afin de déceler les récurrences.

Conclusion : Le mélanocytome pigmenté épithélioïde est une entité à connaître. Afin d'établir des recommandations de prise en charge, d'autres cas doivent être publiés.

- (1) Mandal RV, Murali R, Lundquist KF et al. Pigmented epithelioid melanocytoma: favorable outcome after 5-year follow-up. *Am J Surg Pathol* 2009; 33: 1778–1782.
- (2) Artur Zembowicz, MD, PhD,* J. Aidan Carney,† and Martin C. Mihm* Pigmented Epithelioid Melanocytoma A Low-grade Melanocytic Tumor With Metastatic Potential Indistinguishable From Animal-type Melanoma and Epithelioid Blue Nevus

Les tumeurs vulvaires bénignes : une série de 64 cas

N.Kalmi/H.Baybay/S.Choukri/Z.Douhi/S.Elloudi/M.Soughi/FZ.Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, FES

Introduction

La dermatologie vulvaire représente un défi pour de nombreux prestataires. Les patientes présentant des lésions vulvaires peuvent se présenter en soins primaires, en gynécologie ou en dermatologie. Bien que la plupart des tumeurs ne nécessitent pas de traitement, il est nécessaire d'envisager un diagnostic différentiel incluant les tumeurs pré et malignes et les pathologies infectieuses. Le but de notre étude était de rapporter les différentes tumeurs bénignes de notre série de pathologie vulvaire.

Matériel et méthodes

Une étude observationnelle incluant 64 cas sur une durée de 5 ans.

L'examen clinique était complété par la dermoscopie, et la biopsie était réalisée chez les cas suspects ou présentant un doute diagnostique. Les condylomes étaient exclus de notre étude.

Résultats

Parmi 200 patientes, 49 présentaient 64 tumeurs bénignes. 20 patientes présentaient des lésions multiples. Le tableau 1 résume le nombre de cas par type de pathologie. Les lésions étaient principalement situées sur les grandes lèvres (83%), le vestibule (15%), et autres localisations (2%). Elles étaient asymptomatiques (80%), prurigineuses (15%), saignantes au contact (6%), douloureuses (4%) et suintantes chez la patiente présentant les lymphangiectasies.

acquises .L'exérèse confirmait les diagnostics d' hidradénomes papillifères, syringomes, molluscumes pendylomes, botriomycomes et syringosystadénome papillifère. Pour les kératoses séborrhéiques , les neavus et les kystes épidermoïdes l'exérèse était réalisé pour les patientes demandeuses. D'autres traitements étaient instaurés :laser chez la patiente avec les lymphangiectasies acquises,antibiothérapie avec drainage chez les 2 cas de bartholinites, des veinotoniques pour les varices et le propranolole pour les hémangiomes infantiles . Une abstention thérapeutiques était préconisé pour les papillomatoses vestibulaires physiologiques.

Pathologie	Nombre de cas / Total : 64 cas
Pathologies Vasculaires/lymphatique	8
Hémangiome	3
Varices vulvaires	3
Lymphangiectasies acquises	1
Nodules de régénération d'angiome	1
Pathologies non vasculaire	56
Kératoses séborrhéiques	13
Naevus	10
Papillomatose vestibulaire physiologique	10
Hidradénomes papillifères	7
Kystes épidermoïdes	7
Syringomes	3
Molluscum pendylomes	2
Bartholinite	2
Syringocystadenome papillifère	1
Botriomycome	1

Discussion :

En tant qu'organe gynécologique et dermatologique, la vulve relève bien de la pratique du dermatologue. Jusqu'à présent aucune stadification des tumeurs vulvaires bénignes n'a été retenue.

La plupart des tumeurs vulvaires bénignes sont diagnostiquées cliniquement parfois nécessitant un appoints par le dermoscope et ne nécessitent aucun traitement ; cependant, l'excision chirurgicale peut être indiquée pour diverses raisons telles que l'aspect esthétique, le frottement, les infection récurrentes ou si suspicion de malignité. Le dermatologue a toute sa place dans la reconnaissance des lésions bénignes de la vulve, le diagnostic précoce de celles qui sont malignes ,l'amélioration de l'anxiété des patientes, et la réduction des examens inutiles.

Conclusion :

Notre étude présente un panorama de tumeurs vulvaire bénignes, avec la présence de tumeurs assez rares. Malgré la fréquence des bartholinites, leurs nombre réduit dans notre série peut être expliqué par leurs reconnaissance facile par les omnipraticiens et leurs orientation directe en gynécologie. Cependant leurs survenues chez les femmes ménopausées doit faire écarter toute malignité .

Un kyste géant de la cuisse : Cystadénome apocrine de localisation atypique

H.MARGHADI 1 M. HANDI 1 M.ABOUDOURIB1 2 , S.AMAL1 2 , O.HOCAR1 2
(1) Service de dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI Marrakech
(2) Laboratoire Bioscience et santé , FMPM Université Caddi Ayyad , Marrakech

Le cystadénome apocrine est une tumeur bénigne de la glande sudoripare. Les lésions se présentent généralement comme de petits nodules cutanés, qui sont principalement solitaires ; se produisant sur le visage, cou et tronc. De telles tumeurs sont généralement inférieures à 1 cm de diamètre, mais dans des cas plus rares de grands cystadénomes ont été trouvés.

Nous rapportons le cas d'un cystadénome apocrine géant de la racine de la cuisse.

Observation :

Un patient de 70 ans sans antécédents pathologiques particuliers qui consultait pour une tuméfaction de la cuisse gauche apparue depuis une trentaine d'années, qui augmentait progressivement de taille, et qui entraînait une gêne manifeste à la marche.

À l'inspection, on notait la présence d'une masse pédiculée hyperpigmentée mesurant 7cm de grand diamètre , siégeant en regard de la face antéro-supérieure de la cuisse gauche, rénitente et indolore à la palpation (Figure 1).

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cuisse gauche objectivant une tumeur kystique mesurant 72*43*64 mm de diamètre, réalisant un effet de masse sur le muscle droit fémoral (Figure 2).

Le traitement consistait en une exérèse chirurgicale sous anesthésie locale (Figure 3) .

Le résultat anatomopathologique de la tumeur était en faveur d'un cystadénome apocrine, avec identification de véritable projections papillaires qui font saillie dans la cavité du kyste.

Trois mois après l'opération, le patient était asymptomatique, sans signe clinique de récurrence.

Discussion :

Le cystadénome apocrine est classiquement décrit comme une prolifération adénomateuse kystique des glandes apocrines. Il se localise au niveau du visage et du cou, en particulier la région périoculaire. D'autres localisations sont possibles notamment les régions axillaires, anogénitale et périaréolaires. Nous présentons un cas de cystadénome apocrine au niveau de la cuisse qui est une localisation inhabituelle et rare.

Cliniquement , le cystadénome solitaire se présente comme un nodule cutané unique dans 93 % des cas, asymptomatique, translucide, bleu ou hyperpigmenté, à croissance lente, bien circonscrit, en forme de dôme.

Bien qu'il soit généralement petit (allant de 0,5 à 1 cm de diamètre), quelques rares cas ont été rapportés de lésions cutanées plus importantes, comme le cas de notre patient.

Sur le plan histologique, les cystadénomes apocrines sont des adénomes localisés dans le derme sous la forme d'espaces kystiques. Ils sont bordés d'une double assise cellulaire, une couche externe composée de cellules cubiques myoépithéliales formant des digitations papillaires intracavitaires et une couche interne composée de cellules cylindriques sécrétoires à cytoplasme éosinophile avec une saillie apicale sécrétoire de décapitation caractéristique.

Les hidrocystomes eccrines représentent un diagnostic différentiel commun du cystadénome apocrine.

S'il n'est pas traité, le cystadénome apocrine se développe graduellement sans résolution spontanée. L'excision chirurgicale à but diagnostique et thérapeutique est le traitement de choix du cystadénome apocrine solitaire. D'autres options thérapeutiques comprennent l'électrodessication, ablation et aspiration par radiofréquence suivies de Injection d'acide trichloroacétique, le laser pour l'élimination de lésions multiples.

Conclusion :

L'originalité de notre cas réside dans la localisation au membre inférieur , notre cas est le deuxième cas rapporté dans la littérature et la grande taille.



Mucinoze localisée discrète papuleuse atypique

Biyygoine1; M. Aboudourib2; H. Boumehdi3; O. Hocar4; S. Amal4
Service de dermatologie et vénérologie
Laboratoire de biosciences et santé
CHU Mohammed VI Marrakech ; Maroc

Introduction :

La mucinoze papuleuse est caractérisée par le dépôt primitif de mucine dans le derme réticulaire, en l'absence d'anomalie thyroïdienne.

Nous rapportons le cas d'un patient ayant une mucinoze localisée discrète papuleuse atypique de localisation inhabituelle.

Observation :

Une femme de 58 ans, sans antécédents pathologique particuliers, consultait pour une éruption papuleuse symétrique touchant le visage, le cou et les épaules ; évoluant depuis 6 ans. L'examen dermatologique objectivait de multiples papules de 3 à 4 millimètres de diamètre, jaunâtres translucides de couleur chair au niveau du visage, cou, et les épaules, avec des molluscums pendulum au niveau cervical (figure 1,2) ; associées à des dépôts jaunâtres et blanchâtres au niveau du cavum et en sus glottique et une muqueuse inflammée.



Fig1 : Multiples papules translucides sur le front de notre patiente



Fig 2 : Multiples papules translucides sur le cou de notre patiente

Les examens biologiques étaient normaux. L'étude histologique révélait des dépôts de mucine au niveau dermique à la coloration de Bleu Alcian, une discrète vacuolisation de la couche basale, et un infiltrat inflammatoire modéré

fait de lymphocytes et de plasmocytes de disposition péri vasculaire et périannexielle (figure 3,4). On concluaient finalement à une mucinose localisée discrète papuleuse atypique. La patiente était mise sous un dermocorticoïde.

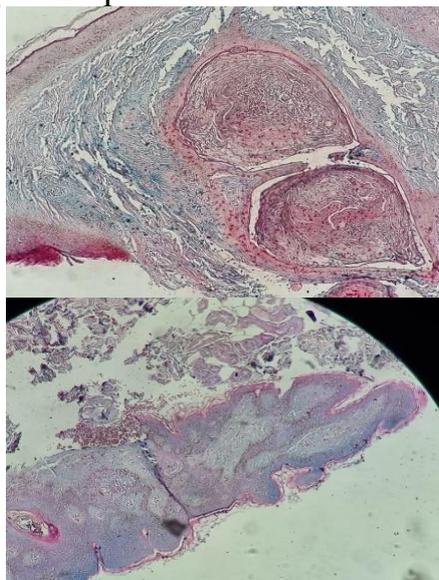


Fig 3 : coupe histologique révélant des dépôts de mucine au niveau dermique à la coloration de Bleu Alcian, et un infiltrat inflammatoire modéré fait de lymphocytes et de plasmocytes de disposition péri vasculaire et périannexielle

Fig 4 : coupe histologique révélant des dépôts de mucine au niveau dermique à la coloration de Bleu Alcian, et un infiltrat inflammatoire modéré fait de lymphocytes et de plasmocytes de disposition péri vasculaire et périannexielle

Discussion :

La mucinose papuleuse est une maladie rare et sa physiopathologie reste incomprise. Les critères diagnostiques sont parfois mis en défaut et la classification intègre des formes atypiques et intermédiaires. Malgré la nouvelle classification réactualisée par Rongioletti en 2001, la mucinose papuleuse chez notre malade reste difficile à classer. Celle qui s'en rapproche le plus est la mucinose papuleuse sous la forme « discrète papuleuse » mais avec une atteinte faciale ; une forme atypique de mucinose papuleuse, rapportée dans la littérature dans une seule observation avec une localisation cervico-céphalique. Dans tous les cas, le traitement est souvent décevant.

Conclusion :

la mucinose papuleuse est rare et méconnue; et présente de multiples formes atypiques.

Porome eccrine : simulateur clinique d'un mélanome achromique.

Oumaima Markouk, Ihssane Biygjoine, Maryem Aboudourib, Ouafa Hocar, Said Amal

Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI

C.Benallal, H.Rachadi, H.Rais

Service d'anatomie pathologique CHU Mohamed VI

Laboratoire de Biosciences, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc

Introduction :

Le porome eccrine est une tumeur annexielle bénigne du canal terminal de la glande sudoripare eccrine. Elle est rare et pose le problème de diagnostic différentiel avec plusieurs entités notamment le mélanome achromique.

Observation :

Nous illustrons à travers cette observation le cas d'une femme âgée de 72 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présente une lésion nodulaire ulcérée au niveau du talon gauche évoluant depuis 8 ans. A l'examen on retrouve un nodule ulcéré au niveau du talon gauche, à bords irréguliers, de 3 cm x 2cm et surmontée de croûtes associé à des adénopathies inguinales de 1 cm à droite et 2 cm à gauche et une thyroïde augmentée de taille siège de formation nodulaire mobile non douloureuse à la palpation.

L'analyse dermoscopique a révélé la présence de petits vaisseaux ponctiformes, des zones blanchâtres autour des vaisseaux, une ulcération périphérique et **quelques mottes pigmentaires centrales**.

Sur la base des caractéristiques cliniques et dermoscopiques, le diagnostic de mélanome achromique a été posé et une biopsie exérèse a été réalisée. L'étude anatomopathologique a conclu à un porome eccrine.

Discussion :

Le porome eccrine est une tumeur cutanée bénigne, qui apparaît sous forme d'un nodule unique, rose-rougeâtre bourgeonnant, pédiculée, à surface kératosique au niveau de la paume de la main ou la plante des pieds. Il peut présenter des caractéristiques polymorphes qui peuvent rendre le diagnostic difficile, et peut être confondue avec un carcinome épidermoïde ou un mélanome achromique.

Le traitement est chirurgical par exérèse totale, car les porocarcinomes surviennent dans près de la moitié des cas sur des poromes eccrines préexistants.

Conclusion :

Le porome eccrine est une tumeur rare d'évolution très lente avec un potentiel de transformation maligne d'où l'intérêt de la reconnaissance de ces différentes présentations cliniques afin d'établir précocement le diagnostic.



Figure 1: Image clinique d'un porome eccrine



Figure 2 Image dermoscopique d'un porome eccrine

Porome écrine : une tumeur annexielle rare

I.Biygjoine, M.Khallouki, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal
Service de dermatologie et vénéréologie
Laboratoire de biosciences et santé
CHU Mohammed VI Marrakech ; Maroc

Introduction :

Le porome eccrine est une tumeur annexielle bénigne rare du canal terminal de la glande sudoripare écrine qui présente un potentiel de transformation maligne en porocarcinome. Elle pose également un problème de diagnostic différentiel avec plusieurs entités. Nous rapportons 2 observations d'un porome éccrine.

Observation :

Cas N°1 : patiente de 72 ans, qui présente une lésion nodulaire érythémateuse du talon gauche évoluant depuis 8 ans, devenant volumineuse et ulcérée. L'examen clinique retrouve une lésion érythémateuse nodulaire ulcérée au niveau du talon gauche, douloureuse à la palpation, à bords irréguliers de 3 cm x 2cm environ surmontée de croûtes ; avec à la dermoscopie : des vaisseaux glomérulaires entourés d'un halo blanchâtre et des zones blanc-rosé sans structures.

Cas N°2 : Patiente de 65ans, qui présente depuis 6mois une lésion nodulaire indolore légèrement prurigineuse au niveau de la face postéro-externe du pied droit. L'examen dermatologique trouve une lésion nodulaire arrondie, de couleur rosé, bien limitée mesurant 1cm de grand diamètre centrée par une croûte. L'examen dermoscopique trouve des vaisseaux linéaires irréguliers, des vaisseaux glomérulaires et quelques vaisseaux en épingle à cheveux, le tout était entouré d'un halo blanchâtre.

Devant ces 2 aspects cliniques, nous avons réalisé une exérèse qui a mis en évidence une prolifération épidermique endophytique large faite de cellules poroïdes, absence de palissade périphérique ou d'épaississement de la membrane basale et absence de mitose ou de dysplasie.

L'évolution était favorable sans récurrence avec un recul de 7 mois dans le 1 er cas et 6 mois dans le 2 ème cas.

Discussion :

Le porome eccrine a été décrit par Pinkus en 1956. Il s'agit d'une prolifération développée au niveau de la portion intra-épidermique du canal excréteur des glandes sudorales eccrines. Elle représente 10% de toutes les tumeurs des glandes sudoripares. C'est une tumeur bénigne bourgeonnante, charnue et congestive d'évolution lente qui se localise de préférence aux régions plantaires et péri-talonnaire dans 70 % des cas. Cette tumeur peut être confondue avec un mélanome achromique, un botriomycome épidermisé ou un carcinome

épidermoïde. La dermoscopie peut aider au diagnostic objectivant des vaisseaux glomérulaires et en épingle à cheveux, des vaisseaux linéaires irréguliers et un halo blanc à rose entourant les vaisseaux et de multiples zones sans structures rose-blanc; mais ces signes restent non pathognomoniques du diagnostic et l'histologie reste essentielle pour sa confirmation. Le traitement est chirurgical, et ces tumeurs doivent être excisées en totalité car les porocarcinomes surviennent dans près de la moitié des cas sur des poromes eccrines préexistants.

Conclusion :

Le porome eccrine est une tumeur rare avec un potentiel de transformation maligne, et dont l'aspect clinique ressemble à plusieurs entités d'où l'intérêt d'utiliser le dermoscope pour orienter le diagnostic.

Histiocytose éruptive généralisée : Une forme rare d'histiocytose non langerhansienne

M. Aboudourib ; O. Hocar; S. Amal

**Service de dermatologie, CHU Mohamed VI, Laboratoire bioscience et santé FMPM.
Université Cadi Ayyad, Marrakech, Marrakech, Maroc**

Introduction

L'histiocytose éruptive généralisée (HEG) est une forme cutanée bénigne très rare d'histiocytose non langerhansienne, caractérisée par des lésions papuleuses d'évolution souvent récurrente. Nous rapportons une nouvelle observation décrivant l'aspect clinique et dermoscopique de cette entité chez un adulte.

Observation

Un homme âgé de 51 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultait pour des lésions cutanées asymptomatiques évoluant depuis 12 mois. L'examen dermatologique notait une éruption papuleuse de couleur rouge-brun mesurant 2 à 5 mm, non confluentes intéressant le tronc, le dos, le cou et le visage. Certaines papules présentaient une ombilication centrale mimant un molluscum contagiosum. Les muqueuses et les phanères étaient sans anomalie. Il n'y avait pas d'adénopathies ni d'hépatosplénomégalie. L'examen dermoscopique d'une papule objectivait un fond jaune orangé associé à une pigmentation périphérique. La numération formule sanguine, le bilan lipidique ainsi que l'électrophorèse des protéines sériques n'objectivaient pas d'anomalie. L'étude Histologique d'une lésion papuleuse révélait un infiltrat histiocytaire dense et lymphocytaire au niveau du derme. L'étude immunohistochimique était positive pour le CD68 confirmant l'origine histiocytaire et négative pour le PS 100 excluant l'origine langerhansienne. Le tableau clinique, histologique et immunohistochimique était en faveur d'une histiocytose éruptive généralisée. Devant la bénignité de la maladie et le caractère non affichant des lésions, l'abstention thérapeutique était envisagée. L'évolution était marquée par la disparition progressive des lésions avec une pigmentation résiduelle au niveau du visage. Aucune récurrence n'a été notée après un suivi de 15 mois.

Discussion

Il s'agit d'une entité extrêmement rare. La première description de l'HEG était rapportée en 1963 par Winkelmann et Muller. Elle est décrite comme étant une forme papuleuse, non xanthomateuse, spontanément résolutive de l'histiocytose non langerhansienne. Elle affecte principalement l'adulte mais peut survenir à tout âge à partir de 3 mois. Notre cas illustre la présentation clinique de cette entité, rapporte un nouveau aspect dermoscopique et souligne l'intérêt de l'examen anatomopathologique et immunohistochimique dans le diagnostic des histiocytoses. L'évolution de la maladie est souvent spontanément résolutive comme le cas de notre patient. Néanmoins, des rapports de cas isolés ont signalé une évolution favorable et rapide sous isotrétinoïne et d'autres sous puvathérapie. Malgré le caractère bénin de l'HEG, une surveillance régulière est recommandée, en effet, des cas décrits dans la littérature ont développé des formes graves d'histiocytose.

Conclusion

La rareté de ces désordres histiocytaires justifie l'intérêt de rapporter les nouvelles observations afin de garantir une progression des connaissances concernant la classification, le pronostic et la prise en charge de ces entités.

Rare cas de myosite ossifiante multifocale (MOMC) : Quand le tissu mou se transforme en os.

LAHROUGUI A, ABOUDOURIB M, AMAL S, HOCAR O : Service de dermatologie et vénéréologie

El Mohtadi M, Eladiry R, Bourrahouat A, Ait Sab I : Service de pédiatrie

Asmaa Lahouaoui, Hanane Rais, Anas Fakhri : Service d'anatomo-pathologie

FMPM, CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc. Laboratoire Biosciences et santé

Introduction : La myosite ossifiante est une pathologie bénigne faite d'une prolifération hétérotopique d'os au sein des tissus mous. Sa forme multifocale est rare pouvant simuler un processus malin, expliquant les retards diagnostiques et thérapeutiques.

Nous décrivons un cas de MOMC chez une patiente de 11 ans.

Observation

Patiente de 11 ans, issue d'un mariage consanguin de 2^{ème} degré, suivie depuis 2019 pour sclérodermie devant une sclérose cutanée généralisée, myalgies, polyarthralgies inflammatoires, xérostomie avec confirmation histologique, mise sous corticothérapie avec abandon thérapeutique.

La patiente a été de nouveau hospitalisée en avril 2022 suite à l'aggravation de son état et par l'apparition de lésions cutanées bourgeonnantes diffuses évoluant 7 mois avant son admission sans notion de traumatisme associé.

L'examen clinique a révélé une patiente stable avec taille de 1m20(-2DS), avec présence de masses bourgeonnantes diffuses, hyperkératosiques infiltrées et indurées associées à des ulcérations au niveau du tronc et des jambes.

La marche et la station debout était impossible, la sensibilité était conservée avec présence d'une amyotrophie généralisée.

Une biopsie cutanée a objectivé un aspect en faveur d'une myosite ossifiante fait de tissus musculaire strié siège d'artefacts de retard de fixation, l'interstitium est fibreux siège d'un tissu de granulation polymorphe et diffus mêlé à un tissu osseux dystrophique.

Les radios de thorax, bassins, membres et extrémités ont objectivé une importante ossification des parties molles.

Dans le cadre du bilan d'extension, le scanner thoracique et l'échographie abdominale, ainsi que l'échocardiographie doppler et l'examen ophtalmologique à la lampe à fente se sont avérés normaux.

La patiente a été traitée par de la corticothérapie orale, méthotrexate, biphosphonate orale ainsi que par des pansements quotidiens aux tulles gras, avec bonne amélioration clinique.

Discussion

La myosite ossifiante multifocale est une pathologie bénigne rare, représentant 0,7% des tumeurs des parties molles.

A l'inverse de notre observation, elle touche préférentiellement le sujet jeune sportif de sexe masculin et souvent associée à des traumatismes.

Elle se manifeste par des douleurs inflammatoires et des tuméfactions dures siégeant davantage dans les segments antérieurs et proximaux, pouvant entraîner une impotence fonctionnelle en cas d'atteinte articulaire.

L'aspect radiologique dépend de la maturation histologique de la masse, pouvant être au début normal. Le scanner ou l'IRM permet de poser le diagnostic, malgré son accès difficile dans certains pays.

Le traitement de la MOMC est variable en fonction du stade, pouvant aller de l'abstention thérapeutique au traitement médical ou chirurgical.

Conclusion

Ce cas clinique illustre la rapidité d'extension et le retentissement fonctionnel de la myosite ossifiante et donc de l'importance d'établir un diagnostic précoce pour améliorer la prise en charge.

Corne cutanée de front : à propos d'un cas clinique

E. B.M. Keby Da Costa, A. M. Ali, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira
Service de Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Université
Mohammed V, Rabat

Introduction

Les cornes cutanées sont des lésions peu habituelles, asymptomatiques touchant la face et les extrémités avec une grande variabilité dans leurs formes et leurs dimensions. Elles peuvent être isolées ou associées à des lésions cutanées malignes constituant alors un mode révélateur. Le traitement consiste à l'exérèse large emportant la base d'implantation avec examen anatomopathologique de la pièce.

Observation

Un patient de 70 ans a consulté pour une excroissance « cornée » du front. Il était suivi et traité pour hypertension artérielle. Il avait noté, 8 mois auparavant, l'apparition d'une excroissance sur la partie gauche de front, indolore mais extrêmement disgracieuse et inesthétique. L'examen clinique a mis en évidence une excroissance dure, insensible réalisant la forme d'une « corne » au niveau de front. La base d'implantation était congestive sans modification cutanée péjorative. Une exérèse de la lésion a été faite sous anesthésie locale emportant sa base d'implantation dont l'examen anatomopathologique était compatible avec une verrue vulgaire sans signe histologique de malignité.

Discussion

Les cornes cutanées constituent une pathologie rare du revêtement cutané chez l'homme contrairement à certaines espèces animales. Elles correspondent à une agglutination des lames de kératine du revêtement épidermique qui s'organise sous forme de cônes en particulier au niveau de la face. Les cornes cutanées peuvent être primitives isolées ou secondaires à des lésions cutanées bénignes ou malignes.

Hyperplasie verruqueuse de lèvre : à propos d'un cas clinique

E. B.M. Keby Da Costa, E. El Bakali, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjjira

Service de Dermatologie, Hôpital militaire d'Instruction Mohammed V, Université Mohammed V, Rabat

Introduction :

L'hyperplasie verruqueuse est une lésion pré-néoplasique évoluant irrémédiablement en carcinome verruqueux ou en carcinome épidermoïde. Son diagnostic est histologique ; cette lésion peut exister seule ou faire partie du spectre de lésions décrites dans la leucoplasie verruqueuse. La distinction est basée sur les aspects de croissance endophytique et exophytique de la prolifération épithéliale : dans le carcinome verruqueux, en plus de projections de surface, il existe également des extensions de la lésion dans le tissu conjonctif sous-jacent que l'on ne retrouve pas dans l'hyperplasie

Observation :

Il s'agit d'un patient de 63 ans, suivi pour tumeur de la tête du pancréas avec métastase hépatique. Il s'est présenté au service de dermatologie pour une lésion végétante au niveau de la lèvre inférieure. L'examen physique a montré une tumeur exophytique, bien limitée, de surface verruqueuse de 03 cm de grand axe, sur la partie gauche de la lèvre inférieure. L'étude histologique a permis de poser le diagnostic d'hyperplasie verruqueuse d'épiderme. Le patient a été adressé au service maxillo-facial pour une prise en charge.

Discussion :

L'hyperplasie verruqueuse est une forme rare, de bas grade et bien différenciée de tumeur rencontrée sur les surfaces muqueuses et cutanées. Il s'agit d'une tumeur à croissance lente et localement agressive dont le traitement est chirurgical. Son diagnostic est basé sur les caractéristiques cliniques, macroscopiques et microscopiques de la lésion.

Conclusion :

Les lésions montrent à la fois des aspects de croissance endophytique et exophytique, c'est une lésion épithéliale hyperplasique bien différenciée. Il convient donc de ne pas méconnaître le caractère potentiellement agressif de cette tumeur, afin de pouvoir réaliser une exérèse précoce, et selon un protocole d'exérèse radicale.

Hidrocystome palpébral: à propos d'un cas clinique

E. El bakali, E.B. Keby, H. Kerrouch, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira
Service de dermatologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, université
Mohammed V, Rabat

Introduction :

Les hidrocystomes palpébraux sont des tumeurs bénignes provenant des glandes sudoripares eccrines ou apocrines et apparaissent souvent sur le visage et les paupières. Ils se présentent sous la forme de lésions kystiques uniques ou multiples. Leur histogenèse est encore incertaine. Nous rapportons ici le cas d'une femme de 54 ans présentant un nodule translucide au niveau du canthus externe de l'œil gauche.

Cas clinique :

Une femme de 54 ans, qui s'est présentée dans notre service de dermatologie pour une petite papule évoluant depuis plusieurs années.

L'examen physique a montré une petite papule kystique translucide et molle mesurant 3 mm × 3 mm sur la paupière supérieure gauche. Il n'y avait pas de lésions similaires sur le corps et aucune atteinte ophtalmologique.

Sur la base des résultats cliniques, le diagnostic d'hidrocystome eccrine solitaire a été posé. L'excision chirurgicale a été réalisée sans récurrence après 6 mois de suivi.

Discussion :

Les hidrocystomes palpébraux sont des tumeurs bénignes. Appelés également: adénome kystique apocrine, kyste sudoripare, kyste rétentionnel apocrine ou encore kyste de Moll, ils se forment aux dépens des glandes sudoripares eccrines ou apocrines. Souvent situés sur le visage et les paupières, d'autres localisations atypiques telles le thorax, les épaules et le prépuce ont été rapportées. L'hidrocystome réalise un petit kyste translucide, brillant, unique ou multiple. Leur histogenèse demeure discutée. En effet, l'hidrocystome apocrine pourrait dériver des résidus des glandes apocrines primitives ou de la glande de Moll et l'hidrocystome eccrine des glandes eccrines ou du segment excréteur des glandes de Moll. Leur différenciation clinique étant peu évidente, le diagnostic est histologique. Deux formes cliniques peuvent être caractérisées, les formes isolées et les formes associées. La forme isolée est la plus fréquente: l'hidrocystome est unique ou multiple et non associé à des signes extra-oculaires. Les hidrocystomes apocrines sont uniques dans 93% des cas alors que les hidrocystomes eccrines apparaissent le plus souvent multiples. Les formes associées sont plus rares et décrites uniquement pour les hidrocystomes multiples. Si dans la majorité des cas un traitement par laser Argon est suffisant, les hidrocystomes plus volumineux nécessitent une exérèse chirurgicale.

Conclusion :

Les hidrocystomes palpébraux sont des tumeurs bénignes qui guérissent par excision chirurgicale avec de rares récurrences.

Un kératoacanthome chez un patient atteint de Xeroderma Pigmentosum :

S.BARAZ, F.ELGUENNOUNI, H.AMMARI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Med V – Rabat

Introduction :

Le Xeroderma Pigmentosum (XP) est une maladie héréditaire rare, appartenant au groupe des génodermatoses transmises sur le mode autosomique récessive. Cette pathologie se caractérise par une extrême sensibilité au rayonnement ultra-violet (UV) en particulier UVB, des taches de rousseur, une pigmentation inégale de la peau ainsi qu'une atteinte ophtalmique et neurologique. Le XP est caractérisé par sa prédisposition aux cancers cutanés.

Méthodes :

Il s'agit d'une patiente âgée de 57 ans, issue d'un mariage consanguin, suivi pour un xeroderma pigmentosum avec la réalisation d'une cartographie trimestrielle et un traitement médical et chirurgical des tumeurs cutanées à type de carcinomes épidermoïdes et carcinomes basocellulaires. Cette patiente rapporte l'apparition d'une lésion ulcéro-bourgeonnante augmentant progressivement de taille au niveau de la paupière inférieure gauche. L'examen clinique initial était en faveur d'un Kératoacanthome (KA) en phase d'évolution 3cm x 3cm donc une abstention thérapeutique a été préconisée. Par contre, au bout de 03 mois, la tumeur augmentait de taille 6cm x 5cm, devenant plus ferme, douloureuse, saignant au contact, avec l'apparition d'une ulcération au centre. La dermoscopie montre des plages blanches correspondant à une masse kératosique centrale. Le diagnostic de carcinome épidermoïde a été suspecté, d'où la réalisation d'une biopsie cutanée, qui a confirmé le diagnostic de Kératoacanthome. Vu la localisation et la taille de la tumeur, la patiente a été adressée en service de chirurgie plastique pour une exérèse chirurgicale.

Discussion :

Le KA est une tumeur bénigne caractérisée par sa croissance rapide et une régression spontanée, avec une prévalence plus élevée chez les patients atteints de XP.

Par ailleurs, l'association KA et XP a été rarement rapportée dans la littérature.

Le KA constitue un diagnostic différentiel clinique et dermoscopique avec le Carcinome Epidermoïde (CE), et se différencie du CE à croissance plus lente en présentant une phase de croissance rapide suivie d'une phase d'involution et de régression.

ELASTOFIBROME : TUMEUR BENIGNE RARE, A PROPOS DE 14 CAS

ET REVUE DE LA LITTERATURE

Z.BERJAOU, D.JAADI, A.SLAOUI, J.HAFIDI, N.GHARIB, A.ABBASSI et S.MAZZOUZ

Service de chirurgie plastique et réparatrice, chirurgie de la main, CHU IBN SINA, Rabat, MAROC.

Résumé : communication écrite (Poster)

Introduction :

Jarvi et al. ont nommé élastofibrome pour la première fois en 1961. L'Organisation mondiale de la santé l'a défini comme une tumeur bénigne fibroblastique/myo-fibroblastique en 2002. Moins de 600 cas ont été documentés depuis lors.

L'angle inférieur de l'omoplate est le siège de 99 % des élastofibromes.

D'autres emplacements rares où des élastofibromes ont été cités dans la littérature : mains, les pieds, la bouche, les articulations, le médiastin et l'aorte.

Matériels et méthodes :

Notre recherche est basée sur une analyse rétrospective de 14 cas d'élastofibromes sur une période de trois ans et 9 mois, de l'aout 2019 à l'avril 2023, réalisée au service de chirurgie plastique du centre hospitalier Ibn Sina de Rabat.

Nous avons extrait des dossiers médicaux des informations sur les symptômes cliniques et radiologiques, la prise en charge chirurgicale, les résultats histologiques et l'évolution à moyen terme.

Résultats :

L'âge moyen dans notre étude est 47 ans.

Le sexe féminin est prédominant : 8 femmes.

11 malades ont les masses bilatérales et que 3 patients ont les masses unilatérales

Tous nos malades rapportaient une douleur type mécanique accentué par la mobilisation du scapula.

Tous ces patients ont été hospitalisé pendant une durée moyenne de six jours, bénéficiant d'une tomodensitométrie en faveur du diagnostic.

L'exérèse chirurgicale de la tumeur était sous anesthésie générale décubitus ventral.

Une voie d'abord en regard de masse, l'incision était cutanée puis musculaire du muscle grand dorsal.

L'excision tumorale puis une fermeture en trois plans avec mis en place d'un drain de Redon.

Chez nos 14 patients, aucune complications n'a été détecté.

Le diagnostic de l'élastofibrome était confirmé par l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire.

Durant le suivi les patients rapportent l'amélioration de la symptomatologie avec l'absence de récurrence.

Discussion :

Les opinions divergent encore quant à savoir si l'élastofibrome est une véritable tumeur ou une lésion proliférante de type tumoral.

La plupart des savants croient que l'élastofibrome dorsal est causé par des frottements mécaniques entre l'angle inférieur de l'omoplate et paroi thoracique.

Il doit être évoqué lorsqu'un patient rapporte une gêne fonctionnelle lors des mouvements de la scapula.

Dans la série autopsique réalisée par Jarvi chez des patients de plus de 5ans de la population générale, il a retrouvé l'élastofibrome chez 24 % des femmes et 11 % des hommes, ce qui affirme de cette affection n'est pas si exceptionnel et aussi la prédominance de l'atteinte féminine ce qui correspond à notre série avec le sex ratio de 8/6.

Les signes cliniques dépendent de la localisation et de la taille de la tumeur ainsi on aura soit une simple gêne, une douleur mécanique. Dans notre série on avait cette dernière comme motif principal de consultation.

Actuellement, les principaux examens de l'élastofibrome sont échographie, scanner et IRM. L'IRM est le premier choix de modalité d'imagerie pour l'examen des élastofibromes.

Le traitement des formes symptomatiques est l'exérèse chirurgicale marginale. Pour certains auteurs, même en absence de manifestation clinique lorsque le diamètre est supérieur à 5 cm, il conviendrait de réaliser une résection chirurgicale.

La récurrence tumorale locale est très rare et constatée après résection incomplète. Aucun cas de dégénérescence maligne n'est décrit dans la littérature.

Conclusion :

Lorsqu'une tumeur des tissus mous est située sous l'omoplate, l'élastofibrome est le diagnostic le plus probable.

L'histologie est utilisée pour poser le diagnostic. Le traitement des tumeurs symptomatiques implique l'excision chirurgicale, qui élimine essentiellement le risque de récurrence.

Cephalic eccrine poroma and clinical polymorphism : about two cases

Eccrine Poroma is a benign tumor arising from the intraepidermal portion of the eccrine sweat duct. It is located preferentially on the lower limbs. We present two cases of poroma eccrine in the cephalic region that present with two different clinical pictures, which emphasizes the clinical polymorphism of this tumor.

The first patient is 47 years old, he has a history of small cell endocrine carcinoma of the anterior mediastinum treated by radio-chemotherapy with prophylactic radiotherapy on the skull. He presented an exophytic tumor with posterior enhancement at the occipital level evolving for 1 year.

The second patient was 82 years old and had a history of generalized vitiligo. She presented with an erythematous plaque with a keratotic surface, of progressive extension evolving for more than one year. The dermoscopy has objectified several types of vessels (glomerular vessels, hairpin vessels, milky red areas) separated by thin spans giving an aspect of frog eggs.

In both cases, there were no local or distant adenopathies and the skin biopsy found a well-limited tumor growing from the epidermis, forming anastomosing epithelial trabeculae, composed of regular cells with signs of sweat differentiation. No histological evidence of malignancy was found. Both patients had a complete removal of the lesion without recurrence.

The poroma was first described by Pinkus et al. in 1956 and classified as a tumor originating from the eccrine sweat gland and more precisely from the keratinocytes adjacent to the intraepidermal portion of the sweat duct. Its different clinical presentations and locations make it a tumor almost always mistaken for a malignant lesion.

On dermoscopy, a polymorphous vascular pattern (including at least 2 types of vascular structures) is found in almost all cases. The diagnosis of certainty is based on histology.

Early management is justified by the risk of malignant transformation into porocarcinoma which is possible after years of indolent evolution. The management is based on simple excision, shaving or electrosurgical destruction for superficial lesions and excision for deeper lesions.

Recognition of these different clinical presentations and dermoscopic aspects would allow early diagnosis and guidance of management.

STEASTOCYSTOME MULTIPLE : A PROPOS DE DEUX CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

**Z. BERJAOU¹, S. CHERBOUB¹, I.MOUSTAKBAL¹, J.HAFIDI¹, N.GHARIB¹,
A.ABBASSI¹ et S.MAZOUZ¹ ;
O.ESSADEQ², K.SENOUCI²**

1. Service de chirurgie plastique et réparatrice, CHU IBN SINA, RABAT, MAROC.

2. Service de Dermatologie, CHU IBN SINA, RABAT, MAROC.

RESUME : Communication écrite (Poster)

INTRODUCTION

Steatocystome multiple ou sebocystomatosis and maladie polykystique épidermique manifeste comme une profusion de kystes cutanés qui sont épithéliaux, rempli de sébum, et ont les glandes sébacées typiques dans leurs parois. Elle commence généralement chez les jeunes ou au début de l'âge adulte. Bien que la majorité des cas n'aient pas d'antécédents familiaux, elle peut être héréditaire en tant que caractéristique autosomique dominante.

Les deux sexes sont également touchés. Cliniquement, il se distingue par de nombreuses papules et nodules kystiques cutanés minuscules, mous, mobiles, de couleur cutanée ou jaunâtre, de quelques à 20 mm ou plus.

Les lésions peuvent se développer partout, y compris le scrotum, mais le tronc et les extrémités proximales sont le plus souvent impliquées. Les lésions sont généralement asymptomatiques, bien que certaines lésions puissent gonfler, suppurer et cicatriser après guérison.

CAS CLINIQUES

Nous présentons deux cas de Steatocystome multiple qui ont été adressés par le service de dermatologie du CHU IBN SINA Rabat, et pris en charge au sein de notre service de chirurgie plastique du même hôpital.

Le premier cas :

Il s'agit d'un jeune patient de 27 ans, tabagique chronique (20 P/A), et alcoolique occasionnel. Pas d'antécédents familiaux de lésions cutanées similaires et ni d'autres affections cutanées.

Il présentait plusieurs papules scrotales indolores jaunâtres dures à la palpation mais mobiles par rapport au plan profond. Leur apparition remontait à l'âge de 19 ans avec multiplication progressive des lésions.

La gêne esthétique et sexuelle était la principale cause de consultation.

Une biopsie a été réalisée. Elle a révélé des caractéristiques histologiques évocatrices du Steatocystome multiple.

Les lésions ont été excisées chirurgicalement après avoir administré une rachianesthésie au patient.

Le suivi post opératoire n'était pas possible parce que le patient est perdu de vue.

Le deuxième cas :

Il s'agit d'un jeune patient de 35 ans, tabagique chronique (4 P/A), et prisonnier.

Lors de l'examen physique, de nombreuses papules et nodules indolores de couleur jaune et couleur de la peau qui étaient durs, mobiles et présents depuis au moins cinq ans ont été trouvés sur ses avant-bras et son torse. Il n'avait pas d'antécédents familiaux pertinents pour telles lésions, et au moment de sa présentation, il n'y avait pas d'autres anomalies cutanées. Il exprime un inconfort physico social à cause de ces lésions.

Une biopsie confirmait le diagnostic de SM.

Les lésions ont été excisées chirurgicalement d'une manière itérative sous Anesthésie locale.

DISCUSSION

Le stéatocystome multiple est une affection bénigne de l'unité pilo-sébacée se présentant sous la forme de multiples papules ou nodules fermes ou kystiques de couleur chair à jaunâtre.

Bien qu'il soit le plus souvent sporadique, il est considéré comme une maladie à transmission autosomique dominante impliquant une mutation de la kératine.

Elle se manifeste le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, concomitant avec l'augmentation de l'activité des glandes pilo-sébacées. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 26 ans, sans prédilection pour le sexe.

Le diagnostic du stéatocystome est souvent basé sur l'anamnèse et l'examen clinique. Les papules ou nodules se présentent généralement sur les zones où les unités pilo-sébacées sont densément concentrées, notamment le tronc, les bras, les aisselles, le visage, les cuisses, le cuir chevelu et, plus rarement, les organes génitaux et les seins.

Malgré la nature bénigne et souvent asymptomatique de cette maladie, une variante inflammatoire connue sous le nom de stéatocystome multiple suppuré (SMS) peut se manifester. Les lésions enflammées du SMS présentent un risque élevé d'infection.

Une présentation mixte de lésions asymptomatiques et enflammées est fréquente.

Parmi les diagnostics différentiels du stéatocystome multiple, on retrouve l'acné vulgaire, la maladie des kystes à duvet, le kyste épidermoïde, l'hydradénite suppurée, les tumeurs folliculaires infundibulaires, les lipomes...

Le traitement du stéatocystome multiple reste difficile. Il est important d'éduquer les patients et de les informer sur les options de traitement disponibles, en mettant l'accent sur les récurrences et les résultats esthétiques. Les objectifs du traitement comprennent une réduction significative de la taille des kystes, la prévention des récurrences, l'obtention d'un bon résultat esthétique et la satisfaction du patient. A l'heure actuelle, aucun traitement ne peut prévenir l'apparition de nouvelles lésions. Les résultats positifs sont souvent difficiles à obtenir en raison des limitations associées aux méthodes de traitement décrites. Cependant, certaines techniques ont été utilisées et rapportées dans la littérature, telle que le laser au dioxyde de carbone, la chirurgie (notamment l'incision fine suivie de l'extraction de la paroi du kyste à l'aide de pinces ou de curettes, qui donne d'excellents résultats esthétiques mais reste longue et invasive.), la cryothérapie, le traitement médical à base d'isotrétinoïne orale permet de réduire considérablement l'inflammation dans le SMS. Cependant, l'isotrétinoïne n'a aucun effet sur les lésions non inflammatoires et les résultats peuvent prendre plusieurs mois à être visibles, avec des récurrences signalées après l'arrêt du traitement. Une courte cure (2 à 4 semaines) de tétracycline orale ou de clindamycine topique peut être envisagée pour la prise en charge des lésions inflammatoires non infectieuses.

CONCLUSION

En raison du manque de preuves concernant l'efficacité des méthodes de traitement, le stéatocystome multiple reste une affection dermatologique difficile à traiter. Ainsi une compréhension claire des options thérapeutiques, y compris les limites et les risques, est essentielle pour la gestion des conséquences psychosociales. Il est important d'informer les patients que les traitements prennent du temps, peuvent laisser des cicatrices et que les récurrences sont fréquentes.

SYRINGOCYSTADENOME MAMMAIRE CHEZ UNE FEMME ALLAITANTE : A PROPOS D'UN CAS

Z. BERJAOU, H.SQALLI, I.MOUTAHIR J.HAFIDI, N.GHARIB, A.ABBASSI et S.MAZOUZ ;

Service de chirurgie plastique et réparatrice, chirurgie de la main, CHU IBN SINA, RABAT, MAROC.

RESUME : Communication écrite (Poster)

INTRODUCTION

Syringocystadénome est une tumeur rare annexielle bénigne qui provient des glandes apocrines ou des glandes sudoripares.

C'est un néoplasme relativement rare, principalement une tumeur infantile. Chez environ 50 % des personnes atteintes, la tumeur est présente à la naissance, et dans 15 à 30 % des cas, elle se développe avant la puberté.

La lésion mesure habituellement entre 1 à 3 cm et <4 cm de diamètre. La tumeur a des présentations cliniques variées. Le type nodulaire solitaire montre une prédilection pour le tronc.

Nous présentons un cas qui a été diagnostiqué histologiquement comme syringocystadénome.

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une jeune patiente de 24 ans, G1P1, accouchement par voie basse il y a 1 an et deux mois et allaitante.

Elle n'a pas des antécédents notables.

Elle présentait une plaque verruqueuse de couleur rose de 7/2.5 cm des quadrants supérieurs du sein droit évoluant depuis 6 mois. La patiente a arrêté l'allaitement depuis deux mois de l'apparition de la lésion et a consulté chez son gynécologue qui l'a adressé en consultation dermatologie.

Lors de la consultation au sein de notre service de chirurgie plastique, la patiente a présenté son résultat de biopsie réalisée par son dermatologue objectivant un syringocystadénome.

La prise en charge opératoire était basée sur une exérèse de la lésion sous anesthésie générale avec marge de 1 cm et la perte de substance résiduelle était reconstruite par greffe de peau.

L'évolution était bonne et un suivi sur 2 ans n'a montré aucune récurrence.

DISCUSSION

Syringocystadénome est une tumeur rare annexielle bénigne qui provient des glandes apocrines ou des glandes sudoripares.

Bien que la plupart des lésions ne soient pas cliniquement distinctives et nécessitent une biopsie pour le diagnostic, la tumeur est généralement décrite comme une couleur de peau à rose, glabre, plaque ferme de nodules groupés ou comme un nodule solitaire, mais verruqueux, papillaire, hyperkératosique, humide, excroissances charnues ont également été décrites.

La grande majorité des Syringocystadénomes surviennent sur la tête et le cou.

D'autres endroits inhabituels signalés comprennent la fesse, la vulve et le scrotum, la paupière, le canal de l'oreille externe, la cicatrice postopératoire, le cuir chevelu, le mamelon, la cuisse, l'aisselle, et le dos, mais aucun cas au niveau du sein à notre connaissance a été signalé.

La plupart des lésions se développent et s'agrandissent progressivement, bien que quelques-unes puissent atteindre une taille considérable en quelques mois. Cliniquement, le syringocystadénome présente une gamme de lésions non spécifiques. Le diagnostic peut être confirmé par histopathologie. Les cas de Syringocystadénomes sont limités. Le seul traitement est l'exérèse, qui confirme également le diagnostic. L'excision au laser de CO2 du Syringocystadénomes de la tête et du cou est une option de traitement clinique dans les zones anatomiques défavorables à l'excision et à la greffe. Le Syringocystadénomes a également été traité avec succès par la chirurgie micrographique Mohs.

CONCLUSION

Le Syringocystadénome est une tumeur rare des glandes sudoripares avec un aspect clinique très variable. La particularité de notre cas réside dans la rareté de Syringocystadénome et son emplacement dans le sein. Nous pensons que le cas présent est l'unique cas au niveau du sein chez une femme allaitante dans la littérature. Notre cas représente une présentation inhabituelle d'une tumeur rare à un endroit rare, avec une altération significative de la qualité de vie qui s'est améliorée après l'excision chirurgicale.

Angioléiomyome : Quand la douleur réveille le diagnostic

Y Yousfi, M Ben Kahla, N Fetoui, M Lahoual, S Saad, M Ben Rjab, B Sriha*, A Aounallah, N Ghariani, S Mokni, M Denguezli

Service de dermatologie, *Laboratoire d'anatomopathologie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, Tunisie

Introduction :

L'angioléiomyome cutané est une tumeur bénigne rare se développant au dépend de la couche musculaire lisse des vaisseaux dermiques. Nous rapportons, ici, un cas d'angioléiomyome du talon d'évolution rapide.

Observation :

Un homme âgé de 35 ans, joueur du football, sans antécédents pathologiques particuliers, nous était adressé pour un nodule du talon gauche évoluant depuis 02 mois. La consultation était motivée par le caractère douloureux du nodule. A l'examen clinique, il présentait une lésion ovale faisant 02 cm à surface lisse de couleur blanc nacré, à centre violine, bien limitée, de consistance ferme et douloureuse à la palpation siégeant à la face interne du talon gauche. Le patient a bénéficié d'une exérèse complète du nodule. L'étude histologique a révélé la présence d'une formation nodulaire bien circonscrite faite de fibres musculaires lisses agencées en bandes compactes, entrecroisées autours de vaisseaux à paroi épaisse. Le diagnostic d'angioléiomyome était retenu.

Discussion:

L'angioléiomyome cutané constitue une variante vasculaire du léiomyome. Le pic d'incidence se situe entre la quatrième et la sixième décennie, avec une prédominance féminine. La pathogénie est cependant mal comprise, plusieurs causes ont été proposées, notamment des traumatismes mineurs, l'influence hormonale ou l'infection par le virus d'Epstein-Barr. Il se présente en général sous la forme d'une lésion sous-cutanée solitaire, douloureuse et à croissance lente, localisée au niveau des extrémités, principalement sur les jambes. Sur le plan dermoscopique, il semble que la présence de chrysalides, d'image en arc en ciel et de vaisseaux en pointillés pourrait orienter le diagnostic d'angioléiomyome. Le diagnostic est histologique. L'évolution d'un léiomyome vasculaire est classiquement bénigne, sans transformation maligne ni récurrence après une exérèse chirurgicale complète. Notre observation est très particulière devant le terrain et l'évolution très rapide. Nous posons l'hypothèse d'un phénomène de kobner accélérant l'évolution de cet angioléiomyome chez un joueur de Football.

Hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie : Défi diagnostique et thérapeutique

Y.Yousfi, Lahouel M, Belkahla M, Sriha B*, Abdelwahed H, Fetoui N, Saad S, Ben rjeb M, Aounallah A, Ghariani N, Mokni S, Denguezli M

Service de dermatologie, *Laboratoire d'anatomopathologie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, Tunisie

Introduction :

L'hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie (HALE) est une prolifération vasculaire bénigne d'étiologie inconnue au traitement encore mal codifié. Nous rapportons un cas de HALE en essayant de proposer une nouvelle approche thérapeutique.

Observation :

Une femme tunisienne âgée de 50 ans, présentant de multiples nodules angiomateux, confluent, intéressant la région occipitale du cuir chevelu. Ces lésions étaient très prurigineuses et apparus progressivement au cours de sa grossesse (quatre ans auparavant). L'examen général notait de multiples adénopathies cervicales non inflammatoires. La patiente ne rapporte aucun antécédent tumoral. Le bilan biologique ne montrait ni hyperéosinophilie sanguine, ni syndrome inflammatoire. L'examen anatomopathologique d'une lésion cutanée montrait, sous un épiderme normal, une prolifération des vaisseaux tapissés par des cellules endothéliales turgescentes avec infiltrat inflammatoire de moyenne abondance fait de lymphocytes matures et de polynucléaires éosinophiles. Au vu des données anatomocliniques, le diagnostic d'une hyperplasie angiolymphoïde à éosinophiles a été confirmé. La patiente a bénéficié de plusieurs séances de cryothérapie sans amélioration. Des applications biquotidiennes de tacrolimus pommade (Protopic®, 0,1 %) avec infiltration d'un corticoïde retard permettaient une réduction partielle de l'infiltration. La prise du propranolol 40mg 1cp *2/j pendant 06 mois a permis une disparition complète des adénopathies et des signes fonctionnels (prurit et saignements) mais une rechute a été noté après l'arrêt du traitement. Un traitement combiné entre électrocoagulation (EC) et infiltration d'un corticoïde retard a été préconisé depuis 4 mois avec des bons résultats.

Discussion :

L'hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie (HALE) est une tumeur vasculaire bénigne rare affectant principalement les femmes âgées entre 20 et 40 ans, La présentation clinique est variable, avec des lésions uniques ou multiples sous la forme de papules, nodules angiomateux sous-cutanés, indolores, parfois hémorragiques ou prurigineuses. Elle atteint de façon préférentielle la région cervico-faciale. D'un point de vue histopathologique, elle est caractérisée par une prolifération de vaisseaux avec des cellules endothéliales turgescentes. Ces cellules présentent un noyau volumineux, vésiculeux et un cytoplasme éosinophile abondant, d'où l'aspect « épithélioïde » ou « histiocytoïde ». L'infiltrat inflammatoire est polymorphe fait de lymphocytes, plasmocytes, polynucléaires éosinophiles et mastocytes au sein d'un stroma conjonctif fibreux. L'étiopathogénie de l'HALE demeure encore hypothétique. Une origine néoplasique a été proposée avec la mise en évidence d'un réarrangement du TCR au niveau de la composante inflammatoire suggérant un syndrome lymphoprolifératif. Dans d'autres cas, une origine traumatique a été discutée. Le traitement de l'HALE est non standardisé. L'exérèse chirurgicale élargie constitue le traitement de choix avec une marge de sécurité de 4 mm afin de diminuer les taux de récurrence. Cependant, la chirurgie peut être délabrante si les lésions sont étendues, ce qui est le cas de notre patiente. D'autres approches thérapeutiques ont été essayées avec une efficacité médiocre. Notre observation souligne les difficultés thérapeutiques face à des formes étendues de HALE où les résultats sont partiels ou suspensifs. Les traitements combinés constituent une nouvelle approche efficace. L'Electrocoagulation est une technique moins invasive que les procédures

chirurgicales, en association avec des corticoïdes retard, semble donner dans notre situation des résultats prometteurs. Des essais thérapeutiques à plus large échelle sont nécessaires pour déterminer sa place dans l'arsenal thérapeutique de l'HALE.

Des nodules récidivants de l'oreille : Pensez à l'hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie

Auteurs : Chaima Massaoudi , Ines Chabchoub, Soumaya Gara, Mariem Jones, Nouredine Litaïem, Faten Zegloui

Service de Dermatologie de l'hôpital Charles Nicolle

Introduction : L'hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie (HALE) une tumeur vasculaire acquise bénigne initialement décrite en 1969 par Wells et Whimster. Le siège de prédilection est la région cervicofaciale. Nous rapportons le cas d'un patient présentant une hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie récidivante.

Observation :

Un patient âgé de 63 ans nous a été adressé pour des nodules de l'oreille évoluant depuis 3 ans et récidivant après une exérèse chirurgicale. L'examen dermatologique mettait en évidence la présence de quatre nodules érythémato-violacés pseudo-angiomateux accolés les uns aux autres au niveau de la conque de l'oreille droite. Ces nodules étaient prurigineux. Le reste de l'examen clinique était sans particularités notamment l'absence d'adénopathies loco-régionales. L'examen anatomopathologie révélait la présence d'une prolifération vasculaire constituée de vaisseaux tapissés par des cellules endothéliales au cytoplasme éosinophile abondant. Un infiltrat inflammatoire composé de lymphocytes avec des nombreuses éosinophiles et histiocytes a été également noté. L'hémogramme n'a pas mis en évidence une hyperéosinophilie. Le patient a été mis sous des infiltrations locales de corticothérapie en association avec la cryothérapie. L'évolution a été marquée par une rémission complète et une absence de récurrence avec un recul de 3 ans.

Discussion : La HALE touche préférentiellement les femmes âgées de 30 à 40 ans. Elle peut survenir dans quelques cas après un traumatisme ou au cours d'une grossesse. L'aspect clinique typique se présente sous formes de lésions à type de papulo-nodules érythémateux ou violines, pseudoangiomateux, parfois croûteux ou saignotants et prurigineux. Des nodules sous-cutanés de petite taille peuvent cependant être observés. Les lésions peuvent être uniques ou multiples « en grappe de raisin » comme c'est le cas de notre patient. La HALE siège essentiellement au niveau de la tête (front, tempes, oreilles) et le cou. L'atteinte du tronc et des extrémités reste néanmoins rare. Des adénopathies loco-régionales peuvent être observées dans environ 20% des cas et sont toujours d'origine réactionnelle à l'histologie. L'hyperéosinophilie est notée dans 20 % des cas. Sur le plan anatomopathologique, la HALE se distingue par la présence d'une prolifération vasculaire dans le derme superficiel et moyen avec un aspect typique des cellules endothéliales turgescentes à cytoplasme vacuolisé dites « histiocytoïdes » ou « épithélioïdes » en « clous de tapissier », au sein d'un infiltrat polymorphe de lymphocytes, histiocytes et éosinophiles sans formation de vrai follicule lymphoïde. Le traitement de la HALE est encore mal codifié, du fait des doutes concernant la physiopathologie de cette affection rare et du faible nombre d'études disponibles. Les options thérapeutiques rapportées dans la littérature sont essentiellement la chirurgie, la cryothérapie, les infiltrations de corticoïdes, le tacrolimus, la corticothérapie générale et l'isotrétinoïne. La régression spontanée est rare mais possible. Conclusion : La HALE une entité clinicopathologique rare qui doit être évoquée devant un nodule récidivant de l'oreille

Le syringome chondroïde : un diagnostic à ne pas méconnaître

Auteurs : Chaima Massaoudi, Anissa Zaouek, Amal Chamli, Houda Hammemi, Sami Fenniche

Service de dermatologie Hôpital Habib Thamer

Introduction :

Le syringome chondroïde est une tumeur cutanée rare et représente 0,098% des tumeurs cutanées primitives. Elle est généralement bénigne mais parfois de diagnostic difficile. Le syringome chondroïde malin est également rare pouvant survenir de novo ou sur un syringome chondroïde préexistant.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 35 ans, sans antécédents médicaux, qui consultait pour un nodule au niveau du sourcil gauche augmentant progressivement de taille depuis 2 ans. L'examen dermatologique mettait en évidence une tumeur nodulaire bien limitée polylobée de couleur chair à surface télangiectasique, ferme, indolore, avec une base d'implantation large faisant 1.5 cm. L'examen anatomopathologique de la biopsie cutanée révélait un aspect de tumeur dermique avec une double composante épithéliale et conjonctive. La composante épithéliale était faite par des tubes branchés tapissés par une double assise cellulaire constituée de cellules cubiques. Les noyaux des cellules étaient ovalaires réguliers sans atypie. La composante mésenchymateuse correspondait à une matrice myxoïde et cartilagineuse, bleutée, à différenciation focalement chondroïde. Au niveau du tissu péri-tumoral, on ne notait ni nécrose ni mitose.

Discussion : Le syringome chondroïde atteint particulièrement les patients d'âge adulte. Le siège de prédilection est cervico-facial, moins fréquemment cette tumeur peut se trouver au niveau des extrémités, de l'abdomen et des organes génitaux externes. La confirmation diagnostique est histologique montrant le syringome chondroïde se distingue par une double composante et mésenchymateuse. L'étude immuno-histochimique montre une positivité de l'EMA, l'ACE et de la CK7 sur les cellules bordant les lumières, et une positivité de la PS100 et de la vimentine sur les cellules de la bordure externe. Les principaux diagnostics différentiels clinique sont représentés par le kyste d'inclusion épidermique, le nævus amélanique, le kyste sébacé, le kyste dermoïde, le pilomatricome et le carcinome basocellulaire. Le traitement consiste en l'exérèse complète de la tumeur avec des marges de 3 millimètres. Un suivi régulier doit être proposé puisqu'il existe un risque de transformation maligne et de récurrence locale. Conclusion : Le syringome chondroïde est une tumeur cutanée bénigne rare. Cette tumeur mérite d'être connue afin de proposer une prise en charge chirurgicale avec des marges de sécurité adaptées vue le risque de transformation maligne

Pseudolymphome cutané de type miliaire : un défi diagnostique

**Amel Chabbouh, Ines Chabchoub, Karama Sboui, Soumaya Gara, Nouredine Litaïem,
Meriem Jones, Faten Zeglaoui
Service de dermatologie, Hôpital Charles Nicolle**

Introduction

Le pseudolymphome cutané de type miliaire (PCM) est un sous type rare du pseudolymphome cutané (PC) avec moins de cinquante cas rapportés dans le monde. Il se caractérise classiquement par des micropapules translucides localisées au niveau de la tête et du cou. Nous rapportons le cas d'un PM avec une présentation clinique particulière.

Observation

Il s'agit d'une femme âgée de 43ans sans antécédents pathologiques notables qui présentait des lésions papuleuses prurigineuses du visage évoluant depuis 10ans, avec notion de photoaggravation. A l'examen, elle présentait au niveau du visage de multiples papules de petite taille, translucides, de distribution centrofaciale. Une première biopsie a été effectuée objectivant un aspect pouvant cadrer avec un PM, néanmoins un lymphome ne pouvait être éliminé avec certitude. Quatre biopsies ont été ensuite réalisées en vue d'éliminer un lymphome et l'aspect histologique avait montré à chaque fois un infiltrat lymphoïde polymorphe fait de lymphocytes, plasmocytes et polynucléaires éosinophiles, organisé en larges nodules, avec présence de centres folliculaires. L'immunohistochimie avait révélé la présence d'un infiltrat majoritairement B (CD20 positif). Le ki67 était positif dans les centres folliculaires. Le CD21 soulignait la présence d'un riche réseau folliculaire dendritique. Le diagnostic de PCM a été retenu. L'enquête étiologique n'avait pas retrouvé la notion de prise médicamenteuse précédant l'installation des lésions ni la notion de tatouage ou de piqure d'insectes. A l'examen, il n'y avait pas de lésions eczématiformes évoquant un eczéma de contact. Les sérologies du syphilis et du VIH étaient négatives. La patiente a été mise sous doxycycline et dermocorticoïdes sans amélioration. Une corticothérapie générale avait été initiée entraînant une régression rapide des lésions mais récidive à l'arrêt du traitement. L'évolution a été marquée par l'apparition de nouvelles lésions prurigineuses à type de papules translucides disséminées au niveau des avant-bras associées à des nodules de couleur chair. Une nouvelle biopsie a été faite retrouvant le même aspect histologique précédemment décrit. Un traitement systémique par hydroxychloroquine (400 mg par jour) a alors été initié avec un début d'amélioration après un mois de suivi.

Discussion

Notre cas illustre une observation rare et originale de PC se présentant par des papules miliaires photodistribuées. La forme miliaire reste de cause indéterminée. Toutefois la localisation sélective dans les zones photoexposées suggère un rôle des ultraviolets dans l'apparition ainsi que l'aggravation des lésions. Chez notre patiente, la localisation au niveau des avant-bras, non rapportée dans la littérature, ainsi que l'atteinte du visage appuient cette hypothèse. Le diagnostic différentiel se pose avec la sarcoïdose à petits nodules, le lupus miliaire disséminé de la face, les tumeurs annexielles bénignes (syringomes, hidradénomes eccrines) ou encore les éruptions acnéiformes. Un lymphome B cutané type centrofolliculaire ou marginal avec hyperplasie lymphoïde folliculaire doit également être considéré. L'aspect histologique du PCM ressemble au PC B dans sa forme classique et retrouve un infiltrat lymphocytaire dense du derme superficiel et moyen, bien visible sur l'immunomarquage CD20. Le profil immunohistochimique caractéristique retrouve des centres germinatifs ayant une forte activité mitotique démontrée par le marquage Ki67, une richesse en réseau folliculaire dendritique soulignée par le marquage CD21 et une pauvreté en cellules exprimant le bcl2 dans les centres germinatifs. Notre patiente présentait un aspect histologique compatible ainsi que deux critères immunohistochimiques. Le PCM est souvent spontanément résolutif et disparaît en quelques mois à quelques années, cependant, il peut aussi suivre une évolution chronique, comme dans notre cas. L'hydroxychloroquine est le seul traitement qui semble donner des résultats satisfaisants. La corticothérapie générale, efficace initialement chez notre patiente, n'a pas été étudiée dans la littérature.

Conclusion

Le PCM représente un défi diagnostique du fait de son extrême rareté et de sa présentation clinique souvent trompeuse. Il doit être évoqué devant toute éruption papuleuse photodistribuée. un suivi à long terme est indispensable vu que l'évolution vers un lymphome manifeste ne peut être exclue.

Maladie de Rosai-Dorfman à révélation cutanée : à propos d'un cas

**Amel Chabbouh, Ines Chabchoub, Karama Sboui, Soumaya Gara, Meriem Jones,
Noureddine Litaïem, Faten Zeglaoui
Service de dermatologie, Hôpital Charles Nicolle**

Introduction : La maladie de Rosai-Dorfman (MRD) est une histiocytose non langerhansienne rare, touchant principalement les aires ganglionnaires. Une atteinte cutanée peut rarement révéler la maladie, posant des difficultés diagnostiques. Nous rapportons ici un cas de MRD à révélation cutanée sans atteinte ganglionnaire.

Observation : Il s'agissait d'un homme âgé de 50ans, sans antécédents pathologiques notables qui nous avait consulté pour un placard érythémateux de la jambe évoluant depuis 6 mois. L'examen objectivait un placard érythémateux induré du mollet gauche parsemé de papules érythémateuses. Il présentait par ailleurs de multiples papules de couleur rouge-brun siégeant au niveau du visage, du tronc et des membres. Aucune adénopathie périphérique n'a été trouvée à l'examen physique. A la biologie, il y avait un syndrome inflammatoire biologique (CRP 80 mg/l, VS accélérée à 100mm, augmentation des pics des $\alpha 1$ et $\alpha 2$ -globulines, une élévation polyclonale des γ -globulines). Une première biopsie a été réalisée objectivant un infiltrat hypodermique lymphoplasmocytaire avec polynucléaires neutrophiles. Une deuxième biopsie cutanée a été faite. L'examen histologique avait montré un infiltrat dermique de cellules lymphoplasmocytaires et des cellules histiocytaires montrant une image d'empéripolèse. En immunohistochimie, la population histiocytaire exprimait le CD68 ainsi que le PS100 mais pas le CD1a. L'évolution était marquée quelques mois plus tard par l'installation d'une surdité de perception gauche et d'une épisclérite bilatérale. Le patient a été mis sous corticothérapie générale à la dose 0.5mg/kg/j et méthotrexate à la dose de 15mg/semaine avec une régression partielle des lésions cutanées et conjonctivales en quelques semaines.

Discussion : La MRD ou histiocytose sinusale avec lymphadénopathie massive est bénigne et se caractérise classiquement par un tableau clinique associant des adénopathies cervicales bilatérales, une fièvre, un syndrome inflammatoire biologique. Son étiologie reste encore inconnue. Une origine auto immune a été suggéré devant l'association possible avec la maladie de Crohn, le lupus érythémateux et la polyarthrite rhumatoïde. Une cause bactérienne (*Borrelia* spp.) ainsi que virale (virus d'Epstein-Barr, parvovirus B19, herpès humain type 6, virus de l'immunodéficience humaine) ont été avancées mais non confirmées.

Les localisations extraganglionnaires sont fréquentes. L'atteinte cutanée vient au premier rang (10 % des cas), suivie par les autres localisations (ORL, orbitaires, osseuses, neurologiques et pulmonaires). Une atteinte cutanée isolée est très rare et de diagnostic difficile, faisant discuter d'autres diagnostics tels que les lymphomes cutanés. Le diagnostic est généralement porté avec un retard et après plusieurs biopsies comme le cas de notre patient. Des retards diagnostiques allant jusqu'à 19 ans ont été rapportés dans la littérature. Le diagnostic est posé devant une empéripolèse, image histologique particulière mais non spécifique, associée à un immunomarquage CD68+, PS100+ et CD1a - . Le pronostic est favorable en l'absence d'atteinte viscérale. Plusieurs traitements peuvent être proposés (corticothérapie intralésionnelle ou générale, méthotrexate, dapsons, chirurgie), mais ceci n'est pas codifié.

Conclusion

La MRD cutanée est rare et représente un défi diagnostique du fait de son polymorphisme clinique. Les données cliniques, histologiques et immunohistochimiques permettent de poser le diagnostic.

Enorme tumeur du nez : quel est votre diagnostic ?

**MANI Oumayma*, MOKNI Sana*, FETOUI Ghariani Nadia*, LAHOUAL Maha*,
BELKAHLA Marouane*, SRIHA Badreddine**, DENGUEZLI Mohamed*
*Service de dermatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie
** service d'anatomopathologie, Hopital Farhat Hached, Sousse, Tunisie**

Introduction :

Le syringome chondroïde est une tumeur cutanée très rare, le plus souvent bénigne, caractérisée par une double composante mésenchymateuse et sudoripare. Nous en rapportons une observation et nous discutons l'intérêt de la dermoscopie dans le diagnostic du syringome chondroïde.

Observation :

Un homme âgé de 50 ans, sans antécédents pathologiques notables, s'est présentée avec une masse tumorale au niveau du nez évoluant progressivement depuis 2 ans. L'examen physique a révélé une tumeur de grande taille pratiquement cylindrique, à base d'implantation large, faisant 4 cm de grand axe et une hauteur de 2 cm, ulcérée au centre, de consistance cartilagineuse, indolore. Elle recouvrait pratiquement la face latérale gauche du nez. Le reste de l'examen était sans anomalies. L'examen dermoscopique a révélé des zones blanches sans structure, des pseudo-kystes cornés, des taches brunes irrégulières avec quelques lignes blanches, une bordure érythémateuse et des vaisseaux linéaires. L'examen histologique a montré un épiderme légèrement hyperplasique papillomateux, le nodule est fait d'une composante épithéliale formant des structures tubulo-canalaires tapissées par une double couche de cellules cubiques sans atypies, entourées par une deuxième composante mésenchymateuse fibro-hyaline et par places chondroïde réalisant un aspect nodulaire autour des canaux. Ces résultats étaient cohérents avec le diagnostic du syringome chondroïde. Le patient a été adressé au service de chirurgie maxillofaciale pour exérèse. L'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse a conclu au même diagnostic sans signes de malignité

Discussion :

Le syringome chondroïde est une tumeur mixte bénigne rare de la peau. Elle a un aspect histologique particulier, dû à un remaniement chondroïde ou myxoïde du stroma. Cette lésion est localisée électivement dans la région crâniofaciale. L'apport de la dermoscopie dans le diagnostic du syringome chondroïde est récemment rapporté dans la littérature en montrant la présence des zones blanches sans structure, des pseudo-kystes cornés, des taches brunes irrégulières avec quelques lignes blanches, une bordure érythémateuse et des vaisseaux linéaires. L'exérèse chirurgicale totale reste la meilleure option thérapeutique pour éviter la récurrence tumorale et un suivi rapproché est recommandé en raison d'une possibilité rare de transformation maligne et de métastases viscérales.

Conclusion :

Vu le potentiel malin du syringome chondroïde, un diagnostic précis et rapide est important pour une prise en charge appropriée. La dermoscopie peut être d'un grand apport pour le diagnostic précoce.



Une localisation inhabituelle d'une tumeur rare

**NEI. oui (1) ; M. Lahouel (1) ; K. Trimeche (1) ; M. Belkahla (1) ; S. Saad (1) ;
BR. Mohamed (1) ; GF. Nadia (1) ; A. Aounallah (1) ; N. Ghariani (1) ;
M. Sana (1) ; M. Denguezli (1)**

(1) Dermatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Le schwannome est une tumeur rare qui prend origine de la gaine des fibres nerveuses et plus particulièrement de la gaine de Schwann. Elle touche plus fréquemment les zones paravertébrales, les extrémités, la tête et le cou. Nous rapportons une présentation rare de cette tumeur bénigne sous forme d'un gros nodule sous cutané de l'abdomen.

Il s'agissait d'un patient de 50 ans, sans antécédents pathologiques notables qui consultait pour une masse sous cutanée siégeant au niveau de l'abdomen évoluant depuis 25 ans. L'examen dermatologique objectivait une lésion nodulaire sous cutané ovalaire de consistance ferme et à surface lisse érythémateux-violacée, sensible à la palpation. La tumeur était localisée en regard de la fosse iliaque gauche faisant 3 cm de grand axe (Figure 1). L'examen dermoscopique montrait une plage érythémateuse parcourue de fines télangiectasies arborescentes (Figure 2). L'échographie trouvait une masse sous-cutanée bien limitée hypoéchogène, homogène, mesurant 3,2 cm de grand diamètre, évoquant un lipome sous-cutané. Une biopsie-exérèse était indiquée. L'exploration chirurgicale était faite sous anesthésie locale et sans aucun moyen de grossissement. La dissection de la tumeur était aisée. Il s'agissait d'une tumeur encapsulée, ferme, de couleur blanc nacré, localisée dans le tissu sous-cutané et arrivant au contact du muscle (Figure 3). L'examen histologique de la pièce d'exérèse objectivait une prolifération storiforme faite de faisceaux de cellules fusiformes à limites cytoplasmiques imprécises et à noyaux réguliers sans atypies, entrecoupés de fibre de collagène. On distinguait des zones hyper-cellulaires d'Antoni A associées à des zones hyper-cellulaires d'Antoni B et des corps de Verocay. L'étude immunohistochimique utilisant l'anticorps monoclonal PS100 avait très positivement marqué les cellules tumorales.

Le diagnostic de schwannome était confirmé. En postopératoire, l'examen clinique n'a pas objectivé de déficit nerveux sensitif. Le patient a été revu à 3 mois de recul sans aucune récurrence.

Le schwannome est une tumeur solide rare qui prend naissance de la gaine de Schwann des tissus nerveux périphériques. La présentation du tableau clinique chez les patients porteurs d'un schwannome est très variée. À l'exception des schwannomes des nerfs crâniens qui sont à l'origine de manifestations cliniques particulières. Les autres localisations peuvent être asymptomatiques, avec une découverte fortuite lors d'un examen d'imagerie, ou par le patient lui-même ayant remarqué l'apparition d'une tuméfaction faisant saillie sous la peau, comme chez notre patient. Bien qu'ils surviennent couramment sous forme de lésions isolées (90 %), ils peuvent être associés à plusieurs tumeurs neurologiques centrales (généralement des méningiomes, 5 %), à la neurofibromatose de type 2 (3 %) ou se présenter sous forme de lésions multiples (schwannomatose, 2 %). Cliniquement, les schwannomes cutanés (SC) ont généralement une taille allant de 0,25 cm à 3,00 cm et se trouvent généralement dans les régions de la tête et du cou. Ils surviennent le plus souvent chez les personnes âgées de la 4e et de la 5e décennie de la vie, sans prédominance de sexe. Sur le plan histopathologique, les SC sont généralement encapsulés par le périnèvre et se caractérisent par deux types de motifs histologiques : le type Antoni A et le type Antoni B. Le diagnostic différentiel du SC inclut le pilomatricome en prolifération, les kystes épidermiques, le lipome, la tumeur desmoïde et le nodule rhumatoïde. La meilleure option thérapeutique est l'exérèse locale. Les images échographiques peuvent fournir des informations détaillées sur l'emplacement de la tumeur et sa vascularisation. Dans notre cas, nous n'avons détecté aucun flux vasculaire ni signe de vascularisation centrale, ce qui a conduit à une excision réussie de la tumeur.

En conclusion, notre patient illustre une localisation inhabituelle d'une tumeur rare. Le pronostic est bon et l'exérèse chirurgicale permet la guérison. Cependant, une enquête familiale et un suivi ultérieur sont nécessaires pour déceler une éventuelle neurofibromatose.

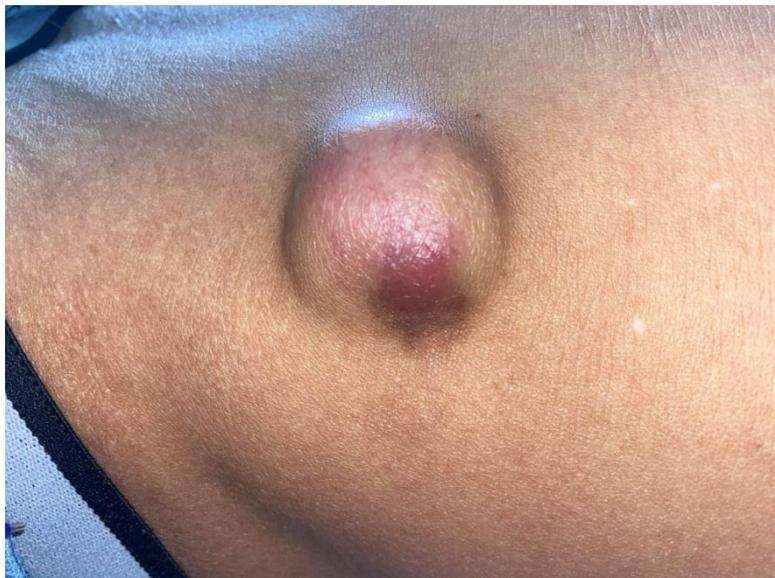


Figure1 : Nodule sous cutané ferme de 3 cm de grand axe au niveau de la fosse iliaque gauche

Tumeur royale de la maladie de Von Recklinghausen

C.FIKRI, M.ABOUDOURIB, S.AMAL, O.HOCAR

Service de dermatologie, Laboratoire Biosciences et santé, CHU Mohammed VI- Marrakech-Maroc, Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad

Introduction :

Les neurofibromes plexiforme sont pathognomoniques de la NF1. Ce sont des tumeurs généralement à croissance lente. Leur symptomatologie est variable fonction de leur topographie. Nous rapportons le cas d'un homme de 23ans présente une masse fessière géante.

Observation :

C'est un jeune de 21ans, sans ATCDs pathologiques, qui a consulté pour une masse fessière gauche invalidante, évoluant depuis 3mois. L'examen clinique trouve une masse de la région fessière gauche, de consistance molle indolore mal limitée sans signes inflammatoires en regard, mesurant 40cm de grand diamètre. Associée a des multiples taches café au lait au niveau du dos et des membres (plus de 5), des lentigines du creux axillaire. L'IRM a objectivé un processus lésionnel de la cuisse et des régions fessières gauches et lombaires, avec infiltration périnéale homolatérale le long de la branche ischio pubienne avec érosion osseuse en regard. L'étude anatomopathologique de biopsie de la masse a montré un aspect en faveur de neurofibrome plexiforme. Devant ce tableau anatomoclinique et radiologique, le diagnostic de tumeur royale dans le cadre de NF1 a été retenu. Le patient a été adressé à la chirurgie plastique pour prise en charge chirurgicale.

Discussion :

La neurofibromatose de type 1 est la plus fréquente des phacomatoses. Son diagnostic est clinique définis par la présence d'au moins deux des critères suivants : au moins six taches café au lait de plus de 5mm avant la puberté et plus de 15mm après la puberté; Deux neurofibromes ou plus, un névrome plexiforme ou plus; Des taches lentigineuses de la région axillaire ou inguinale; Deux hamartomes de l'iris ou plus, un gliome des voies optiques; Une lésion osseuse caractéristique.

Le neurofibrome plexiforme est une tumeur bénigne des nerfs périphériques aux dépens des cellules conjonctives du péri-nevre. Son caractère non encapsulé explique l'infiltration diffuse des troncs nerveux adjacents, du tissu cellulo graisseux et du muscle. L'imagerie aide à caractériser les lésions en vu d'un diagnostic positif, de rechercher d'éventuelles lésions associées, d'évaluer le pronostic et de faire un suivi.

Le risque de dégénérescence sarcomateuse justifie le recours à l'exérèse de la lésion aussi complète que possible. Et une surveillance clinique et radiologique, au moins annuelle jusqu'à l'âge de dix ans, puis régulière, afin d'évaluer une éventuelle récurrence ou une transformation maligne.

Conclusion :

La tumeur royale de la neurofibromatose type 1, est une manifestation très rare de la maladie, nécessitant une prise en charge bien codifiée afin de ne pas passer à côté d'une transformation maligne.

**Papules blanches du cou : penser à la papulose fibreuse blanche
du cou**

1. Service de Dermatologie,CHU Mohammed VI,Laboratoire de bioscience,FMPM,Marrakech

2.Service d'Anatomopathologie, CHU Mohammed VI,Laboratoire de bioscience,FMPM,Marrakech

Introduction :

Il existe un certain nombre de pathologies intéressant le tissu élastique dont l'expression clinique cutanée est similaire mais où l'histologie diffère et reste indispensable pour porter le diagnostic notamment la papulose fibreuse blanche du cou

Nous rapportons à ce propos l'observation d'une patiente consultant pour une éruption papuleuse de couleur chair du cou et dont la biopsie cutanée était compatible avec cette entité.

Observation :

Une patiente âgée de 69 ans, sans antécédents notables consultait pour des lésions cutanées au niveau du cou, évoluant depuis plusieurs années.

L'examen montrait de multiples papules couleur chair punctiformes de 4 mm non confluentes et non folliculaires intéressant les faces postéro-latérales du cou. Elles n'étaient ni prurigineuses ni douloureuses. L'éruption n'était pas évolutive et le reste de l'examen clinique était sans particularité. Par ailleurs, il n'y avait pas de cas similaire dans la famille.

L'examen histologique avec coloration à l'orcéine des lésions cutanées mettait en évidence, dans le derme papillaire des fibres élastiques fines non fragmentées et non calcifiées et des fibres de collagène épaisses. Le tableau clinique et histologique était évocateur d'une papulose fibreuse blanche.

Discussion :

La papulose fibreuse blanche du cou est un désordre acquis et bénin du tissu élastique dermique, elle reste une entité rare dont l'étiopathogénie, mal élucidée, semble être liée au vieillissement cutané mais est probablement multifactorielle. L'expression clinique cutanée de cette entité qui se manifeste par des petites papules jaunes ou de couleur peau normale sur la nuque ou les faces latérales du cou la prêter à confusion avec plusieurs autres maladies du tissu élastique tel que l'élastorrhexie papuleuse, le pseudo xanthome élastique. L'absence de signes systémiques, l'âge de survenue un peu tardif et les caractéristiques cliniques permettent de la différencier de ce dernier comme dans notre cas.

La connaissance de cette rare entité permet d'éviter des examens poussés à la recherche de signes systémiques.

Conclusion :

Nous rapportons le cas de notre patiente atteinte de papulose fibreuse blanche du cou, entité rare quoique bénigne mais avec un grand préjudice esthétique

Dermatologie infectieuse

Infiltration Intra lésionnelle d'antimoine de méglumine dans la leishmaniose péri orificielle chez l'enfant : toujours une contre-indication ?

Introduction

Les leishmanioses cutanées sont des parasitoses dues à des protozoaires flagellés du genre *Leishmania*. L'antimoniote de méglumine ou Glucantime® reste le traitement de première intention de la leishmaniose cutanée au Maroc administré par voie systémique ou intralésionnelle. La voie intra lésionnelle est indiquée pour les petites lésions uniques. La localisation péri-orificielle est considérée « à risque » dans cette technique et les praticiens ont tendance à basculer automatiquement vers la voie systémique dans ces localisations.

Matériel et méthodes

Notre étude est rétrospective colligeant les cas de LC de siège péri-orificiel chez les enfants traités par des infiltrations intralésionnelles d'Antimoine de Méglumine, observés dans notre service .

Résultats

Nous avons colligé 4 patients. Le diagnostic de Leishmaniose Cutanée a été confirmé par frottis dermique (3 cas) ou biopsie (1 cas). L'âge moyen était de 6 ans. Le sex-ratio (H/F) était de 1. La durée moyenne d'évolution était de 4,7 mois. La localisation était sur le bout du nez dans 3 cas et péri orbitaire pour 1 cas . Toutes les lésions étaient uniques et leur taille variait entre 1 et 3 cm. Tous les patients ont été traités par des infiltrations intralésionnel d'Antimoine de Méglumine. Le nombre d'infiltrations variait entre 6 et 10 à raison de 1ml par cm² de 1 à 2 fois par semaine. L'évolution était favorable dans tous les cas. Aucune complication n'a été observée. Le délai moyen de cicatrisation après traitement était de 3,2 mois.

Discussion

Les régions péri-orificielles sont considérées comme des zones délicates et sans indications pour l'infiltration intralésionnelle d'Antimoine de Méglumine dans les recommandations thérapeutiques de la Leishmaniose Cutanée. Cela a engendré une tendance à les éviter dans la pratique quotidienne au profit d'un traitement par voie systémique. Ce passage automatique à la voie générale chez les enfants avec tous ses effets secondaires, semble être parfois abusif. Ceci est le cas devant des lésions de petite taille dont la seule indication à la voie générale est le siège. Ceci correspond au profil lésionnel des cas de notre série. Ceci est d'autant plus vrai que l'excès de précaution retrouvé dans les recommandations n'est réellement basé que sur la rare littérature disponible concernant le traitement intralésionnel de ces zones. Peu nombreux sont les articles qui ont soulevé cette question. Il s'agit de quelques case reports et de 7 cas dans une série sud-américaine comparant le traitement par AM en intralésionnel et en intramusculaire. Bien qu'ils soient rares, tous ces essais d'infiltrations IL dans ces régions « à risque » se sont passés sans incidents notables. C'est le cas dans notre série qui est, à notre connaissance, la seule étude rapportant des cas de Leshmaniose cutanée de siège péri-orificiel chez les enfants traités par l'Antimoine de méglumine en Intra lésionnel.

Leishmaniose de la muqueuse nasale : A propos d'un cas

Introduction

Leishmaniose, maladie parasitaire, présente un large spectre de manifestations notamment la leishmaniose viscérale (LV), la leishmaniose cutanée (LC) et la leishmaniose cutanéomuqueuse (LCM). Au Maroc, la forme viscérale et cutanée constituent dans certaines régions de véritable problème de santé publique. Alors que la forme cutanéomuqueuse, reste rare et seulement quelques cas, ont été rapportés dans la littérature.

Nous rapportons un cas de leishmaniose de la muqueuse nasale chez une femme immunocompétente.

Observation

Une patiente de 55ans, avait comme antécédents une tuberculose pulmonaire traitée il y a 4 ans, présente une lésion papuleuse au niveau de la muqueuse nasale résistante au traitement évoluant depuis 2 ans , chez qui l'examen trouve une papule d'environ 1 cm de diamètre au niveau du vestibule nasale, arrondi indolore et non ulcéré sur une base érythémateuse, la dermoscopie objective des squames jaunâtres et d'autres blanchâtres sur une base érythémateuse avec un aspect en larmes caractéristique et une vascularisation en points, l'examen des autres appareils est sans particularités sans notion de fièvre ni d'AEG.

L'examen parasitologique était négatif et une première biopsie au niveau du vestibule nasal a été réalisée revenue en faveur d'un infiltrat inflammatoire chronique, une deuxième biopsie a permis de poser le diagnostic de leishmaniose au niveau du vestibule nasal en objectivant des corps figurés mêlés à des histiocytes et de polynucléaires neutrophiles pouvant correspondre à des corps de Leishman.

La patiente a été traitée par injections intramusculaires d'Antimoines de Méglumine avec une bonne amélioration dès la première semaine.

Discussion

La particularité de notre observation réside non seulement dans la localisation inhabituelle labiale de la Leishmanose mais aussi de la bonne évolution de la lésion sous traitement.

Au Maroc, la LC localisée est toujours endémique, par contre LCM est endémique dans les pays de l'Amérique centrale et du sud. La localisation au niveau de la muqueuse nasale primitive est une localisation exceptionnelle. Ceci serait expliqué par le mouvement et l'air qui passe à l'inspiration et à l'expiration et qui empêcherait le vecteur de piquer cette région. Le diagnostic clinique peut être difficile quand l'atteinte de la muqueuse est isolée.

Contrairement à la LCM du Nouveau Monde, classiquement invasives, destructrices et peu sensibles aux antileishmaniens classiques, l'atteinte de la muqueuse nasale dans notre contexte n'entraîne pas des destructions de structures profondes et répond favorablement aux traitements ordinaires. Le traitement avec les antimoniate de Méglumine par voie générale reste d'une grande efficacité. La bonne amélioration de la lésion chez notre patiente confirme le caractère moins virulent du parasite.

Conclusion :

La leishmaniose muqueuse, malgré sa rareté relative, doit faire partie du bilan étiologique de toute lésion granulomateuse de la sphère ORL. Le traitement spécifique par dérivé d'antimoine par voie générale reste le traitement adapté à cette localisation.

Leishmaniose cutanéomuqueuse de localisation labiale inhabituelle

A. Abbour - FZ. Elfatoiki - H. Skalli - F. Hali - S. Chiheb.

Introduction :

La leishmaniose cutanée (LC) est une infection causée par des protozoaires appartenant au genre *Leishmania* (L.). Elle est généralement caractérisée par une lésion polymorphe située sur les zones découvertes. Mais l'atteinte muqueuse est rare.

Nous présentons un cas de leishmaniose cutanéomuqueuse caractérisé par une localisation labiale inhabituelle.

Rapport de cas :

Une femme de 62 ans, sans antécédents médicaux notables, a été adressée à notre service pour des lésions érythémateuses sur le visage ainsi qu'une tuméfaction de la lèvre inférieure évoluant depuis 5 mois.

L'examen physique a révélé une tuméfaction érythémateuse et irrégulière au niveau de la partie centrale de la lèvre inférieure avec des lésions similaires au niveau de la pointe du nez et au-dessous du cantus externe de l'œil gauche.

L'examen dermoscopique a révélé un fond d'érythème ainsi qu'une hyperkératose, des larmes jaunâtres avec un aspect blanc étoilé et des vaisseaux en épingle à cheveux.

Une biopsie cutanée a été réalisée sur la lésion labiale et a objectivé la présence de corps de leishmanies.

Nous avons complété le bilan par un frottis sur les 3 lésions qui étaient en faveur d'une leishmaniose ainsi qu'une PCR qui a permis d'isoler le *Leishmania tropica*.

Le patient a été traité par des injections intra-lésionnelles de N-méthylglucamine antimoniate (1ml/cm²) avec une résolution complète en 8 semaines.

Discussion :

L'originalité de notre étude réside dans la localisation labiale de la leishmaniose qui demeure exceptionnelle et atypique même dans les pays d'endémie, et qui pose un réel problème diagnostique devant la multitude des diagnostics différentiels à savoir les infections bactériennes, les chéilites granulomateuses à type de sarcoïdose, les lymphomes et les carcinomes épidermoïdes.

Elle se présente cliniquement par une infiltration érythémateuse et indolore de la muqueuse labiale pouvant évoluer vers une macrochéilite.

La difficulté du diagnostic clinique de cette leishmaniose impose une biopsie cutanée couplée à un frottis et à une PCR afin d'identifier l'espèce responsable.

En ce qui concerne la thérapie, à l'exception d'un cas de rémission complète spontanée, tous les cas de la littérature ont été traités avec succès avec des dérivés pentavalents de l'antimoine, par injections IV, IM ou intralésionnelles.

Conclusion :

Les cliniciens devraient développer un niveau de suspicion plus élevé concernant la leishmaniose en présence de lésions localisées dans les muqueuses labiales et nasales, avec ou sans atteinte cutanée, afin de permettre un traitement précoce et un meilleur pronostic.

Leishmaniose cutanée du centre tunisien: profil épidémiologique et thérapeutique D. Afli¹; S. Saad¹; Z. GAFSI¹; M. BEN KAHLA¹; N. Fetoui Ghariani¹; M. LAHOUAL EPGAIED¹; M. Ben rejeb¹; A. Aounallah¹; N. Ghariani¹; S. Mokni¹; M. Denguezli¹ 1Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, Service de Dermatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction La leishmaniose cutanée (LC) est une maladie parasitaire à déclaration obligatoire en Tunisie, où elle sévit sur un mode endémique. Elle pose un problème de santé publique en raison de son incidence, sa morbidité et son coût élevé. Matériel (ou patient) et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive colligeant tous les patients ayant consulté dans notre service pour une LC sur une période de 4 ans [2020 – 2023]. Résultats Nous avons colligé 84 cas de LC. Le sex-ratio (H/F) était de 0,61. L'âge moyen était de 44 ans avec des extrêmes allant de 1 à 92 ans. Le diagnostic était posé en hiver dans 60,7% des cas, avec un délai moyen de consultation de 15 mois. Le nombre de lésions variait entre 1 à 20 lésions avec une taille moyenne de 3 cm. Les lésions siégeaient au niveau des membres dans 66,7 % des cas, du tronc dans 6% , de la face dans 44 % des cas avec une atteinte du nez, périoculaire, et des oreilles notée respectivement chez 11, 10 et 1 cas. Une atteinte des doigts ou des orteils était observée chez 12 patients, associée à une paronychie dans deux cas. La forme ulcéro-croûteuse prédominait dans 79,8 % des cas, papulonodulaire dans 17,9 % des cas, infiltrée dans 16,7 % des cas, verruqueuse dans 2,4 % des cas, sporotrichoïde dans 27,4 % des cas, et lupuloïde dans 7 % des cas. Nous avons retrouvé un antécédent personnel de LC (n=3), et des cas similaires dans l'entourage (n=2). Le séjour dans une zone d'endémie était rapporté dans 76 % des cas : Kairouan (n=31), Mahdia (n=17) et Sidi Bouzid (n=8). On retrouvait la notion de piqure d'insecte dans 16 cas. Le diagnostic reposait sur le frottis dermique (n=81) et la biopsie cutanée dans certains cas (n=6). Une antibiothérapie pour probable surinfection était prescrite dans 46% des cas. Le traitement par métronidazole, clarithromycine ou l'association des deux était indiquée dans 10, 7, et 14 cas. On a eu recours à la cryothérapie dans 38% des cas. Le Glucantime® a été utilisé chez 74 patients par voie intramusculaire et 13 patients en infiltrations intralésionnelles. Un seul patient a nécessité le recours à l'amphotéricine B. L'évolution était favorable chez 54 % des cas. Discussion La LC est une anthroponose fréquente en Tunisie. La plupart des malades étaient originaires du centre (35,3 %), où la LC sévit sur un mode endémoépidémique. Elle survient plutôt en saison automno-hivernale. L'évolution indolente et le polymorphisme clinique expliquent le retard de diagnostic. La multiplicité des lésions et la prédominance de la forme ulcéro-croûteuse sont expliquées par la prédominance de la LC à L. major. Les formes cutanées sont spontanément régressives en pays d'endémie, néanmoins, un traitement médicamenteux est justifié afin de prévenir les séquelles inesthétiques. Conclusion La leishmaniose cutanée est une parasitose fréquente en Tunisie, où elle continue à poser un vrai problème de santé publique. Ceci implique le renforcement des mesures de lutte anti vectorielle afin de réduire son incidence et ses coûts

Efficacité du fluconazole dans le traitement d'une leishmaniose sporotrichoïde

Z.Mouhsine¹, F.Chekairi¹, M.Riyad², M.Soussi³, F.Hali¹, S.Chiheb¹

1.Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

2.Laboratoire de parasitologie, FMPC, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

Introduction :

La leishmaniose cutanée est une parasitose causée par des protozoaires flagellés du genre *Leishmania* transmises par des phlébotomes. Elle présente un polymorphisme clinique important en raison de la diversité des espèces de *Leishmania* et de l'état immunitaire du patient. La forme sporotrichoïde est extrêmement rare. Nous présentons ici un nouveau cas qui a été efficacement traité par le Fluconazole.

Observation :

Une femme, âgée de 61 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, s'est présentée avec des lésions nodulaires ulcérées sur l'avant-bras droit, évoluant depuis 9 mois et traitées par différents antibiotiques locaux et généraux sans amélioration. L'examen dermatologique a révélé 4 lésions nodulaires à centre ulcéro-végétant, impétiginisées, d'environ 4 cm de diamètre, entourées d'une bordure rouge violine, réparties de manière étagée sur l'avant-bras droit. L'examen dermoscopique a objectivé un érythème généralisé, une hyperkératose, des motifs blancs étoilés, des grains de lupome (aspect en larme jaunâtre) et des vaisseaux polymorphes. Les aires ganglionnaires étaient libres et il n'y avait pas d'atteinte muqueuse. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Le diagnostic de leishmaniose cutanée a été confirmé par le frottis dermique qui a révélé la présence de formes amastigotes, et la PCR a mis en évidence l'espèce *Leishmania major*. La patiente a été traitée par le fluconazole 150 mg par semaine pendant 6 semaines avec une bonne amélioration.

Discussion :

La leishmaniose cutanée est une maladie qui présente une grande variabilité clinique, ce qui peut rendre le diagnostic parfois difficile. La forme sporotrichoïde est rare et est considérée comme une forme de dissémination lymphatique régionale de la leishmaniose. Cliniquement, elle se manifeste par la présence de nodules dermo-hypodermiques étagés le long d'un trajet lymphatique, à distance de la lésion primitive d'inoculation. La dermoscopie est actuellement considérée comme un examen non invasif permettant de poser le diagnostic. En cas de doute, l'examen direct et l'histologie à la recherche de corps de leishmanies peuvent également être nécessaires. La PCR permet d'identifier l'espèce de *Leishmania*, et dans cette forme, l'espèce principalement rencontrée est la *Leishmania major*, bien que l'espèce *Leishmania infantum* a été rapportée dans un seul cas dans la littérature. Le principal diagnostic différentiel est la sporotrichose. Le traitement de référence reste l'antimoniote de méglumine et le pronostic ne semble pas être défavorable.

Conclusion :

L'originalité de notre observation réside non seulement dans la rareté de la forme sporotrichoïde, mais aussi dans la réponse favorable au fluconazole, qui représente une alternative thérapeutique à prendre en compte.

Deux cas de leishmaniose cutanée résistante au traitement bien conduit par Glucantime®

F. Chekairi¹, M. Riyad², S. Chiheb¹

¹ Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

² Service de parasitologie, Faculté de médecine et de pharmacie, Casablanca

Introduction :

L'antimoniote de méglumine (ADM) ou Glucantime® représente le gold standard dans le traitement de la leishmaniose cutanée (LC) au Maroc.

Cependant, les rechutes d'une LC convenablement traitée par l'ADM sont fréquentes en cas d'immunodépression et tout échec thérapeutique devrait faire suspecter une résistance à cette molécule.

Nous rapportons deux cas de leishmaniose cutanée dans notre pratique, ne cicatrisant pas après un traitement bien conduit par l'ADM intralésionnel.

Observations :

Il s'agit de deux patientes âgées respectivement de 8 et 13 ans, immunocompétentes, l'une avait séjourné à Azilal au mois d'août et l'autre était résidente à Taounate, une origine rurale était retrouvée dans les 2 cas.

La lésion cutanée était unique et localisée sur le visage chez nos 2 patientes, mesurant entre 20 et 25 mm de diamètre. Une forme ulcéro-nodulaire était notée chez la petite de 8 ans en regard de l'aile du nez et la patiente âgée de 13 ans était porteuse d'une forme papulo-nodulaire lupoïde au niveau de la joue gauche.

Chez nos 2 patientes, une LC était confirmée par un examen direct positif et l'ADM était instauré en intra-lésionnel à raison de 2 injections par semaine pendant un délai de 4 à 6 semaines selon l'évolution clinique.

Au bout de 6 semaines de traitement bien conduit, une légère amélioration transitoire a été observée chez la patiente âgée de 8 ans suivie d'une rechute rapide et aucune amélioration n'a été notée chez la patiente âgée de 13 ans. Le frottis était toujours positif au prélèvement parasitologie de contrôle dans les deux cas.

L'ADM a été alterné par des cures séquentielles de clarithromycine à la dose de 15 mg/kg/j pendant 10 jours par mois pendant 3 mois, avec cicatrisation complète seulement chez la patiente âgée de 13 ans.

Devant l'absence de réponse clinique persistante chez la patiente âgée de 8 ans, des injections intramusculaires d'ADM ont été instaurées à la dose de 25 mg/kg/j pendant 15 j après un bilan préthérapeutique correct, l'évolution était relativement favorable.

Discussion :

Notre observation souligne l'émergence de nouvelles souches de leishmanies résistantes à l'antimoniote de méglumine, susceptibles de contribuer à son échec thérapeutique dans la leishmaniose cutanée chez l'immunocompétent et à la diminution de son efficacité par injections intra lésionnelles, en particulier chez l'enfant.

D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces données dans notre contexte, ainsi que la mise en évidence des facteurs et mécanismes favorisant les rechutes et les échecs thérapeutiques de l'ADM dans la leishmaniose cutanée.

Une leishmaniose pseudo-tumorale masquant un carcinome épidermoïde

Bouraqadi O, Elloudi S, Douhi Z, Soughi M, Baybay H, Mernissi FZ
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

Le carcinome épidermoïde (CE) est le deuxième cancer cutané en terme de fréquence, et peut être très agressif s'il n'est pas traité. Son étiopathogénie est multifactorielle. Il est principalement causé par l'exposition aux UV, mais d'autres facteurs tels la prédisposition génétique et les plaies chroniques peuvent également contribuer à son développement. Ces plaies chroniques peuvent être des brûlures mal cicatrisées, les fistules, les ulcères chroniques, ou les infections, comme la leishmaniose.

Nous rapportons le cas d'un CE qui s'est développé chez un homme de 69 ans sur le site d'une lésion cutanée de leishmaniose survenue plus de 3 ans auparavant.

Observation : Il s'agit d'un patient de 69 ans originaire de Taza, une zone endémique pour *Leishmania tropica*, qui consulte pour une lésion évoluant depuis 2020, augmentant progressivement de taille, devenant douloureuse et suintante, motivant le patient à appliquer de nombreux traitements traditionnels à base de plantes. La lésion a progressé jusqu'à former un large ulcère avant de consulter au centre de santé où un frottis cutané a été réalisé avec identification des amastigotes. Le patient a été traité avec différents traitements locaux et oraux avec une légère amélioration. Le frottis étant resté positif même après un traitement intra lésionnel de 8 semaines à l'antimoniote de méglumine, le patient a été adressé dans notre formation pour un traitement systémique. À l'admission, le patient présentait une plaque ulcéro-bourgeonnante unique, à centre cratériforme avec une surface fibrino-purulente, mesurant environ 3 cm de diamètre, siégeant au niveau du dos de la main gauche. La dermoscopie a objectivé la présence de quelques vaisseaux irréguliers ainsi que des structures blanchâtres. L'examen axillaire n'a révélé aucune adénopathie palpable. Malgré le frottis cutané positif, une biopsie cutanée a été réalisée vu la chronicité de l'ulcération et la dermoscopie, suggérant une possible dégénérescence maligne. L'examen histologique a révélé la présence d'un carcinome épidermoïde bien différencié, mature et infiltrant.

Discussion : La leishmaniose est une infection parasitaire causée par des protozoaires flagellés du genre *Leishmania* et se transmet généralement par la piqûre des phlébotomes. Cette maladie se présente sous une grande variété de formes, allant de la maladie systémique mortelle à des formes cutanées localisées.

Si le diagnostic des cas typiques de leishmaniose cutanée dans les zones endémiques n'est pas particulièrement difficile, le large éventail de présentations cliniques de la maladie peut être à l'origine d'un diagnostic erroné. Par conséquent, différencier la leishmaniose cutanée des autres diagnostics différentiels peut représenter un challenge diagnostique. En fait, la leishmaniose cutanée est souvent qualifiée de "grande simulatrice", car elle peut ressembler étroitement à un large éventail de dermatoses, mais peut aussi révéler d'autres dermatoses sous-jacentes, ce qui ajoute à la complexité du diagnostic et du traitement.

Plusieurs cas de leishmaniose mimant un CE ont été rapportés dans la littérature, plus rarement des cas de survenue de CE sur des cicatrices de leishmaniose, mais très peu de cas parlent de la coexistence d'une leishmaniose cutanée active et d'un CE. Cette coexistence peut être expliquée par la dégénérescence de la lésion de leishmaniose négligée, comme elle peut correspondre à une survenue aléatoire au même endroit d'un CE et d'une piqûre de phlébotome.

Conclusion :

La leishmaniose cutanée dans sa forme pseudo-tumorale et le carcinome épidermoïde peuvent mimer l'un l'autre, donc, une bonne analyse anamnétique et dermoscopique peut orienter le diagnostic, mais une biopsie peut être nécessaire pour ne pas passer à côté d'un CE diagnostiqué à tort comme leishmaniose cutanée.

La leishmaniose cutanée chez les sujets immunodéprimés : Particularités épidémiocliniques et thérapeutiques

Cherif M¹, Bouzid S¹, Sellami K¹, Yaich S², Ben Hmida M², Cheikhrouhou F³, Ayadi A³, Bahloul E¹, Turki H¹

¹ Service de dermatologie, CHU Hedi Chaker, Université de Sfax, Tunisie

² Service de néphrologie, CHU Hedi Chaker, Université de Sfax, Tunisie

³ Laboratoire de parasitologie, CHU Habib Bourguiba, Université de Sfax, Tunisie

Introduction :

La leishmaniose cutanée (LC) est une zoonose acquise fréquente dans notre pays. De rares études ont été publiées à propos des aspects cliniques et thérapeutiques des LC survenant sur un terrain d'immunodépression (ID).

Patients et méthodes :

Etude rétrospective descriptive de cas de LC confirmée par un frottis dermique ou PCR ou biopsie cutanée, menée entre janvier 2006 et décembre 2023 chez des patients immunodéprimés. Le diabète a été exclu des causes d'immunodépression.

Résultats :

Sur une période de 18 ans, nous avons colligé 20 cas de LC sur un terrain d'ID dont 90% de sexe féminin. La moyenne d'âge était de 42,9 ans (6 ans-77 ans). L'ID était causée par une transplantation rénale (n=7), une corticothérapie générale seule (n=6) ou associée au méthotrexate (n=3), une chimiothérapie (n=3) ou une infection au VIH (n=1). Les lésions évoluaient depuis 5,3 mois en moyenne (1 mois – 20 mois). La LC était de type ulcéro-bourgeonnant (40%), nodulaire (20%), lupoïde (20%), sporotrichoïde (15%) ou érysipélateoïde (10%). Deux patients (10%) avaient une forme généralisée avec des lésions papuleuses et ulcéro-bourgeonnantes diffuses, dont un était infecté par le VIH (de primo-découverte) et l'autre avait un cancer du sein métastatique. Les lésions étaient uniques dans 50% des cas. Une seule patiente (5%) avait une localisation muqueuse de LC (VIH). La taille des lésions variait de 1 à plus que 20 cm et 40% des patients avaient des lésions dépassant 10 cm de grand axe. Cinq patients (25%) ont bien évolué après un seul traitement (Glucantime par voie générale chez 3 patients, cryothérapie et clarithromycine chez 2 patients). Dans les autres cas (75%), plusieurs traitements ont été utilisés de façon successive (cryothérapie, doxycycline, métronidazole, fluconazole, allopurinol, glucantime en IM ou IL) suivis d'une amélioration après 6 semaines de traitement en moyenne. Une réduction de la dose des anticalcineurines de 25% chez les greffés rénaux a été préconisée. Dans 2 cas (10%), une rechute de la LC a été notée plusieurs mois après la rémission.

Discussion :

La prédominance féminine dans notre série suggère un rôle hormonal aggravant de la LC. Chez les patients immunodéprimés, la présentation clinique est souvent similaire à celle des individus immunocompétents. Nous n'avons pas constaté de prédominance des formes sporotrichoïdes liée à une diffusion lymphatique de l'infection, en dehors des deux formes disséminées chez les deux patientes en ID très sévère. Le traitement nécessite souvent des durées prolongées avec recours à plusieurs classes thérapeutiques successives. La réduction de l'immunosuppression, si possible, pourrait aider à contrôler l'infection.

Conclusion :

La LC chez les immunodéprimés est particulière par la prédominance féminine, les aspects cliniques trompeurs et la réponse thérapeutique lente.

Un abcès axillaire révélant une tuberculose multifocale chez un immunocompétent

K.Bennani, O.El Jouari, M.El Bekkali, S.Gallouj
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Tanger

Introduction :

La tuberculose est une maladie endémique qui ne cesse d'augmenter en fréquence. Néanmoins les localisations extra-pulmonaire restent rare,

Son diagnostic est souvent difficile du fait du polymorphisme lésionnel et de la difficulté d'identification du bacille de Koch

Observation :

Un patient âgé de 31ans, sans antécédents pathologiques notables, tabagique occasionnel, consulte pour un placard rouge douloureux œdématié de la région axillaire et hémithoracique droite évoluant depuis 3 mois, associé à une altération de l'état général et une notion d'une importante perte de poids. L'anamnèse ne trouvait pas la notion de contag tuberculeux.

L'examen trouve un patient bien orienté dans le temps et l'espace, présentant une tuméfaction faisant 5 cm dans son plus grand axe surmonté de squames blanchâtres sur un placard érythémateux prenant tout l'hémithorax droit limitant la mobilisation du bras droit.

Le bilan biologique rapportait une hyperleucocytose

Les examens sérologiques étaient négatifs

Bk crachats négatifs

Genexpert négatif

Une échographie des parties molles a objectivé un abcès retro pectoral

Le patient a alors bénéficié d'un drainage et une mise à plat de l'abcès

Un scanner thoracique post opératoire a objectivé une collection de la région axillaire droite a contenu hétérodense aéro liquidien en rapport avec une tuberculose, une ADP de 22 mm infiltré au niveau des parties molles axillaire droite et une ADP jugulo carotidienne haute droite de 11mm

Une tuberculose multifocale à localisation cutanée, ganglionnaire a finalement pu être retenue face au faisceau d'arguments rassemblés et le traitement anti bacillaire a été initié selon les recommandations du programme national de lutte antituberculeuse

Discussion

Notre observation souligne le challenge diagnostique de la tuberculose cutanée du fait de sa rareté, de son polymorphisme lésionnel et de la multiplicité des diagnostics différentiels qu'elle peut mimer, comme le cas de notre patient chez qui l'aspect faisait évoquer un érysipèle mais la résistance aux antibiotiques et l'absence de porte d'entrée n'était pas en faveur

Devant la chronicité de la lésion nous avons même évoquer des causes tumorales comme une chalazodermie granulomateuse.

L'anamnèse plaiderait certes en faveur d'une tuberculose notamment la notion de perte de poids et de sueurs nocturne

Conclusion : La tuberculose cutanée est encore endémique dans les pays en voie de développement. Son diagnostic est difficile du fait de son polymorphisme clinique.

Certaines entités sont de nosologie discutée.

La confrontation entre les arguments épidémiologiques, cliniques, histologiques et radiologiques reste la clé du diagnostic. Son traitement repose essentiellement sur les antituberculeux.

Vingt ans avec un lupus vulgaire : À propos d'un cas.

L.Mansour Billah ; M. Faik Ouahab ; G. Basri ; Y. Tahiri ; S. Chiheb.

**Service de Dermatologie-Vénérologie, Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa,
Casablanca, Maroc.**

Introduction : La tuberculose cutanée est une dermatose infectieuse causée par le *Mycobacterium tuberculosis*. Le lupus vulgaire (LV) représente sa forme la plus fréquente. Néanmoins, il reste non diagnostiqué et traité de façon inappropriée en raison de sa présentation clinique variable et de sa nature paucibacillaire.

Nous rapportons le cas d'un lupus vulgaire mal diagnostiqué depuis 20 ans avec une localisation inhabituelle au coude.

Observation : Un homme de 80 ans, vivant au Maroc depuis sa naissance, rapporte un ulcère datant de 20 ans, de couleur orange, indolore, ne cicatrisant pas, à croissance lente sur son coude droit, secondaire à un traumatisme mineur localisé à ce niveau quelques mois plus tôt. L'examen systémique est sans particularité. Il rapporte des antécédents de tuberculose pulmonaire, non traitée par traitement antituberculeux spécifique. L'examen dermatologique retrouve deux grandes plaques brun-rouge infiltrantes avec une atrophie centrale et des nodules périphériques en gelée de pomme. La dermoscopie objective des télangiectasies sur un fond orangé avec quelques stries réticulaires blanchâtres et un infiltrat en forme de gelée de pomme. Le bilan biologique et la radiographie pulmonaire étaient normaux. Le test de Mantoux était positif. Des biopsies cutanées ont été effectuées sur trois sites lésionnels. L'examen histopathologique a révélé une dermatite granulomateuse épithélioïde et géantocellulaire avec nécrose caséuse évoquant un lupus vulgaire. Un traitement antituberculeux a été administré avec succès pour traiter les lésions cutanées. Nous prévoyons d'entreprendre une procédure de reconstruction avec l'aide d'un chirurgien plasticien après l'achèvement du traitement antituberculeux.

Discussion : La tuberculose reste un problème de santé important dans les pays sous-développés et en voie de développement, en particulier au Maroc où elle est endémique. Le lupus vulgaire est une forme progressive de tuberculose survenant chez des patients ayant une immunité modérée ou élevée contre la tuberculose. Il survient soit par réinfection, soit par propagation lymphatique ou hémotogène. Cliniquement, le début est insidieux avec des plaques de nodules en gelée de pomme, des cicatrices et une destruction des tissus, ce qui était le cas de notre patient. Le diagnostic du LV est difficile en raison de la chronicité, de la présentation clinique variable et de la nature paucibacillaire de la maladie. La dermoscopie est un outil utile, non spécifique mais sensible pour le diagnostic de la LV. Une biopsie cutanée avec étude histologique est recommandée pour confirmer la maladie. De nombreux cas de LV sont traités à tort comme des infections mycobactériennes atypiques ou des malformations vasculaires, expliquant le long délai avant l'instauration d'un traitement antituberculeux. Un traitement correct et adéquat est crucial car le lupus vulgaire, s'il n'est pas traité, comporte un risque d'ulcération chronique responsable d'une destruction locale ou de siège de tumeurs cutanées malignes.

Conclusion : Le lupus vulgaire représente un challenge diagnostique. Notre cas illustre l'importance d'avoir un index de suspicion élevé pour cette maladie sur toute lésion chronique atypique, en particulier pour les patients vivant ou venant de pays endémiques, car il s'agit d'une maladie curable.

Erythème induré de bazin : à propos d'un cas

H. El Halla, Dr. Bellasri, R. Chakiri

Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir.

Introduction :

L'érythème induré de Bazin est une forme rare de panniculite qui résulte d'une réaction d'hypersensibilité à *Mycobacterium tuberculosis*. La présentation clinique est diverse et peut imiter d'autres maladies cutanées.

Les critères diagnostiques de cette pathologie et de son association avec la tuberculose reposent sur la corrélation entre les caractéristiques cutanées, les tests tuberculiques positifs, l'identification d'une tuberculose active dans d'autres organes, les éléments histopathologiques des lésions et la réponse au traitement.

Matériels et méthodes : Nous rapportons un cas d'érythème induré de Bazin, une manifestation cutanée rare de la tuberculose cutanée.

Résultats : Une femme âgée de 34 ans, ayant comme antécédents : l'hypertension artérielle depuis 1 an, dépression depuis 4 ans. Elle consultait dans notre service pour des lésions cutanées des deux jambes évoluant par poussées et rémissions depuis 24 ans, avec aggravation des douleurs, sans prurit. Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'asthénie. Sans notion de sueurs nocturnes ou ni de signes respiratoires.

L'examen clinique a objectivé un placard érythémateux induré, scléreux, atrophique, violacé au niveau de la partie inférieure de la jambe gauche avec un œdème de la cheville homolatérale.

On retrouve également des varices des membres inférieurs et des nodules érythémateux et violacés sous-cutanés sur la jambe droite, douloureux et mobiles.

L'examen histologique a montré une panniculite granulomateuse lobulaire avec des granulomes épithélioïdes et à cellules géantes avec infiltration des parois vasculaires. Il n'y avait pas de granulomes caséeux ni de bacilles acido-alcoolo-résistants. Le diagnostic d'érythème induré de Bazin a donc été posé.

Le bilan biologique avait montré une vitesse de sédimentation et une protéine C-réactive élevées, une intradermoréaction à la tuberculine à 44 mm.

Les tests sérologiques de l'hépatite B, l'hépatite C, le virus de l'immunodéficience humaine et la syphilis, ainsi que l'étude immunologique, étaient normaux. Les examens complémentaires ont exclu la tuberculose pulmonaire.

La patiente a été traitée par des antituberculeux et des antalgiques.

Discussion :

L'érythème induré de bazin survient chez des femmes adultes, ayant souvent une surcharge pondérale et une insuffisance veineuse chronique. Ce sont des nodules des tiers inférieurs des jambes, ils sont fermes, peu inflammatoires, cyanotiques, adhérents à la surface cutanée ; ils se résorbent en quelques semaines en laissant chacun une zone d'induration ; plus rarement, ils s'ulcèrent et entraînent dans ce cas la formation de cicatrices.

A l'histologie, il existe à la fois une hypodermite mixte, lobulaire et septale et une atteinte vasculaire.

La présence d'arguments en faveur d'une étiologie tuberculeuse doit conduire à la prescription d'une antibiothérapie antibacillaire.

Chez notre patiente, l'élévation de l'IDR à la tuberculine nous a conduit à traiter par antituberculeux.

D'autres options thérapeutiques sont possibles notamment la dapsonne.

Conclusion :

L'érythème induré de Bazin est une maladie granulomateuse sous-cutanée rare causée par une réaction auto-immune à *M. tuberculosis*, la localisation la plus fréquente étant les membres inférieurs. Son histologie est caractérisée par une panniculite lobulaire avec vascularite. La majorité des cas répondent au traitement antituberculeux.

Lèpre lépromateuse avec une période d'incubation présumée de 20 ans : un rapport de cas dans une zone pratiquement éradiquée

**T.Imane , O.El jouari , I.Elghazouli , S.Gallouj Service de dermatologie et vénérologie
CHU Tanger**

Introduction :

La lèpre est une maladie infectieuse chronique causée par *Mycobacterium leprae*. Elle est très contagieuse, mais sa morbidité est faible car la majorité est naturellement résistante à cette maladie. La lèpre affecte principalement la peau et les nerfs périphériques. Son diagnostic est établi sur la base d'un examen cutané et neurologique du patient. Un diagnostic précoce est très important. La mise en œuvre rapide et adéquate du traitement permet d'éviter les

séquelles et les incapacités physiques qui ont un impact sur la vie sociale et professionnelle de l'individu et qui sont également responsables de la stigmatisation et des préjugés à l'égard de cette maladie.

Observation :

Un homme de 51 ans, originaire d'Al Hoceima, présente des lésions érythémateuses et papuleuses de 0,3 et 0,5 cm de diamètre respectivement et des nodules des extrémités, qui ont évolué lentement au cours des 20 dernières années. Les lésions des extrémités étaient associées à une anhidrose palmo-plantaire, un visage léonin avec une déformation des mains et des pieds (auto-amputation du 5ème doigt gauche).

Sur le plan biologique, l'hémogramme révèle un syndrome inflammatoire. Les sérologies syphilitique et du VIH sont négatives. Nous avons réalisé une biopsie cutanée dont l'examen anatomopathologique a montré un large infiltrat inflammatoire situé dans le derme moyen et profond constitué de grandes cellules histiocytaires spumeuses en disposition périannexielle et périvasculaire, les colorations de Ziehl Neelsen et de Fite Farraco ont révélé la présence de nombreux BAARS disposés en amas et en globules. L'examen neurologique a révélé une hypoesthésie au niveau des gants et des chaussettes. L'électromyogramme montre une polyneuropathie axonale sensitivo-motrice des membres inférieurs. Le diagnostic retenu est celui d'une lèpre lépromateuse. L'enquête familiale a révélé un cas similaire dans la famille. Une polychimiothérapie de la lèpre à base de rifampicine, de disulone et de clofazimine a été prescrite.

Discussion :

La lèpre est une maladie tropicale négligée (MTN) causée par *Mycobacterium leprae*. Depuis l'introduction de la polychimiothérapie (PCT), la prévalence enregistrée a considérablement diminué, passant de plus de 5 millions de cas dans les années 1980 à 133 802 cas en 2021. Au Maroc, les chiffres du dernier bulletin d'épidémiologie et de santé publique font état de 7 nouveaux cas de lèpre en 2020. Les 3 régions endémiques selon ce même bulletin sont : Tanger Tetouan Al Hoceima, Fès Meknès et Rabat Salé Kenitra. Le taux de détection de la lèpre au Maroc en 2020 était de 0,02 / 100 000 habitants. Les présentations cliniques vont de la maladie paucibacillaire (tuberculoïde) avec moins de 5 lésions à la lèpre multibacillaire (lépromateuse) avec une atteinte cutanée diffuse du visage, du tronc et des extrémités. L'atteinte sévère de la peau du visage se traduit par le visage "léonin" classique observé chez notre patient. Les lésions nerveuses sensitives et motrices se produisent à proximité des lésions tuberculoïdes, mais peuvent être plus diffuses dans la lèpre lépromateuse. Sous traitement, les lésions cutanées disparaissent progressivement, le plus souvent au cours de la première année.

Conclusion : En reconnaissant les signes cliniques et en offrant un traitement adéquat, nous pouvons prévenir les complications de la lèpre et améliorer la qualité de vie des patients atteints.

Les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de l'érysipèle dans la région de Tanger

**FZ.El ali O.El jouari Y. Benyamna N. Elhandous S. Marraha S. Gallouj
Service de dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI , Tanger,
Maroc**

INTRODUCTION

L'érysipèle est une dermohypodermite bactérienne non nécrosante aigue due majoritairement au streptocoque. Le diagnostic est essentiellement clinique . Nous rapportons l'expérience de notre service à partir d'une série de 102 cas d'érysipèle .Notre objectif est de décrire les

aspects épidémiologiques , cliniques , et évolutifs de cette infection dans la région de Tanger

MATERIELS ET METHODES

Nous avons mené une étude rétro-prospective sur des dossiers de patients hospitalisés pour prise en charge d'un érysipèle dans notre service de dermatologie au CHU Mohammed VI de Tanger durant une période de 3 ans allant de mai 2020 au juin 2023

RESULTATS

102 observations ont été colligées et analysées. Il s'agit de 56 femmes (55%) et 46 hommes (45%) ,avec une moyenne d'âge de 53 ans . la durée moyenne d'hospitalisation était 6 jours . La répartition selon la saison d'hospitalisation a montré une prédominance estivo-automnale à 64.7% Il s'agissait du premier épisode d'érysipèle dans 90 % des cas . les antécédents pathologiques les plus rapportés étaient l'obésité chez (37.25%) , l'hypertension artérielle chez (20.58%) ,le diabète chez (14.7%) suivi de cardiopathies chez (11.6%) .Les facteurs de risque locorégionaux trouvés étaient un lymphoedème chez (6 .7%) ; une insuffisance veineuse chez (5.8%) ; un ulcère chronique de la jambe chez (4.9%) des cas . la porte d'entrée était un intertrigo-interorteil d'allure mycosique dans 68,6 % des cas, d'un traumatisme négligé dans 14 .7 % des cas ; la topographie intéressait les membre inférieurs dans 90.2 % des cas et le membre supérieure chez 5.8% ; la face dans 3.9 % des cas . l'aspect clinique bulleux était présent chez 25,5 % ; un aspect purpurique ou hémorragique chez 7.8 % ;la présence d'un aspect abcédé chez 3.9% des cas . On a noté la présence d'une adénopathie satellite dans 30 % des cas . la numération de la formule sanguine a objectivé une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles dans 70 % des cas et la CRP était supérieure à 20 mg /l chez 80% des cas .

L'amoxicilline +acide clavulanique était la thérapeutique de première intention dans (80 %) des cas. l'évolution était satisfaisante dans 86.3 % des cas , une récurrence a été noté chez 9.8% des cas , une décompensation du diabète chez 2.9%des cas ; et un ulcère chronique chez 1.9 % .

DISCUSSION

Nos résultats de manière générale concordent avec ceux de la littérature , avec quelques particularités notamment la prédominance féminine et la fréquence d'aspect clinique bulleux ; la rareté des complications à distance qui sont représentées principalement par les récurrences .

CONCLUSION

L'érysipèle est une affection courante dans la pratique médicale. L'administration précoce d'antibiotiques et le traitement de la porte d'entrée sont essentiels pour obtenir des résultats satisfaisants et prévenir les complications, en particulier les récurrences

Les facteurs prédictifs de survenue d'une cellulite chez les patients atteints d'érysipèle

Z.Mouhsine¹, F.Hali¹, S.Lyazidi²,S.Hassoune³, S.Nani³, S.Chiheb¹

1.Service de dermatologie vénérologie CHU Ibn Rochd Casablanca,Maroc

2.Laboratoire d'épidémiologie, faculté de médecine et de pharmacie Casablanca, Université Hassan II

3.Laboratoire de pathologie cellulaire et moléculaire : équipe de recherche épidémiologique et histologique, Université Hassan II

Intorduction : L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne aigue non nécrosante. La cellulite est une forme intermédiaire ou borderline caractérisée par une infection du derme

profond et du tissu sous-cutané. L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs prédictifs d'évolution d'un érysipèle vers une forme borderline.

Matériels et Méthodes : Une étude transversale rétrospective étalée sur 5 ans de janvier 2018 à décembre 2022, incluant tous les patients hospitalisés pour érysipèle. Le diagnostic de cellulite a été suspecté cliniquement et confirmé par l'échographie.

Résultats : Cent-soixante-quatre patients ont été inclus : 55,5% étaient des femmes et 44,5% des hommes. La moyenne d'âge était de 57,7 ans. Le membre inférieur était le siège principal chez 92% des cas. Une antibiothérapie était démarrée chez 54% des cas avant l'hospitalisation. Le délai de consultation moyen était de 9,3 jours. Une porte d'entrée était retrouvée chez 97 % : l'onychomycose (60%), l'ulcère de jambe (52%), et l'intertrigo inter orteil mycosique (42%). L'échographie des parties molles avait objectivé une collection dans 36 cas (22%) en faveur d'une cellulite. Dans ces cas, le prélèvement bactériologique était réalisé chez 25 patients : le germe le plus retrouvé était *Acinobacter baumannii* dans 11 cas. Les antibiotiques les plus utilisés étaient les fluoroquinolones, suivis du métronidazole et de la gentamicine. Les tares associées à un risque d'évolution vers une forme borderline étaient : le diabète non équilibré, HTA, obésité, cardiopathie, et AOMI ($p < 0,05$). Les caractéristiques cliniques prédictives de gravité étaient : lymphœdème, l'érythème violacé, et l'hyperalgie ($p < 0,05$). Nous avons également retrouvé que le nombre d'épisode antérieur et la prise des AINS étaient significativement associés à la survenue de complications ($p < 0,05$).

Discussion : Les déterminants généraux d'évolution vers une cellulite comprennent l'âge avancé, le sexe masculin, le tabac, l'alcool, et les comorbidités. En effet, ils semblent être responsable d'un terrain d'immunodépression qui prédispose aux complications. Le retard d'initiation d'une antibiothérapie, et la prise des AINS suggèrent qu'une mauvaise prise en charge initiale joue un rôle dans la survenue de complications. L'érysipèle et la cellulite posent un problème nosologique, il n'est donc pas toujours possible de différencier entre ces 2 entités, d'où vient la dénomination « borderline ». Il existe des facteurs locaux prédictifs qu'il faut rechercher, notamment la présence d'un érythème violacé, la nécrose, les bulles hémorragiques, et l'hyperalgie ainsi que la non-amélioration clinique après 3 jours d'antibiothérapie. D'autre part, l'échographie des parties molles est indispensable pour identifier une collection.

Conclusion : La survenue de complications impose une durée d'hospitalisation prolongée reflétant l'impact socio-économique de cette pathologie. La hantise que tout clinicien doit craindre est l'évolution vers une fasciite nécrosante.

Un cas d'érysipèle pénien compliquant des lésions excoriées de gale

A.El Kissouni; FZ. Elfetoiki; H. Skelli ; F. Hali;S.Chiheb

Introduction

L'érysipèle est une dermo-hypodermite aiguë non nécrosante d'origine bactérienne, essentiellement streptococcique, se localisant essentiellement au niveau des membres inférieurs, sa localisation au niveau des organes génitaux externes est exceptionnelle ; néanmoins elle doit être connue par tout dermatologue, car elle constitue une urgence médicale justifiant un traitement antibiotique en urgence, nous rapportons ici un cas d'érysipèle pénien compliquant des lésions excoriées de gale .

Observation

Patient de 20 ans , sans antécédents notables notamment de MST , qui s'est présenté aux urgences pour une tuméfaction douloureuse du pénis évoluant depuis 24h dans un contexte de fièvre , l'examen clinique note un placard oedematié érythémateux chaud et douloureux à la palpation occupant tout le pénis , sans écoulement penien , sans adénopathies associées , le reste de l'examen note la présence de quelques excoriations au niveau de la verge , avec présence de lésions de grattage au niveau des membres inférieurs et abdomen , l'interrogatoire trouve la notion de prurit familial . Le bilan biologique a objectivé la présence d'une hyperleucocytose à PNN avec CRP augmentée, le bilan des maladies sexuellement transmissibles était négatif , l'échographie pelvienne a montré une importante infiltration des parties molles sans collection , le diagnostic d'érysipèle pénien avec des lésions de gale comme porte d'entrée a été retenu , le patient a été mis sous antibiothérapie : Amoxicilline acide clavulanique à dose de 50mg/kg/jr ainsi qu'un traitement de la gale. L'évolution fut marquée par l'apyrexie et la désinfiltration du pénis.

Discussion

L'érysipèle péno-scrotal est rare, Il est plus fréquent chez les adultes sexuellement actifs, mais est également décrit chez le nouveau-né et l'enfant .Parallèlement aux facteurs de risques généraux partagés avec l'érysipèle de jambe ou de la face (diabète, immunosuppression, alcoolisme), des facteurs locaux spécifiques à la localisation génitale ont été décrits : rasage pubien, chirurgie, traumatisme lymphœdème chronique pénoscrotal congénital ou acquis, chez notre patient la porte d'entrée était les lésions excoriées de gale . Cliniquement l'érysipèle se caractérise par un œdème aigu inflammatoire du pénis et/ou du scrotum, parfois douloureux Un phimosis d'installation aiguë est possible en cas d'œdème important affectant le prépuce des hommes non circoncis. Des signes régionaux (adénopathies inguinales) ou généraux (fièvre) doivent être recherchés, le bilan biologique montre une hyperleucocytose à PNN avec syndrome inflammatoire, les principaux diagnostics différentiels sont la gangrène de Fournier , le lymphœdème chronique et l'eczéma de contact , Le traitement antibiotique de l'érysipèle pénoscrotal est présomptif, il doit être commencé avant l'obtention des résultats microbiologiques. Il repose sur une antibiothérapie active sur les germes habituellement responsables, à savoir les streptocoques bêta-hémolytiques, chez notre patient l'évolution était favorable sous traitement par association amoxicilline acide clavulanique.

Conclusion

L'érysipèle péno-scrotal est rare, mais doit être connu des dermatologues, car il justifie un traitement antibiotique en urgence. Il doit impérativement être distingué de la phase prénécrrotique d'une gangrène périnéale de Fournier qui peut mettre en jeu le pronostic vital

Profil épidémiologique-clinique de la gale en consultation pédiatrique : une série de 148 cas

H.Chagraoui. FZ. ElFetoiki. F.Hali. S.Chiheb

Introduction :La gale est une parasitose contagieuse causée par le *sarcoptes scabiei* pouvant survenir de façon sporadique, ou épidémique dans les milieux sociaux défavorisés. Chez l'adulte, sa présentation est dominée par le prurit. En revanche, en pédiatrie, elle pose souvent un problème diagnostique et thérapeutique variant en fonction de l'âge.

Le but de ce travail est de rappeler les caractéristiques épidémiologiques-cliniques de la gale chez l'enfant.

Matériels et méthodes : Étude observationnelle rétrospective de tous les cas de gale suivis en consultation de dermatologie pédiatrique sur une période de 5 ans allant de janvier 2018 à janvier 2023.

Résultats : Nous avons colligé 148 cas, dont 33,8 % (50 cas) étaient des nourrissons. Le sex-ratio (H/F) était de 1,15. La médiane d'âge était de 6,2 ans (3 mois à 15 ans). Le délai de consultation variait de 5 jours à 7 mois. Un prurit familial était présent dans 77,7% des cas, et exclusivement maternel chez 84,5% des nourrissons.

Chez les nourrissons, une altération de l'état général à type d'agitation était rapportée dans 84%. La pustulose palmoplantaire était présente dans 72%, les nodules scabieux axillaires dans 78% des cas. Le visage était atteint dans 64%, le dos dans 38%, et le cuir chevelu dans 56%. Par ailleurs, une forme profuse pseudo érythrodermique était observée dans 12% des cas favorisée par une automédication par les dermocorticoïdes.

Chez l'enfant, les sillons étaient observés dans 30,6% avec un signe de Deltaplane en dermoscopie dans 15,3%. La forme impétiginisée était présente dans 24,5%, et eczématisée dans 22,5%. Il n'y avait aucun cas de gale norvégienne.

Le scotch test cutané était réalisé dans 44,6% revenu positif uniquement dans 20,3%.

Un traitement scabicide (benzoate de benzyle) était prescrit chez tous les patients avec une application unique de 12h chez le nourrisson en association à un antihistaminique et émollissant. La persistance de nodules scabieux était notée dans 25 cas, une guérison dans 71 cas, 52 cas ont été perdus de vue.

Discussion : Nous illustrons à travers notre étude, les particularités cliniques observées chez la population pédiatrique touchée par la gale, qui malgré sa fréquence, est souvent diagnostiquée tardivement (un délai allant jusqu'à 7 mois). Le diagnostic est difficile en particulier chez le nourrisson, car les lésions sont peu spécifiques et ne s'accompagnent pas toujours d'un prurit, ce qui pose souvent un problème de diagnostic différentiel avec l'acropustulose infantile palmoplantaire. Les particularités observées chez l'enfant et le nourrisson, variant en fonction de la tranche d'âge pourraient être expliquées par une différence de distribution des follicules pilo-sébacés et à une faible épaisseur de la couche cornée.

Conclusion : En cas de suspicion de gale chez l'enfant, la visualisation du Sarcophte peut se faire par examen parasitologique, ou par la dermoscopie, dans certains cas atypique un traitement d'épreuve est fortement recommandé.

Les infections sexuellement transmissibles : profil épidémioclinique en structure de soins tertiaires .

H . Moata, F .Hali, S .Chiheb

Service de dermatologie vénérologie . CHU ibn rochd. Casablanca

Mots clés : infections sexuellement transmissibles, structure de soins tertiaires, approche syndromique.

Introduction

Les infections sexuellement transmissibles(IST) constituent un problème de santé publique dans le monde, en raison de leur forte prévalence et leur taux de morbidité élevé.L'objectif de

notre travail est de décrire le profil épidémiologique-clinique des IST dans un établissement de soins tertiaires.

Matériel et méthodes

Cette étude porte sur l'analyse descriptive rétrospective des patients atteints d'IST sur une période de 10 ans (entre janvier 2012 et décembre 2022).

Résultats

Trois cent quarante huit patients étaient colligés. L'âge moyen des patients était 35,43 ans. Une prédominance masculine était notée (65,51%). La majorité des hommes (84,21%) étaient célibataires avec des partenaires sexuels multiples alors que la plupart des femmes (69,38%) étaient mariées monogames avec un partenaire unique. L'hétérosexualité était le type de sexualité le plus fréquent (93,39%). Les rapports étaient non protégés chez 345 patients (99,13%). Six affections étaient représentées : Condylomes acuminés, syphilis, infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la gale, les urétrites et vulvo-vaginites. Les Condylomes acuminés avec 111 cas (34,90%), dont 4 cas de tumeur de Bushke-Loewenstein, étaient la première IST, suivie de la syphilis (96 cas (30,18%) toutes formes confondues ; la syphilis sérologique représentant à elle seule 2/3 des cas), l'infection par le VIH (48 cas (15,09%)), la gale (36 cas (11,32%)) et enfin les vulvo-vaginites (5,66%) et les urétrites (2,83%). Une co-infection par le VIH était présente chez 54 patients (16,98%). L'approche syndromique de prise en charge des IST a été adoptée chez nos patients.

Discussion

Les IST sont relativement rares en milieu hospitalier. Elles sont sous-estimées et sous-déclarées par les patients. Leur rareté en structure hospitalière s'explique également par le recours aux établissements de soins de santé primaire qui sont de plus en plus impliqués dans les programmes nationaux de lutte contre les IST. Les condylomes acuminés sont l'IST la plus représentée dans notre étude. L'absence de prise en charge bien codifiée de cette IST pourrait expliquer l'orientation des patients vers une structure de soins tertiaires. La syphilis est la deuxième IST dans notre travail. Les formes symptomatiques sont rares : 31 cas (syphilis primaire : 15 cas ; syphilis secondaire : 12 cas ; syphilis tertiaire : 4 cas). Elle est plutôt sérologique, découverte fortuitement à l'occasion d'un don de sang. L'infection par le VIH est encore sous-estimée. Les urétrites et les vulvo-vaginites sont les moins représentés dans notre étude. Ceci s'explique par le fait que les hommes présentent le plus souvent une symptomatologie urinaire associée aux urétrites motivant une consultation urologique et les femmes consultent plutôt un gynécologue devant des leucorrhées.

Conclusion

Les IST diagnostiquées dans les structures hospitalières ne représentent que la partie visible de l'iceberg. Des efforts sont encore à fournir en matière de dépistage massif et d'éducation sexuelle.

Syndrome de larva migrans cutané traité à tort comme eczéma chez une enfant de 6 ans.

S. Boujloud, FZ. El Fatoiki, F. Hali, S. Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

La larva migrans cutanée est une maladie endémique commune dans les pays tropicaux et subtropicaux. Cette affection est causée par des larves de nématodes notamment l'*Ancylostoma braziliense* ou par d'autres nématodes de la famille des Ancylostomidae. Nous rapportons le cas d'une enfant de 6 ans traitée pour un syndrome de larva migrans contracté lors de son voyage à Zanzibar.

Observation :

Une patiente de 6 ans consulte pour des démangeaisons intenses avec à l'examen clinique une lésion érythémateuse, serpiginieuse et prurigineuse localisée au niveau de la face postérieure de la cuisse droite évoluant depuis environ deux semaines ; traitée à tort comme eczéma sans amélioration. A l'interrogatoire, la famille a rapporté la notion d'un voyage à Zanzibar un mois auparavant.

Le diagnostic de larva migrans cutanée a été posé sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique. Aucune biopsie de la peau ou analyse des selles n'a été effectuée. Nous lui avons prescrit une dose unique d'ivermectine à 200 µg/kg. Après 2 jours, la lésion et le prurit avaient significativement régressé.

Résultats :

Le syndrome de larva migrans cutanée, également appelé larbish ou dermite ankylostomienne est la maladie tropicale la plus communément acquise dans les pays tropicaux et subtropicaux. Cependant, en raison de l'augmentation des voyages à travers le monde, l'infection n'est plus limitée à ces régions.

Cette maladie est causée par des larves de nématodes qui pénètrent dans la peau. La plupart des personnes sont infectées en marchant pieds nus. Les larves peuvent migrer de 2 à 6 mm en une journée, laissant apparaître sur le plan clinique une lésion érythémateuse prurigineuse linéaire ou serpiginieuse, voire papulovésiculeuse, suivant un trajet irrégulier.

Les lésions sont typiquement réparties sur les extrémités inférieures, y compris la face dorsale des pieds et les espaces interdigitaux inter orteils ; la région anogénitale peut également être touchée.

Le diagnostic de larva migrans cutanée est facilité par l'anamnèse et l'observation de la progression de la lésion à un rythme d'environ 2 à 6 mm par jour. Les résultats de laboratoire ne sont pas spécifiques. Une éosinophilie périphérique transitoire peut être observée. Une biopsie peut être pratiquée pour confirmer le diagnostic, mais aucun parasite n'est généralement observé.

Le traitement ciblé de cette zoonose comprend l'albendazole ou l'ivermectine par voie orale. En outre, une crème à faible dose d'ivermectine 0,1 % deux fois par jour pendant 14 jours, le thiabendazole topique 10-15 % ou encore l'albendazole topique peuvent constituer une alternative thérapeutique.

Conclusion :

La larva migrans cutanée doit être évoquée chez les voyageurs se rendant dans les pays tropicaux essentiellement. La plupart des cas sont initialement sous-diagnostiqués, ce qui retarde la mise en place d'un traitement approprié. Les antiparasitaires oraux semblent plus efficaces que les traitements topiques.

Mots clés : larva migrans cutanée ; voyage ; zoonose. ;

Larva migrans cutanée : Le signe des sillons cutanés

**H.TADILI,S.BELGUENANI,M.ABOUDOURIB,O.HOCAR,S.AMAL
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire de biosciences ,FMPM, Université Cadi Ayyad**

Introduction :

Le syndrome de larva migrans cutanée(LMC) est une dermite sous cutanée, endémique en zone

tropicale et sub-tropicale où le climat est chaud et humide, causée par des larves d'ankylostomes de chien ou de chat en impasse parasitaire chez l'homme. L'infestation transcutanée est favorisée par le contact avec le sol contaminé par les larves du parasite suite à une marche pieds nus sur des sols boueux, ensablés ou des plages. Chez l'homme, le symptôme clinique caractéristique est un sillon érythémateux, serpiginieux, prurigineux, bien que cet aspect puisse également faire évoquer une anguillulose, une fillarsiose ou des myases rampantes. Nous rapportons un nouveau cas de larva migrans décrit chez une jeune marocaine.

Observation :

Une femme de 26 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, s'est présentée dès son retour de Tanzanie pour un prurit plantaire intense associé à plusieurs sillons serpiginieux, prurigineux, érythémateux et en relief, légèrement épaissis progressant quotidiennement de plusieurs centimètres, responsables d'un œdème plantaire douloureux empêchant l'appui. Les lésions avaient débutés quarante-huit heures après une journée de marche en bord de mer pieds nus. Aucune autre localisation cutanée ou atteinte systémique n'a été retrouvée suite à un examen complet. L'hémogramme réalisé n'a pas retrouvé d'hyperéosinophilie et le reste du bilan était sans particularités. La patiente a été mise sous Albendazole à la dose de 200mg/jr pendant 3 jours .

Discussion :

Le syndrome de larva migrans cutanée, également appelé « larbish », ou « dermatite ankylostomienne », fut décrit pour la première fois en 1874. Il correspond à la pénétration active en transcutanée, chez l'homme, de larves d'ankylostomes se trouvant dans des sols humides et chauds souillés par les déjections des animaux . Cette dermatite, est causée essentiellement par *Ancylostoma braziliense*, *Ancylostoma caninum*, *Ancylostoma ceylonium* [1].

Après avoir pénétré la peau à travers les follicules pileux, les pores des glandes sudorales ou suite à une effraction dermo-épidermique , la migration larvaire débute avec prédominance nocturne responsable d'une réaction inflammatoire secondaire à l'antigenicité du parasite et de ses sécrétions protéolytiques expliquant ainsi les caractéristiques inflammatoires, prurigineuses et serpiginieuses de la lésion. Dans des formes plus graves, les patients peuvent développer des folliculites, impétigo, des lésions vésiculo-bulleuses, ou même un syndrome de Loëffer avec une infiltration pulmonaire. Le diagnostic repose sur le tableau clinique et l'anamnèse rapportant à un séjour en zone endémique et/ou un contact prolongé avec du sable, ou des sols humides[2].

Le principal diagnostic différentiel est représenté par la larva currens secondaire à des larves qui , après avoir traversé les téguments au niveau de l'abdomen, des hanches ou des fesses, migrent rapidement vers le tube digestif , responsables ainsi d'une dermatite linéaire rampante rapidement éphémère .

Sur le plan biologique, des anomalies sont rarement rencontrées, mise à part quelques cas d'hyperéosinophilie. Cette dernière est retrouvée essentiellement dans la forme viscérale nommé toxocarose , généralement asymptomatique et où l'hyperéosinophilie est le signe révélateur.

Le syndrome de larva migrans cutanée est facilement traitable. Le traitement de choix étant l'ivermectine, par voie orale, à dose unique de 200ug/kg. Cette dernière permet la destruction efficace des larves migrantes, toutefois, dans les pays ne disposant pas d'ivermectine, la prescription de doses répétées d'albendazole, constitue une bonne alternative

thérapeutique La dose recommandée étant de 400mg/j pendant en moyenne trois à sept jours[3].

Conclusion :

La larva migrans cutanée est une affection rare et bénigne. La principale cause de contamination humaine reste les animaux domestiques errants. Le respect des règles élémentaires d'hygiène et la tenue en laisse des chiens et chats suffirait à limiter considérablement la contamination.

Iconographie :



Figure 1 et 2 : Sillons cutanés érythémateux, serpigineux, entremêlés et surélevés reposant sur un fond d'œdème plantaire

MALADIE DERMATOPHYTIQUE AVEC DÉFICIT AUTOSOMIQUE RÉCESSIF EN CARD9 : PARCOURS CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

Lynda TAIBI-BERRAH ; Samira ZOBIRI CHU Mustapha, Alger, Algérie

INTRODUCTION :

La Maladie Dermatophytique (MD) est une pathologie rare, à début dermatologique, dont la description et l'individualisation princeps, faites par Hadida et Schousboe, remontent à 1959, en Algérie. Depuis, seulement une cinquantaine de cas ont été décrits à travers le monde. La MD confère une sensibilité particulière aux dermatophytes, à l'origine d'atteintes profondes voir systémiques inhabituelles. En 2013, un déficit héréditaire en CARD9 a été identifié pour la première fois chez 17 patients dont 11 étaient algériens, 4 tunisiens et 2 marocains.

PRESENTATION : Nous proposons, à travers une revue de la littérature, de faire le point sur cette pathologie très peu connue et potentiellement grave, en décrivant les signes cliniques cutanés et systémiques, biologiques, anatomopathologiques et évolutifs. Nous présenterons, par la suite, une illustration de notre expérience, à travers les cas de patients régulièrement suivis dans notre service de dermatologie et chez lesquels une anomalie génétique a été recherchée dans le cadre d'un travail collaboratif international réalisé et publié en 2013 (F. Lanternier et al. n engl j med 369;18 nejm.org october 31, 2013). Le déficit en CARD9, consistait en une mutation non-sens Q289X/Q289X, identifiée chez nos patients algériens ainsi que chez les membres de leurs familles, consanguines pour certaines. La même mutation était retrouvée chez les 4 patients tunisiens. Les deux patients marocains de la série présentaient une mutation faux-sens R101C. IL17 était basse chez plusieurs patients. La réponse aux traitements antifongiques, principalement imidazolés, de différents paliers, en monothérapie ou en double voir triple association, est très variable et plus souvent suspensive que curative. Elle ne permet pas à ce jour d'avoir une stratégie thérapeutique univoque et définitive. **CONCLUSION :** La distribution géographique de la MD nous implique au premier plan. L'ambivalence Infection /Génodermatose représente un axe de recherche capital d'actualité. L'implication du CARD9 et de l'IL17 dans la prédisposition génétique aux infections fongiques, ouvre des perspectives de thérapie génique pour cette maladie résistante aux traitements antifongiques usuels

Les teignes du cuir chevelu chez l'adulte : à propos de 10 cas

B.Dahmani, H.Baybay, Z.Douhi, M.soughi, S.Elloudi, FZ Mernissi

Service de Dermatologie - CHU Hassan II de Fès

Introduction :

Les teignes sont des mycoses superficielles qui se voient essentiellement chez l'enfant en âge scolaire. Les teignes de l'adulte sont rares. Elles présentent des particularités cliniques et impliquent la recherche des facteurs favorisants locaux et généraux. Nous en rapportons une série de 10 patients.

Matériel et méthodes :

Étude rétrospective incluant tous les patients âgés de plus de 18 ans atteints d'une teigne du cuir chevelu (TCC) au service de dermatologie de l'hôpital universitaire de FES, au cours des 4 dernières années (2019—2023). Un prélèvement mycologique a été réalisé dans tous les cas.

Résultats :

Dix patients étaient inclus : 6 femmes et 4 hommes. L'âge moyen était de 45,7 ans avec des extrêmes de 19 à 81ans.

Le niveau socioéconomique était bas dans 60 % des cas. L'interrogatoire a révélé l'atteinte d'un membre de la famille dans 2 cas et un contact avec les animaux dans 1 cas. La notion de diabète sucré a été retrouvée dans 1 cas. Tous les cas de teignes avaient débuté à l'âge adulte. Les lésions siègeaient préférentiellement sur les régions temporales et occipitales. L'atteinte du cuir chevelu était diffuse dans 70% cas.

La dermoscopie était pratiquée chez tout les patients. Les signes les plus observés sont : les squames jaunes épaisses (33.7%), les poils en virgule (33.2%), les cheveux dystrophiques (16.18%). D'autres signes sont retrouvés : les poils en tire-bouchon, les poils cassés, les points noirs et l'érythème. La teigne était associée à une dermatophytie circonscrite dans 1 cas et une onychomycose des mains dans 1 cas.

L'examen direct était positif dans tout les cas. La culture était positive dans 9 cas. Les espèces isolées étaient : *Trichophyton violaceum* dans 5 cas (50 %) et *Trichophyton rubrum* dans 3 cas (40 %) et *Trichophyton mentagrophytes* dans 1 cas. L'évolution était favorable sous griséofulvine (9 cas) et terbinafine (1 cas).

Discussion :

Conformément à la littérature, notre série confirme la rareté de la teigne chez l'adulte, de même que la prédominance féminine. La présentation clinique commune est une plaque alopecique squameuse ou inflammatoire mais selon la littérature, d'autres aspects atypiques sont possibles mimant une dermatite séborrhéique, une pseudopelade ou un lupus discoïde, ce qui peut retarder le diagnostic. Quoique dans la littérature la teigne chez l'adulte survienne surtout sur un terrain immunodéprimé, notre série prouve que l'immunodépression n'est pas obligatoire et que la teigne peut survenir chez des adultes immunocompétents. La notion de contact avec des sujets teigneux, notamment des enfants, et le contact avec des animaux domestiques tels que les chats est habituelle. Contrairement aux formes pédiatriques, les teignes de l'adulte sont plutôt de transmission anthropophile.

La trichoscopie peut être très utile, surtout dans les formes atypiques. La griséofulvine demeure le traitement standard.

Conclusion :

La TCC chez l'adulte atteint essentiellement la femme jeune. *T. violaceum* est le principal dermatophyte isolé. Un facteur favorisant est à rechercher mais sa présence n'est pas obligatoire.

Kérion de Celse : une affection particulière chez l'enfant Série de 22 cas

F. Chekairi¹, F. Hali¹, M. Soussi², S. Chiheb¹

¹Dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

²Laboratoire de parasitologie et mycologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : Le kérion de Celse ou teigne inflammatoire est une infection dermatophytique suppurée du cuir chevelu qui touche principalement l'enfant avant la puberté. Elle est plus fréquente dans les pays en voie de développement et caractérisée par un aspect clinique très inflammatoire avec un risque d'alopecie cicatricielle.

L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques épidémio-cliniques et mycologiques des teignes inflammatoires dans notre contexte ainsi que de souligner l'urgence d'une prise en charge adaptée.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de tous les cas hospitalisés de teigne inflammatoire confirmée, sur une période de 10 ans entre janvier 2013 et 2023.

Résultats : Vingt-deux cas étaient colligés, une prédominance masculine était notée (sex ratio H/F= 2,5), l'âge des patients variait entre 2 et 16 ans avec une moyenne de 7,3 ans. Un contact avec les animaux était retrouvé dans 80,9% des cas, la notion de cas similaire dans l'entourage chez 8 patients (36,4%) et une origine rurale était retrouvée dans la majorité des cas (86,3%).

L'évolution avant la consultation était en moyenne de 1 mois (15-60 jours) d'un macaron inflammatoire suppuré, alopeciant, recouvert de pustules et de croûtes, surinfecté chez 14 patients (63,6%), prurigineux dans 55,6% des cas, le signe de traction était positif dans 94,4% des cas. La lésion du cuir chevelu était unique dans 86,4% des cas et multiple chez 3 patients. Sa taille variait entre 4 et 10 cm de diamètre, la localisation préférentielle était occipitale (33,3%), puis pariétale (23,8%), temporale chez 5 patients, frontale (15,3% des cas) et au niveau du vertex chez 2 patients. Des lésions cutanées papulopustuleuses étaient associées (57,1%), des adénopathies cervicales (61,9%) et une fièvre avec altération de l'état générale (54,5%).

Avant leur hospitalisation, 4 patients étaient traités par une antibiothérapie orale sans amélioration devant une erreur diagnostique. Les prélèvements mycologiques avaient isolé *Trichophyton mentagrophytes* (7 cas), *Trichophyton violaceum* (4 cas), *Trichophyton rubrum* (3 cas) et *Microsporum canis* (5 cas). La culture était stérile dans 3 cas.

La griséofulvine était instaurée à la dose de 20 à 25 mg/kg/j pendant 8 semaines, associée à un antifongique local. Une antibiothérapie orale était démarrée dans 72,7% des cas et une corticothérapie de courte durée dans 5 cas.

Le traitement était bien toléré chez tous les patients avec une bonne évolution clinique et biologique. Une alopecie partielle persistante était observée dans 8 cas et une alopecie cicatricielle dans 2 cas, le reste des patients présentait une repousse favorable à 5 mois du suivi.

Discussion : Nos résultats rejoignent les données de la littérature concernant la prédominance du sexe masculin et de l'origine rurale dans la teigne inflammatoire.

Néanmoins, *Trichophyton mentagrophytes* était l'agent causal dominant dans notre étude contrairement aux séries maghrébines et tunisiennes où le *Microsporum canis* était le plus représenté et en nette recrudescence. *Trichophyton violaceum* identifié chez certains de nos patients a rarement été rapporté dans la littérature.

En effet, les dermatophytes en cause sont divers, leurs aspects cliniques polymorphes et ils sont susceptibles de varier d'une région à l'autre et d'un pays à l'autre.

De plus, certaines dermatoses bactériennes du cuir chevelu peuvent mimer un kérion de Celse rendant la reconnaissance des teignes inflammatoires parfois difficile pour le dermatologue.

Il est essentiel d'établir un diagnostic précoce et d'administrer rapidement un antifongique adapté après les prélèvements mycologiques, afin de limiter le risque de contamination et d'alopecie séquellaire inesthétique.

Conclusion

Le kérion de Celse constitue une affection potentiellement sévère chez l'enfant, qui peut également toucher l'adolescent. Il peut simuler de nombreux diagnostics différentiels déroutants et par conséquent retarder le diagnostic et augmenter le risque d'alopecie cicatricielle séquellaire.

Kérion du pubis et de la vulve : une localisation inhabituelle

Bousmara R¹, Hali F¹, Soussi M², Chiheb S¹

¹ Service de Dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

² Laboratoire de parasitologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction Le kérion de Celse est une teigne inflammatoire et suppurative qui touche les parties pileuses du corps, essentiellement le cuir chevelu. Nous rapportons deux cas de localisation atypique et rare au niveau du pubis et de la vulve chez deux jeunes filles immunocompétentes.

Résultat

Cas1 : Une jeune fille de 16 ans, s'est présentée pour des lésions inflammatoires au niveau du pubis, apparues deux semaines auparavant. Un traitement initial par amoxicilline-acide clavulanique avait été instauré sans efficacité. A l'examen, il y avait un placard inflammatoire douloureux du pubis et de la vulve, induré à la palpation, avec des nodules inflammatoires adjacents. Des adénopathies inguinales sensibles étaient palpables. Les prélèvements bactériologiques étaient négatifs. Les prélèvements mycologiques révélèrent la présence des filaments mycéliens à l'examen direct et la culture confirmait secondairement la présence de *Microsporium canis*. L'interrogatoire notait la présence d'animaux de compagnie. La griséofulvine était instaurée à la dose de 25mg/kg/j associée aux antifongiques locaux avec une bonne évolution.

Cas 2 : Une fille de 14 ans, issue d'un milieu rural, consultait pour des lésions pubiennes évoluant depuis trois mois, résistantes aux traitements par antibiothérapie générale et locale. L'examen a montré un placard pustuleux et croûteux du pubis avec absence de poils, associé à des plaques érythémato-squameuses annulaires au niveau du tronc et des cuisses. Des adénopathies inguinales bilatérales étaient palpables. Les prélèvements mycologiques révélèrent des filaments à l'examen direct et la culture était positive à *Trichophyton mentagrophytes*. La patiente était traitée par la griséofulvine à la dose de 25 mg/ kg/j associée aux antifongiques locaux. L'évolution était favorable après un mois de traitement.

Discussion : Le Kérion de celse reste une affection rare et la localisation au niveau du pubis et de la vulve est exceptionnelle. À notre connaissance, seulement 9 cas de kérion de celse pubiens ont été rapportés dans la littérature. La localisation vulvaire du kérion de celse peut être confondue avec d'autres affections dermatologiques entraînant souvent un retard diagnostique important tels qu'une cellulite, un anthrax, une folliculite, un eczéma de contact, un psoriasis pustuleux, voire un pemphigus. Il est donc important d'obtenir un diagnostic précis pour un traitement approprié. Ce cas illustre le fait que la localisation et la clinique ne sont pas toujours évocatrices d'une infection à dermatophytes, ce qui rend parfois le diagnostic difficile et conduit à une prise en charge thérapeutique adéquate tardive.

Conclusion L'originalité de notre cas c'est la localisation pubienne qui est très rare, source de retard diagnostique et de comorbidité. Les cliniciens doivent rester attentifs à cette entité et l'évoquer devant toute dermatose pubienne inflammatoire résistante aux traitements usuels.

Mots-clés : Kérion de celse – Pubis- *Microsporium canis*

Une association inhabituelle d'une varicelle maligne et un zona thoracique chez un patient immunodéprimé

H.Tahiri¹, F. EL. Fetoiki¹, C.Soldi², .Zamd² , H. Skalli¹, F.Hali¹, S.Chiheb¹

Introduction : La varicelle est une maladie infectieuse éruptive, contagieuse et bénigne causée par le virus varicelle-zona, qui survient pendant l'enfance, sa survenue chez l'adulte est rare, et peut être associées à des complications graves. Le zona, est le résultat de la réactivation du virus de la varicelle et survient principalement chez les sujets âgés ou immunodéprimés. Nous rapportons l'observation d'un jeune adulte immunodéprimé, qui a développé une varicelle maligne associée à un zona thoracique.

Observations: Patient de 22 ans, suivi en néphrologie pour hyalinose segmentaire et focale sous corticothérapie orale et Mycophénolate mofétil, sans antécédents de varicelle durant l'enfance, admis pour une éruption vésiculeuse étendue évoluant depuis une semaine. L'examen dermatologique a trouvé une bouffissure du visage avec œdème palpébral associé à des lésions vésiculo-croûteuses ombiliquées occupant le cuir chevelu, le visage, le tronc et les membres, un purpura pétéchiol du tronc et un placard vésiculeux ulcéré de disposition métamérique au niveau de l'hémi thorax gauche, Le reste de l'examen somatique a trouvé des râles ronflants bilatéraux. Il est à noter que les lésions métamériques ont apparu 3 jours suivant l'éruption vésiculeuse. Le bilan biologique a montré une lymphopénie, une thrombopénie, une cytolysé hépatique (X 10), protéine C-réactive à 300mg/l et une procalcitonine à 10ng/ml, une créatinine à 35 mg/dl et un urée à 1,40. La radiographie pulmonaire et la tomodensitométrie thoracique ont révélé une pneumopathie varicelleuse, l'imagerie par résonance magnétique cérébrale a révélé une légère atrophie sous- corticale, la ponction lombaire et l'électroencéphalogramme étaient normaux. Le diagnostic de varicelle maligne associée à un zona thoracique compliqué d'une pneumonie varicelleuse et d'une septicémie a été retenu. Les traitements immunosuppresseurs ont été interrompus et le patient a été mis sous antibiotique et anti virale avec un traitement antalgique. L'évolution a été favorable, avec régression des lésions et normalisation du bilan biologique

Discussion: La particularité de notre observation réside dans la survenue concomitante d'une varicelle maligne compliquée d'une atteinte viscérale et d'un zona thoracique chez un patient immunodéprimé. Les patients atteints de maladies auto-immunes sous immunosuppresseurs présentent une altération de leur immunité cellulaire, qui joue un rôle crucial dans la prévention des infections virales et la réactivation de virus latents, et sont donc plus susceptibles de développer des complications graves et mortelles d'affections habituellement bénignes comme la varicelle. La survenue simultanée de la varicelle et du zona chez un même patient est un phénomène rare et a été documentée à travers des rapports de cas isolés. Cette co-occurrence inhabituelle peut s'expliquer par l'altération de l'immunité cellulaire chez ces patients, ce qui permet une réactivation virale instantanée et donc une survenue plus rapprochée des lésions, tel est le cas de notre patient

Conclusion: Notre cas souligne l'importance de surveiller de près les patients immunodéprimés sous traitements immunosuppresseurs, car ils développent des manifestations atypiques et graves d'affections habituellement bénignes menaçant ainsi leur pronostic vital.

Une cryptococcose cutanée menant au diagnostic d'une forme disséminée avec méningo-encéphalite chez une patiente de 13 ans : à propos d'un cas

S. BELLASRI (1), H. KHERBACH (1), M. OUFROUKHI (2), F. JGHAIMI (3), A. DAOUDI (2), R. CHAKIRI (1)

(1) Département de dermatologie, CHU Agadir, Maroc

(2) Département de pédiatrie, CHU Agadir, Maroc

(3) Département d'anatomopathologie, CHU Agadir, Maroc

Introduction: La cryptococcose est une infection grave et relativement rare. Elle est principalement observée chez les personnes immunodéprimées. La forme cutanée est encore plus rare. Nous rapportons un cas de cryptococcose cutanée qui a conduit au diagnostic d'une forme disséminée avec méningo-encéphalite chez une patiente de 13 ans.

Observation: Une patiente de 13 ans, sans antécédents médicaux, a présenté une suspicion de méningite avec une fièvre à 39,5°, des céphalées et des vomissements évoluant depuis une semaine avant son hospitalisation en service de pédiatrie. A l'examen clinique, deux papules ombiliquées avec des croûtes hémorragiques indolores et non prurigineuses ont été retrouvées sur le visage évoluant depuis 10 jours avant l'admission. La dermoscopie a mis en évidence une ulcération centrale, de fines squames blanchâtres et des structures vasculaires polymorphes faites de vaisseaux linéaires et de télangiectasies. Les examens biologiques étaient normaux. Malheureusement, la patiente est décédée avant l'étude du liquide céphalo-rachidien et de la sérologie VIH. Cependant, les résultats de la biopsie cutanée réalisée montrant un épiderme ulcéré avec un infiltrat mucoïde dans le derme et des spores sphériques de taille variable avec une capsule épaisse créant un halo clair s'étendant dans l'hypoderme, nous ont permis de retenir le diagnostic de cryptococcose dans sa forme cutanée probablement associée à une forme disséminée responsable de la méningo-encéphalite.

Discussion : La cryptococcose est une infection fongique grave causée par *Cryptococcus neoformans*. D'abord décrite chez des patients atteints du SIDA, elle a également été signalée chez de nombreux individus immunocompétents. Les adultes sont les plus touchés, avec moins de 100 cas pédiatriques rapportés. La forme la plus fréquemment rapportée est la méningo-encéphalite, la forme cutanée est rare (5 à 15%) et reste souvent une sentinelle pour la maladie disséminée. La tête et du cou sont les plus touchés (78%), la forme molluscum contagiosum like reste la plus fréquente. Pour la dermoscopie des lésions cutanées, un seul cas a été rapporté par Slawinska et al montrant la présence de zones blanches sans structure avec des vaisseaux linéaires irréguliers et ramifiés de différentes tailles, entourés d'un halo jaunâtre sans structure. Certaines de ces caractéristiques ont été trouvées dans notre cas, à cela on ajoute les squames fines blanchâtres. Le diagnostic repose sur l'examen direct et la culture. L'histopathologie doit également être effectuée pour isoler les champignons pathogènes dans les tissus.

Conclusion: La cryptococcose cutanée représente un grand polymorphisme clinique. D'autres études s'intéressant à la dermoscopie de cette entité seraient souhaitables. Il faut garder à l'esprit que la forme cutanée primaire est rare et qu'il faut systématiquement rechercher un foyer interne.

Une alternariose cutanée : un Diagnostic déroutant !

N. Damou, C.Benmohand, H. Sahel
Service de dermatologie CHU Bab El Oued Alger

Introduction : L'*Alternaria* est un champignon filamenteux responsable d'infections de préférentiellement cutanées. Elles touchent principalement les sujets immunodéprimés. Nous rapportons un nouveau cas.

Observation : un homme de 49 ans, aux antécédents d'un asthme traité par corticoïdes depuis l'adolescence, une ostéoporose et une cataracte post-cortisonique. Il présentait depuis 6 mois un placard polyfistulisé du genou droit. Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à PNN (12000/mm³), et des GGT à 2xN. Une IRM du genou objectivait une infiltration hypodermique sans extension aux plans profonds ni aux articulations. À la biopsie cutanée on notait un infiltrat inflammatoire polymorphe fait de lympho-plasmocytes et de polynucléaires à disposition péri-vasculaires. Un prélèvement mycologique avec culture montrait de multiples colonies de filaments mycéliens à type d'*Alternaria alternata*. Un traitement par Itraconazole à 200mg/j permettait une cicatrisation des lésions.

Discussion : Les alternarioses sont des mycoses profondes décrites essentiellement chez les immunodéprimés. Elles sont dues à un champignon brun/noir pigmenté, saprophyte du sol. L'inoculation est en général post-traumatique. Leur aspect clinique est polymorphe, l'aspect le plus typique est celui de papules et de nodules violacés pouvant s'ulcérer secondairement. Ces mycoses siègent préférentiellement au niveau des zones découvertes ou sur les proéminences osseuses. De rares cas ont été publiés chez les immunocompétents. En effet, une revue de la littérature de tous les cas d'alternariose rapportés entre 2008-2017 montre que 71% des patients étaient des transplantés d'un organe, 11% souffraient d'hémopathies et chez 13% des cas, on ne retrouvait pas d'immunodépression évidente. Le diagnostic repose sur l'isolation et la culture du champignon sur les prélèvements cutanés. Dans notre cas, le diagnostic d'un mycétome, d'angiomatose bacillaire et de la maladie de Kaposi étaient discutés et éliminés. Le siège de la lésion, la corticothérapie prolongée et l'absence de réponse aux antibiotiques constituaient des éléments en faveur de ce diagnostic. La mise en évidence des multiples colonies d'*Alternaria alternata* et la bonne évolution sous antifongique nous ont permis de retenir ce diagnostic. Le traitement des alternarioses n'est pas consensuel, mais habituellement l'association de l'exérèse chirurgicale et d'un antifongique systémique est efficace. La molécule la plus utilisée est l'itraconazole pendant 2 mois, et qui sera poursuivi 1 mois après la disparition des lésions.

Conclusion : Notre cas s'ajoute aux rares cas d'alternariose cutanée décrits dans la littérature. La présentation clinique n'est pas stéréotypée et les stratégies thérapeutiques ne sont pas encore codifiées mais font le plus souvent appel aux triazolés.

La botryomycose cutanée: à propos d'un cas

C. Naji, O Handi, M. Aboudourib, O. Hocar, S. Amal
Service de dermatologie et vénérologie CHU Mohammed VI Marrakech Maroc
Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad
Laboratoire bioscience et santé Fmpm

Introduction

La botryomycose (ou pseudomycose bactérienne) est une maladie granulomateuse bactérienne chronique rare qui touche généralement la peau et rarement les viscères.

La botryomycose est décrite essentiellement chez le sujet immunodéprimé. Notre observation illustre un cas rare de botryomycose survenue chez une jeune patiente immunocompétente.

Observation

Une jeune adulte de 42 ans, s'est présentée avec 8 ans d'antécédents de multiples lésions cutanées nodulaires prurigineuses, la patiente a été mise sous amoxicilline acide clavulanique, anti histaminiques, dermocorticoïdes, photothérapie à plusieurs reprises sans amélioration. L'examen cutané a révélé de multiples lésions nodulaires, kystiques, granulomateuses, indurées et légèrement douloureuses, siégeant au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. Le bilan biologique était normal, La coloration de Ziehl-Neelsen, et la culture fongique étaient négatives, La microscopie du tissu cutané après coloration de Gram a montré des Cocci à Gram positif en groupes et une bêta-hémolyse indiquant que *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) était l'agent pathogène sous-jacent, l'histopathologie a révélé des caractéristiques de botryomycose. La patiente a été mise sous cotrimoxazole avec évolution favorable au bout d'un mois.

Discussion

La botryomycose cutanée est une infection bactérienne suppurée rare et chronique, avec peu de cas signalés dans le monde, elle est causée par de nombreuses bactéries, *S. aureus* étant la plus courante (environ 40 %), suivie de *Pseudomonas aeruginosa* (environ 20 %). D'autres micro-organismes signalés sont *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Bacillus* spp. et *Actinobacillus lignieresii*. La botryomycose peut se présenter sous des formes cutanées ou viscérales. La forme cutanée est une affection chronique persistante qui se manifeste par des lésions cutanées chroniques, suppurées et granulomateuses. Les extrémités sont souvent atteintes. La forme viscérale est généralement associée à une atteinte pulmonaire.

Les principaux diagnostics différentiels de la botryomycose sont l'actinomycose, l'eumycétome et la tuberculose cutanée, qui présentent des caractéristiques cliniques similaires. Le diagnostic de botryomycose est généralement confirmé par la mise en évidence de bactéries spécifiques dans les biopsies, la culture tissulaire et les résultats histopathologiques caractéristiques.

Le traitement avec une cure prolongée d'antibiotiques en fonction de la culture et de la sensibilité est recommandé.

Conclusion

Ce cas est signalé pour sa rareté et sa probabilité d'être confondu avec des maladies telles que le mycétome, l'actinomycose et la tuberculose (qui diffèrent par l'étiologie et le traitement).

Blastomycosis-like pyoderma in an immunocompetent patient Laribi A, Litaïem N, Abdelmalek M, Gara S, Chabchoub I, Jones M, Zeglaoui F Introduction & Objectives: Blastomycosis-like pyoderma (BLP) is a rare disorder that is clinically characterized by vegetating lesions that coalesce into a plaque with eroded surface, covered by pustules and crusts. BLP is a reaction pattern to a variety of bacterial organisms that mimics fungal infection, typically in immunocompromised individuals. However, it can occasionally develop in immunocompetent persons. We describe a rare case of BLP in an immunocompetent male patient. Materials & Methods: A 67-year-old man with type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension, presented with a 2-year history of large and irregular plaques, covered by a proliferative and vegetative area, located on the anterior aspect of the 2 forearms. The lesions were painful and ulcerated. No local trauma had occurred. Dermatological examination revealed multiple erythematous, and vegetating

plaques of different sizes with ulcerated surfaces, covered with multiple pustules and crusts. These lesions were associated with cribriform scars. Physical examination was otherwise unremarkable. Bacteria culture taken from the lesion was positive for *Staphylococcus aureus*. Direct smear microscopy was negative for *Leishmania*. Histopathologic examination of a skin biopsy specimen revealed ulcerated epidermis and a dense polymorphous inflammatory infiltrate of the dermis associated with hyperplastic vessels with no epithelioid granuloma. The diagnosis of BLP was suspected. Therapy was initiated with flucloxacillin 3 g daily and local wound care for 20 days leading to a resolution of the lesions. Results: Blastomycosis-like pyoderma is an exaggerated skin reaction to bacterial infection that occurs mainly in malnourished and immunocompromised patients. The disease manifests clinically as one or more crusted and hyperplastic plaques studded with many punctate pustules. Ulcers and sinuses may form. Regional lymphadenopathy is common but fever is not. The most commonly affected sites are the axillae, groin, and lower extremities. Facial variant can be disfiguring. The etiology and physiopathology of this vegetative and inflammatory skin reaction remain hypothetical. The organisms most commonly isolated from the lesions are *Staphylococcus aureus* and Group A *Streptococcus*, but several other organisms have also been associated with these lesions, including *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Diphtheria*, *Bacillus* . *Clostridium perfringens* as well as different species of *Candida*. Some host-related factors, especially systemic immunosuppression: [HIV infection, leukemia, chemotherapy, alcoholism, malnutrition] or local factors :[radiation therapy, trauma, actinic lesions] are involved. In order to make a definitive diagnosis of BLP, fungal infection (negative cultures and serology) and exposure to bromide or iodide should be ruled out, and cultures should be positive for any bacteria known to cause the condition. There are two important differential diagnoses: deep fungal infection and vegetative pemphigus. Many treatments have been tried, often with mixed results such as oral acitretin, intralesional or systemic corticosteroids, and surgical excision. The most effective strategy remains targeted oral antibiotic therapy. Conclusion: This case demonstrates a presentation of a rare disease. BLP should be a diagnostic consideration notably in immunocompromised patients who present with proliferative and vegetative plaques

Mycétome (pieds de Madura) : à propos d'un cas d'une maladie tropicale rare au maroc

**M.Elomari Alaoui¹, N.Er-rachdy¹, A.Fliti¹, L.Benzekri¹, N.Ismaili¹, M.Meziane¹,
K.Senouci¹**

***Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina,
Maroc***

Introduction :

Le mycétome ou le pied de Madura est une pathologie inflammatoire chronique, d'évolution progressive due à une infection fongique ou bactérienne affectant les tissus cutanés et sous-cutanés entraînant un aspect de pseudotumeur poly-fistulisée. Il est endémique dans les pays tropicaux, mais rare dans les climats tempérés. Non traitée, cette affection évolue vers la destruction des tissus mous et des structures osseuses adjacentes avec déformation du membre atteint.

Matériels et méthode :

Un homme de 50 ans, originaire et habitant au nord du Maroc, pépiniériste, consultait au service de dermatologie pour une tumeur polyfistulisée au niveau de la face plantaire du pied gauche. La maladie avait débuté 20 ans auparavant par un nodule sous-cutané qui avait augmenté progressivement de volume, gênant ainsi la marche.

L'examen clinique à l'admission trouve une tuméfaction du bord externe du pied et de la cheville gauche en regard de la malléole externe, parsemée de quelques lésions nodulaires avec des trajets fistuleux au niveau de la face dorsale et plantaire. L'examen des aires ganglionnaires a objectivé une adénopathie inguinale gauche et le reste de l'examen somatique était sans anomalie.

Résultat :

Une radiographie du pied a montré des lacunes diffuses avec début de lésions osseuses et rupture de la corticale. Une biopsie cutanée a été réalisée, en faveur d'un mycétome actinomycosique à *Actinomyces madurae*.

Le patient a été mis sous sulfaméthoxazole-triméthoprime avec une bonne évolution.

Discussion

Ce sont des pseudotumeurs inflammatoires polyfistulisées d'évolution lente contenant des grains de nature fongique ou actinomycosique d'origine exogène. Ils se développent dans les tissus mous sous-cutanés et peuvent atteindre l'os, faisant toute la gravité de l'affection. Le diagnostic de mycétome doit être évoqué devant des tuméfactions cutanées chroniques, indolores, fistulisées, drainant des grains. L'imagerie moderne, bien que non spécifique, permet d'orienter le diagnostic et d'évaluer l'extension. Le traitement est médicochirurgical. Le taux de récurrence reste cependant très élevé.

Conclusion :

Les mycétomes sont des maladies tropicales oubliées, bien que des cas sporadiques aient été rapportés dans de nombreuses régions non endémiques. Le diagnostic doit être évoqué devant des lésions suppuratives chroniques avec issue de grains. Dans les cas douteux, l'examen anatomopathologique d'une pièce biopsique ou d'une excision chirurgicale apporte la certitude.

A panoramic view of cutaneous manifestations in HIV-positive patients: Experience of the University Hospital Hassan II in Fez

Guechhati M (1), Soughi M(1), Janati Idrissi H (2), Rabhi S(2), Boughaleb S(1), Douhi Z(1), Elloudi S (1), Baybay H(1), Mernissi FZ (1)

(1) Department of Dermatology, University Hospital Hassan II, Fez, Morocco

(2) Infectious diseases Department, University Hospital Hassan II, Fez, Morocco

Introduction and Objectives:

Dermatologic diseases are common in the human immunodeficiency virus (HIV)-infected population. Cutaneous manifestations of HIV disease may result from HIV infection itself or from opportunistic disorders secondary to the declined immunocompetence due to the disease. (1) They are also observed in Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome. (IRIS). The aim of this study was to elucidate the different skin manifestations reported in HIV-positive patients.

Material and methods:

This is a prospective cross-sectional descriptive study conducted between January 2022 and June 2023. We identified 120 patients living with HIV (PLHIV) with skin manifestations followed up in the infectious diseases department and dermatology department of the Hassan II University Hospital in Fez.

Results:

Out of 474 patients monitored, 120 were consulting for dermatological lesions. 20.3% were newly diagnosed during the year, 34.7% had been followed for more than 6 months, and the rest were more than a year old. The average age was 36.9 years, with extremes ranging from 2 to 65 years. There was a clear male predominance, with a M/F sex ratio of 2.47. Some 45% were homo and/or bisexual. 88% of patients reported unprotected sex. Toxic habits such as smoking, alcoholism and tattoos were widespread (60%). 57% were classified as having advanced AIDS. All our patients were immediately put on antiretroviral treatment after pre-therapeutic assessment. 58% had associated STIs. In terms of manifestations, 73% were infectious, of which 40% were viral, such as herpes, shingles, molluscum contagiosum and HPV infections. 20% were mycotic, and 4% were bacterial, such as bacterial folliculitis and syphilis. A lumbar puncture revealed neurosyphilis in two neurologically asymptomatic patients. Two cases of cutaneous leishmaniasis were reported in our series. In addition to the frequent lymphomas, around 6% had tumor diseases: 3 cases of Kaposi's disease, 3 squamous cell carcinomas and a single case of Buschke Lowenstein. 11.8% of patients had inflammatory diseases such as psoriasis and prurigo. In addition to iatrogenic effects, revealed mainly by post-drug pruritus, other pathologies included telogenic effluvium and eczema. There were 11 cases of oral mucosal disease, predominantly oropharyngeal candidiasis, followed by hairy tongue leukoplakia and black villosus tongue. All had CD4 counts under 200/mm³.

Discussion:

Skin disorders in the course of HIV infection are numerous, leading to significant morbidity. 80 to 95% of HIV-infected patients present with dermatological manifestations. The skin is sometimes the first and only organ affected for most of the disease's history. Dermatological manifestations are frequent and polymorphic, occurring at different stages of HIV/AIDS, and may be infectious, inflammatory, tumoral or drug-induced (2). They range from benign dermatoses to malignant tumors and opportunistic conditions of varying severity. They are all characterized by their florid appearance, chronicity and recurrence after cessation of treatment. Depending on the CD4 count, these include xerosis, onychomycosis, oral candidiasis, seborrheic dermatitis and Kaposi's sarcoma (2). Dermatological manifestations such as molluscum contagiosum, oral hairy leukoplakia, oral candidiasis and chronic ulcerative herpes simplex are closely associated with the progression of HIV to immunodeficiency. (3)

Our findings concur with those of a Malaysian study in 2021, in which the majority of PLHIV were men, and the most common mode of transmission was men having sex with men. Patients were also in the AIDS stage when they presented with the skin diseases. Non-infectious events were the most frequent in this study, in contrast to the results of our series and an Indian series where infectious dermatoses predominated (2).

The immunological stage of infection and the use of highly active antiretroviral therapy are the main factors determining the spectrum of mucocutaneous involvement. The introduction of antiretroviral therapy has led to an improvement in immune status and a change in the spectrum of clinical presentations.

However, this study does have certain limitations, which need to be considered before reaching any conclusions; notably the absence of consultation in some cases of dermatological problems, linked either to a lack of awareness of patients, or to maintain their anonymity.

Conclusion:

HIV infection remains a major challenge in our daily practice. Although significant progress has been made in the treatment of HIV and related manifestations, skin diseases continue to be an important comorbidity and can affect quality of life. Increased attention is therefore needed to the diagnosis and treatment of these dermatoses.

References:

- (1) Cutaneous Manifestations of Human Immunodeficiency Virus/AIDS Patients in Albania, 2019 International Journal of Applied and Basic Medical Research
- (2) Dermatological Manifestations of HIV in Adults and Children, Approach and Management María Margarita Cordoba Fuentes, 2023 Open Access Journal of Biomedical Science
- (3) Cutaneous manifestations associated with HIV infections: A great imitator, Ayse Serap Karadag , Turkey, 2019

Panorama des manifestations cutanées chez les patients séropositifs au VIH : Expérience du service de CHU de Fès (120 patients)

Guechhati M(1), Soughi M(1), Janati Idrissi H (2), Rabhi S(2), Boughaleb S(1), Douhi Z(1), Elloudi S (1), Baybay H(1), Mernissi FZ (1)

(1) Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

(2) Service des urgences, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

Les maladies dermatologiques sont fréquentes dans la population infectée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Elles peuvent résulter de l'infection par le VIH elle-même ou de troubles opportunistes secondaires à la baisse de l'immunocompétence due à la maladie. Elles sont observées également en cas de syndrome de restauration immunitaire.

Objectifs :

L'objectif de cette étude était d'élucider le spectre des différentes manifestations cutanées notifiées auprès des malades séropositifs au VIH.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective transversale descriptive entre Janvier 2022 et Juin 2023. Nous avons recensé 120 patients vivants avec le VIH (PVVIH) présentant des manifestations cutanées suivis en service des maladies infectieuses et au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès.

Résultats :

Sur 474 patients suivis, 120 consultaient pour des lésions dermatologiques. 20.3% étaient nouvellement diagnostiqués durant cette année, 34.7% suivis depuis plus de 6 mois et le reste remontait à plus d'un an. L'âge moyen était de 36.9 ans, avec des extrêmes d'âge allant de 2 ans à 65 ans. On notait une nette prédominance masculine avec un sexe ratio H/F à 2.47. Environ 45% étaient homo et/ou bisexuels. 88% des patients rapportaient la notion de rapports sexuels non protégés. Les habitudes toxiques à type de tabagisme, alcoolisme ou tatouages étaient très répandues ; (60%). 57% étaient classés stade SIDA maladie. Tous nos malades étaient immédiatement mis sous traitement antirétroviral après bilan pré thérapeutique. 58% avaient des IST associées. Concernant les manifestations retrouvées, 73% présentaient des manifestations infectieuses ; dont 40% étaient virales à type d'herpes, de zona, molluscum contagiosum et des infections à HPV. 20% mycosiques, 4% étaient bactériennes à type de folliculite bactériennes et de syphilis ; Une ponction lombaire avait retrouvé une neurosyphilis chez deux patients asymptomatiques sur le plan neurologique. Deux cas de leishmaniose cutanée étaient rapportés dans notre série. En plus des lymphomes fréquents, environ 6% présentaient des maladies tumorales : 3 cas de Kaposi, 3 carcinomes épidermoïdes et 1 seul cas de Buschke Lowenstein. 11.8% des patients avaient des maladies inflammatoires tels que le psoriasis et le prurigo. A côté des effets iatrogènes révélés essentiellement par un prurit post médicamenteux, d'autres pathologies étaient retrouvées à type d'effluvium telogène et d'eczéma. 11 cas d'atteinte de la muqueuse buccale étaient retrouvés prédominés par la candidose oro-pharyngée puis la leucoplasie

Peau : reflet de l'immunité (Modes de révélation du VIH)

**Guechchati M(1), Soughi M(1), Janati Idrissi H(2), Rabhi S(2), Mejjati K(1), Douhi Z(1),
Elloudi S(1), Baybay H(1), Mernissi FZ (1)**

(1) Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

(2) Service des urgences, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction et objectifs :

Les manifestations cutanéomuqueuses peuvent survenir à tous les stades de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Certaines d'entre elles peuvent être les premières présentations. Elles sont rarement mortelles, mais elles ont un impact significatif sur la qualité de vie.

L'objectif de notre travail était de rapporter les manifestations dermatologiques ayant révélé le VIH chez 15 patients, et d'insister sur l'intérêt d'un dépistage dans certaines situations .

Matériel et méthodes :

Dans le cadre d'une étude prospective transversale portant sur les manifestations cutanéomuqueuses chez les sujets séropositifs au VIH au sein de l'hôpital CHU Hassan II de Fès en collaboration avec le service d'infectiologie.

Nous avons sélectionné 15 patients dont l'infection par le VIH a été diagnostiquée suite à leurs problèmes dermatologiques.

Les patients dont l'infection par le VIH avait déjà été diagnostiquée ont été exclus.

Résultats :

Quinze patients infectés par le VIH ont été évalués. 80% étaient des hommes. L'âge moyen était 36.8 ans avec des extrêmes allant de 24 à 60 ans. La durée moyenne d'évolution des symptômes cutanéomuqueux avant le test de dépistage était de 18 jours (intervalle : 5 jours-3 mois).

La première cause de dépistage dans notre échantillon était un zona retrouvé chez six patients jeunes ; les classant cliniquement en stade B de la maladie. Une charge virale était d'emblée demandée à la suspicion d'une primo infection chez deux malades hospitalisés pour un exanthème généralisé avec altération de l'état général, et chez un patient adressé pour une éruption cutanée syphilitique, qui était révélatrice. Les autres circonstances de découverte étaient un prurigo résistant au traitement, un cas d'effluvium telogène chronique, et chez un autre patient ; dans le cadre du bilan des IST d'une lymphogranulomatose vénérienne. Une sérologie positive était détectée en cours d'hospitalisation dans le cadre de prise en charge d'un psoriasis étendu. En fonction de la symptomatologie clinique et du taux de CD4, seuls quatre patients sur 15 étaient dépistés en stade Sida maladie, 10 en stade B et un seul malade en stade A2.

Discussion :

La prévalence des problèmes cutanéomuqueux chez les patients séropositifs a été estimée à environ 90 %. Certains d'entre eux peuvent être les premiers signes de l'infection par le VIH et peuvent aider les médecins à établir un diagnostic précoce. Au Maroc, la mesure de l'antigène P24 pour le dépistage est remplacée par la mesure de la charge virale.

Bien que de nombreuses études aient évalué la prévalence des manifestations dermatologiques, seuls quelques rapports de cas ont été trouvés sur les maladies dermatologiques en tant que première manifestation de cette pathologie.

Dans certaines études, la dermatite séborrhéique a été présentée comme un marqueur clinique précoce de l'infection par le VIH. Dans notre cas, les résultats ont montré que le zona était la manifestation cutanée la plus fréquente (46.6%). 26% seulement étaient diagnostiqués à un stade tardif de la maladie.

Ceci rejoint la dernière étude marocaine en 2022, qui a noté une amélioration de notification de personnes séropositives au stade asymptomatique allant de 33% en 2004 jusqu'à 65% en 2018 ; Ce qui témoigne d'une amélioration du recours aux services de dépistage et de soins, et prouve comme dans notre étude l'importance d'interpréter les signes dermatologiques, qui ont été révélateurs du VIH à un stade plus précoce de la maladie.

Dans notre contexte, les croyances religieuses et sociales ainsi que le manque de conscience conduisent à sous-estimer les manifestations cutanées et ne pas signaler les symptômes.

Conclusion :

Compte tenu de la prévalence croissante des patients infectés par le VIH et de l'importance d'un diagnostic précoce, tous les médecins et en particulier les dermatologues devraient connaître les manifestations cutanéomuqueuses liées au VIH ainsi que les signes dermatologiques qui peuvent éveiller la suspicion d'une infection par cette pathologie. En revanche, d'autres études avec des échantillons plus importants sont nécessaires pour obtenir des résultats précis.

migrant multiple : A propos d'un cas

• *S.Hazmiri , G.Erramli , Z.Mernissi , M.Aboudourib , W.Hocar , S.Amal*

Service de Dermatologie du CHU Mohamed VI de Marrakech

Introduction

La maladie de Lyme est une infection transmise par les tiques provoquée par l'espèce *Borrelia*, principalement par *Borrelia burgdorferi* et parfois par *Borrelia Mayonii* aux États-Unis. Ces bactéries en forme de spirale sont appelées spirochètes . La plupart des personnes contractent l'infection lorsqu'elles se promènent dans des régions boisées où la maladie de Lyme est fréquente et sont mordues par des tiques infectées par des bactéries de l'espèce *Borrelia*.

Nous rapportons le cas d'une patiente ayant présenté des lésions multiples d'érythème migrant suite à son séjour dans un camping de vacances .

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 23 ans . Sans antécédents pathologiques particuliers . Qui a présenté des macules érythémateuses à évolution centrifuge, de forme ronde à ovale, de plusieurs centimètres de diamètre au niveau de la cuisse , les deux jambes et l'avant-bras droite secondaire à des piqûres multiples de tiques . Trois jours suite à son séjour dans un camping de vacances . Sans autres manifestations systémiques .

Le diagnostic de borréliose a été retenu cliniquement à type d'érythème migrant multiple . Avec bonne réponse sous traitement .

Discussion

La borréliose de Lyme est une maladie infectieuse provoquée par la bactérie *Borrelia burgdorferi sensu lato*, transmise suite à une piqûre de tique infectée. Seul 1 % des piqûres de tiques sont à l'origine d'une borréliose de Lyme et parmi elles, 95 % se manifestent par une éruption cutanée : un érythème migrant.

Plus rarement, la maladie peut donner lieu à des formes disséminées diverses : cutanées (plusieurs érythèmes), dermatologiques (lymphocytome, acrodermatite chronique atrophiante), articulaires (inflammation des articulations), cardiaques (perturbation du rythme cardiaque), ophtalmologiques (inflammations du nerf optique ou de l'uvéa), neurologiques (atteintes du système nerveux central et périphérique). On distingue les formes disséminées précoces (dans les 6 mois après piqûre) et tardives (plus de 6 mois après piqûre). Toutes ces situations sont connues et des traitements adaptés existent.

Les principaux points d'appel pour une borréliose de Lyme sont les manifestations cutanées (érythème migrant principalement, beaucoup plus rarement lymphocytome borrélien et acrodermatite chronique atrophiante) . L'érythème migrant y représente la phase primaire . Il s'agit d'une plaque rouge sur la peau autour de la piqûre qui s'étend rapidement d'une taille supérieure ou égale à 5 cm) au point d'inoculation. C'est la manifestation la plus fréquente (environ 80% des cas). Rarement , coexistent de multiples lésions d'érythème migrant secondaire à différentes piqûres .

Conclusion

La maladie de Lyme est causée par la bactérie *Borrelia burgdorferi*, qui se transmet par la piqûre d'une tique infectée. Des tiques pouvant transmettre la maladie de Lyme se trouvent maintenant en Amérique du Nord (Nord-Est, Nord-Ouest), en Europe, en Asie et en Afrique du Nord. Trois stades cliniques de la maladie sont décrits. Leur évolution varie d'un individu à l'autre. La transmission de la bactérie *B. burgdorferi* se fait par vecteur lors de piqûre par une tique infectée. Il est recommandé de prendre des précautions pour éviter les morsures de tiques.

Atteintes neurologiques dues à la rickettsiose (à propos de 4 cas)

K. El Fid, Z. Douhi, I. Kacimi, M. Soughi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

Introduction : Les rickettsioses sont des maladies infectieuses, ré-émergentes, potentiellement mortelles, mondialement répandues. Ce sont des maladies dues à des bactéries intracellulaires strictes, associées aux arthropodes, essentiellement aux tiques. L'atteinte neurologique constitue une des formes les plus graves avec un pronostic réservé.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective menée au service de dermatologie du CHU HASSAN II FES du janvier 2022 au décembre 2022. Les patients inclus avaient une atteinte neurologique et une rickettsiose confirmée sérologiquement.

Résultats : 4 cas ont été enregistré, d'âge moyen 55ans. Aucun antécédent pathologique n'a été rapporté chez nos patient. Le délai moyen de consultation était 10 jours. La fièvre (100 %) et les céphalées (100 %) étaient les principaux signes fonctionnels. A l'examen, le syndrome méningé était prédominant (3cas) suivi de confusion (1 cas) hallucination (1cas) et trouble de conscience chez un patient. Une éruption faite d'exanthème maculo-papuleux caractéristique avec la tache escarotique était présente chez tous nos patients. La ponction lombaire avec scanner cérébral ou IRM ont objectivé une vascularite cérébrale chez 3 patients et une méningoencéphalite chez un patient. La *Rickettsia conorii* était responsable dans la majorité des cas.

Tous les patients avaient reçu une antibiothérapie : la doxycycline et la ciprofloxacine pour une durée moyenne de 10 jours. L'évolution était favorable dans tous les cas sans séquelles neurologiques.

Discussion : Les atteintes neurologiques présentent 28 % des formes graves. Il peut s'agir de méningite, méningo-encéphalite, encéphalite isolée, syndrome vestibulaire ou hémorragie méningée. Le diagnostic repose sur les signes cliniques, biologiques, les données de la ponction lombaire montrant une méningite à liquide clair avec hyperalbuminorachie modéré ou une formule leucocytaire à prédominance lymphocytaire ou parfois panachée. L'imagerie cérébrale notamment une IRM peuvent montrait des signes typiques de l'encéphalite à *Rickettsia rickettsii* comprennent les infarctus sous-corticaux et périventriculaires, qui ont tendance à se produire dans une distribution périvasculaire, entraînant une apparence de ciel étoilé.

L'atteinte cérébrale doit être systématiquement évoquée devant des signes cliniques moins bruyant tels que : les céphalées rebelles au traitement antalgiques habituels, confusion, vertiges, hallucinations, état de stupeur, surdité... imposant la mise en route d'une antibiothérapie par la ciprofloxacine sans attendre les résultats de sérologies.

Ces atteintes neurologiques régressent en général sous traitement. Cependant, certaines séquelles peuvent persister type crises épileptiques. Le retard de diagnostic et une antibiothérapie inadaptée conditionnent l'évolution partiellement grave dont la mortalité est estimée entre 2 à 2,5% en hospitalier.

Conclusion : Les complications neurologiques de la rickettsiose sont de plus en plus fréquentes. La connaissance de son tableau clinique cutané et extra-cutané permet de faire un diagnostic clinique précoce et de commencer un traitement adéquat pour éviter une évolution fatale.

Références : A case series of spotted fever rickettsiosis with neurological manifestations in Sri Lanka. S A M Kularatne 1, K G A D Weerakoon, R P V J Rajapakse, S C Madagedara, D Nanayakkara, R Premaratna. Int J Infect Dis. 2012 Jul;16(7):e514-7. doi: 10.1016/j.ijid.2012.02.016. Epub 2012 Apr 26.

Complications neurologiques au cours de la fièvre boutonneuse méditerranéenne A. Berriche (1), L. Ammari (1), R. Abdelmalek (1), F. Kanoun (1), A. Ghoubontini (1), B. Kilani (1), H. Tiouiri Benaissa (1) (1) Service des maladies infectieuses, hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie.

Pustules en lunettes : Pensez à la démodicose

Choukri.Souad; Douhi.Z , Baybay.H , Elloudi.S ; Soughi.M; Mernissi.FZ
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès ; Maroc

Introduction :

La démodicose est une ectoparasitose due à la prolifération de Demodex dans l'appareil pilosébacé , définie par un nombre d'acariens supérieur à 5 par cm².(1)

Elle est Fréquente chez la femme adulte.(1)

Survient généralement sur les régions séborrhéiques du visage (joues, front, menton et nez), mais peut affecter d'autres zones du corps, notamment la partie antérieure du thorax, le dos et les extrémités.(2)

Nous rapportons un cas d'une localisation inhabituelle en péri-orbitaire , d'une démodicose.

Observation clinique :

Il s'agit d'une femme âgée de 24 ans ; sans antécédants particuliers, consultait pour des lésions périorbitaires, légèrement prurigineuses, apparues trois jours auparavant, associées à une constipation récente.

L'examen dermatologique avait objectivé un placard érythémateux, oedémateux surmonté de pustulettes en tete d'épingle coalescentes par endroits ,diffuses sur toute la région périorbitaire de façon bilatéral et symétrique . Ainsi que quelques papules érythémateuses éparses au niveau mandibulaire et du front. Le reste de l'examen somatique était sans particularités.

Un examen abdominal clinique et une coloscopie ont été réalisés éliminant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

Une biopsie cutanée a été réalisée au niveau des lésions palpébrales objectivant un aspect histologique compatible avec une démodicose.

L'évolution était spontanément résolutive en cinq jours sans récurrence dans une période de suivi de deux ans.

Discussion :

Le Demodex est un acarien ectoparasite humain obligatoire, qui vit dans ou à proximité des unités pilo-sébacées à une densité ≤ 5 acariens/ cm². Les deux espèces qui parasitent l'homme sont le demodex folliculorum et le demodex brevis. (4)

La pathogenèse de la démodicose impliquerait éventuellement un déséquilibre dans l'immunité de l'hôte ainsi que des changements dans le microenvironnement de la peau ainsi qu'une densité accrue d'acariens (4)

Le demodex a une prédilection pour les zones à forte production de sébum et se trouve donc principalement sur le visage avec un nombre maximal sur le front, les joues, le nez et les sillons nasogéniens. On les trouve également sur le cuir chevelu, l'oreille externe, les glandes de Meibomius, les follicules des cils, le haut de la poitrine, les mamelons, le pénis, les fesses et les glandes sébacées ectopiques de la muqueuse buccale, ce qui explique la survenue de lésions sur ces sites au cours d'une démodicose. (5)

Néanmoins d'autres localisations inhabituelles et déroutantes peuvent s'observer notamment au niveau périorbitaire comme le cas de notre patiente .

Bien que la démodécidose périorbitaire soit bien décrite comme une manifestation de la démodécie dans la littérature, elle est rarement rencontrée en pratique et rapportée (6)

Conclusion :

Il faut penser à la démodécidose comme un des diagnostics à évoquer devant chaque patient présentant des pustules ou papules périorbitaires. Une biopsie des lésions et la réponse au traitement par des agents acaricides (ivermectine, métronidazole, perméthrine ou benzoate de benzyle) peuvent aider à confirmer ce diagnostic .(4)

Références :

- 1) Younes, K. & Baklouti, M. & Boudaya, S. & Mseddi, M. & Masmoudi, A. & Amouri, Meriem & Hamida, Turki. (2019). La démodécidose : une série de 44 cas. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 146. A277. 10.1016/j.annder.2019.09.448.
- 2) Demodecidosis: una revisión clínica y terapéutica [Demodecidosis: A review of current trends](#)
Julio César Jasso Olivares¹,
- 3) Kaufmann-Wolf M. “Über regelma Biges Vorkommen von Demodex folliculorum in den Pusteln von Rosacea pustulosa”. *Dermatol Wochenschr* 1925; 30: 1095-1103
- 4) Papulopustular periorbital demodicosis: A diagnosis often overlooked Megha Merri Alex¹, V. J. Sebastian Criton¹, Sruthi Mohanan¹
- 5) Monsel G, Delaunay P, Chosidow O. Arthropodes. Dans : Rook's Textbook of Dermatology. 9eéd. Hoboken, New Jersey : Wiley
- 6) Yun SH, Levin F, Servat J. *Demodex* folliculitis presenting as periocular vesiculopustular rash. *Orbit* 2013;32:370-1

Zouine O , Soughi M , Essolaymany H, Douhi Z , Elloudi S , Baybay H, Mernissi FZ
Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès, Maroc
Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques, CHU Hassan II, Fès, Maroc.
Laboratoire de recherche biomédicale et translationnelle, Faculté de médecine et de
pharmacie,
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc

Introduction :

La varicelle est une affection fréquente de l'enfance. Sa présentation clinique est habituelle avec un diagnostic évident. Cependant, l'association à d'autres pathologies rend son diagnostic douteux et constitue un défi diagnostique. Nous rapportons un cas de varicelle compliquée d'un eczéma bulleux pseudo cocarçoïde.

Observation :

Enfant de 15 ans était admis pour une éruption cutanée prurigineuse évoluant depuis 10 jours de façon descendante avec notion de contagé varicelleux. L'examen physique révélait des papules, des vésicules et des vésicules ombiliquées sur le corps et le cuir chevelu, la présence de pseudo cocarçes, de bulles et d'érosions au niveau du visage, du cou, partie supérieure du dos et de l'index de la main dominante.

Une biopsie était réalisée sur une bulle revenant en faveur d'une dermatite spongiotique et vésiculeuse faisant évoquer un eczéma aigu.

La présence de lésions au niveau de l'index a permis de pousser l'interrogatoire : il a rapporté la notion d'application d'acyclovir topique lorsque la varicelle a débuté au niveau du visage, du cou et du dos.

Le diagnostic retenu était une association d'une varicelle et d'un eczéma bulleux photo-aggravé vu l'atteinte au niveau des zones photo exposés et l'index de la main ayant appliqué le produit.

Discussion :

La varicelle est une maladie infectieuse éruptive due au virus varicelle-zona et fréquemment bénigne chez l'enfant.

L'eczéma de contact est une dermatose fréquente. De diagnostic clinique, évolue en 4 phases : érythémateuse, vésiculeuses ou bulleuse, suintante et desquamative. La forme pseudo cocarçoïde retrouvé dans notre cas n'a jamais été décrite jusqu'à présent.

Présenté comme une entité bien définie, il n'est souvent qu'une complication d'une dermatose préexistante résultant de l'application de traitements locaux visant à éradiquer la dermatose préexistante comme dans notre cas. La dermatite de contact induite par l'acyclovir est rare, seuls quelques observations ont été rapportées notamment concernant sa photosensibilité. La plupart des sensibilisations à cette crème sont dues à son composant : le propylène glycol, un agent de conservation. En effet, des observations cutanées ont été rapportées après l'ingestion orale ou intraveineuse de médicaments contenant le propylène glycol.

Le diagnostic de notre cas était déroutant devant la présence de lésions pseudo cocarçoïde et de bulles où un interrogatoire minutieux et une biopsie ont permis d'écarter d'autres pathologies graves notamment un impétigo bulleux ou un érythème polymorphe post viral.

Conclusion :

Le diagnostic de varicelle est clinique, mais en cas de présentation inhabituelle, ce diagnostic est remis en cause. L'originalité de notre cas était l'association d'une varicelle et une forme d'eczéma bulleux pseudo cocaroiide par l'application d'acyclovir topique. En outre, son utilisation, souvent par automédication, devrait être envisagée avec prudence.

Mot-clé : Varicelle, eczéma bulleux, acyclovir



**Varicelle de l'adulte
complicquée d'une**

pneumopathie mortelle : à propos d'un cas

Y. Zarouali¹, B. Amal¹, GH. Erramli¹, M. Aboudourib¹, W. Hocar¹, S. Amal¹

K. Danaoui², M. Idalene², N. Tassi²

F.Z. El Khettab³, S. Khalil³, S. Iliassou³,
A. Ziadi³

1 Service de dermatologie et vénéréologie

2 Service des maladies infectieuses

3 Service de réanimation chirurgicale A

Faculté de médecine et de pharmacie-
Marrakech

Introduction :

La varicelle est une maladie hautement contagieuse qui touche surtout l'enfant. Généralement bénigne mais elle peut entraîner de lourdes complications chez l'adulte, notamment la pneumonie due au virus Varicella zoster (VZV) qui est un virus neurotrope dont le seul réservoir est l'être humain.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 63 ans ; tabagique chronique à 24 paquet-année ayant comme antécédents : une silicose pulmonaire depuis 2001 sous surveillance, un diabète type II non suivi, une polyarthrite sous corticothérapie 20 mg par jour depuis 5 ans mal suivi et une allergie à la pénicilline. Il a été admis aux urgences pour varicelle sévère étendue d'installation

deux jours avant son admission dans un contexte fébrile, douleurs abdominales et vomissements. L'examen clinique a objectivé : un patient conscient, asthénique, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. L'examen cutanéomuqueux a révélé : des lésions vésiculeuses ombiliquées suintantes et confluentes par endroit, au niveau de tout le corps. Le patient a été hospitalisé au service des maladies infectieuses et a été mis sous Aciclovir 10 mg par kg chaque 8h avec au bilan initial : CRP à 60 mg/l, leucocytes à 9200/mm³, Neutrophiles à 6100/mm³, ALAT à 45 UI/l, ASAT à 71 UI/L, Urée à 0,25 g/l, Créatinine à 7,5 mg/l et sans troubles hydroélectrolytiques. La radiographie thoracique de face a objectivé une opacité basale droite en faveur d'une pneumopathie varicelleuse. L'évolution a été marquée par l'installation rapide d'une détresse respiratoire faite d'une polypnée et une désaturation à 76 % nécessitant une hospitalisation au service de réanimation. Le patient a été intubé et ventilé. Il a présenté une hypoxie avec une défaillance multiviscérale faite d'une cytolyse hépatique, une insuffisance rénale fonctionnelle et un sepsis occasionnant le décès.

Discussion :

Chez l'adulte, même immunocompétent, l'éruption est souvent beaucoup plus

profuse avec la présence des signes généraux graves. On peut retenir la règle de 25. Au-delà de 25 ans, 25 % des patients présentent une pneumopathie varicelleuse dont 25 % auront besoin d'une ventilation assistée. Cette pneumopathie s'installe un à six jours après le début de l'éruption, avec toux, dyspnée, fièvre éventuellement une hémoptysie ou même un détresse respiratoire aigu. La radiographie pulmonaire montre des opacités micro ou macro nodulaires localisées ou diffuses, le tabagisme constitue un facteur de risque et de gravité très net. La pneumopathie est responsable de 30 % des décès dus à la varicelle chez l'adulte.

Notre patient avait plusieurs facteurs de gravité notamment le tabagisme, la silicose

pulmonaire associées à un diabète non suivi et une corticothérapie au long cours mal contrôlée. L'atteinte par le virus de varicella-zoster a causé chez lui une pneumopathie grave avec une défaillance multiviscérale nécessitant une prise en charge en milieu de réanimation et occasionnant le décès.

Conclusion :

Le tableau clinique de l'infection à VZV chez l'adulte comporte l'atteinte cutanée classique, mais peut se compliquer par des atteintes notamment pulmonaires et/ou neurologiques potentiellement sévères pour lesquelles un traitement précoce est impératif.

Varicelle compliquée de l'adulte révélant une infection rétrovirale : A propos d'un cas

- *S.Hazmiri , G.Erramli , Z.Mernissi , M.Aboudourib , W.Hocar , S.Amal*
Service de Dermatologie du CHU Mohamed VI de Marrakech

Introduction

La varicelle est une maladie infectieuse virale aussi contagieuse que fréquente provoquée par un herpès virus (Varicelle-Zoster Virus ou VZV). C'est une infection strictement humaine, survenant dans 90 % des cas avant l'âge de 15 ans. Ceux sont, en général, des infections bénignes. Cependant, sur certains terrains, des complications peuvent survenir, nécessitant une prise en charge adaptée.

Nous rapportons le cas d'une jeune patiente admise pour varicelle diffuse compliquée . Et chez qui le bilan étiologique a révélé une IRV .

Observation

Il s'agit de la patiente A.Z. âgée de 17 ans , issue d'une famille démunie . Sans antécédents pathologiques particuliers . Qui a présenté une semaine avant son admission ,une éruption vésiculo-bulleuse ombiliquée diffuse à évolution céphalo-caudale puis généralisation par la suite pour atteindre tout le corps . Le tout associé à une asthénie et une dyspnée stade II de la NYHA .

Le diagnostic de varicelle a été retenu cliniquement . A son admission , un test rapide HIV a été réalisé revenant positif .

Discussion

La varicelle correspond à la primo-infection et résulte de l'exposition au virus d'une personne non immune. Quatre-vingt-dix pour cent des cas surviennent chez l'enfant entre 1 an et 14 ans avec une très faible mortalité : 1,4 à 2 pour 100 000 cas. La mortalité augmente à partir de 45 ans (0,1 à 0,5 %).

Les formes graves sont les formes très extensives et/ou hémorragiques et celles avec des localisations viscérales immédiates : pneumopathie, myocardite, thrombopénie aiguë, purpura fulminans.

Chez l'adulte, la varicelle peut être l'expression d'une primo-infection ou d'une réinfection exogène ou endogène rendue possible par l'immunodépression. La varicelle est particulièrement grave chez les enfants porteurs d'une lymphoprolifération maligne ou, plus rarement, d'une tumeur solide. La maladie du greffon contre l'hôte expose le malade à un risque accru de varicelle mais seule la forme aiguë majeure celui de dissémination virale. L'immunodépression induite par la corticothérapie systémique augmente la fréquence de la dissémination virale.

L'infection à VIH ne semble pas aggraver le pronostic de la varicelle chez l'adulte mais la rareté des cas rend toute évaluation malaisée. Des formes cutanées atypiques, de diagnostic difficile, peuvent retarder la mise sous traitement antiviral en cas de PV. Des manifestations profuses , hémorragiques , nécrotiques sont rapportées . Ainsi que des manifestations systémiques graves faites notamment de pneumopathie varicelleuse d'hépatites virales .

Conclusion

La varicelle est une infection systémique aiguë, survenant habituellement dans l'enfance, due aux virus varicelle-zona (herpes virus humain de type 3). Elle débute habituellement par de légers symptômes généraux suivis rapidement de lésions cutanées apparaissant par poussées successives et caractérisées par des macules, des papules, des vésicules et la formation de croûtes. Les patients à risque de complications neurologiques sévères ou d'autres complications systémiques (p. ex., pneumonie) sont l'adulte, le nouveau-né et le patient immunodéprimé ou ayant certains problèmes médicaux sous-jacents. Le diagnostic est clinique.

ABSTRACT :

Zona intercostal et thoracotomie, quelle corrélation ? à propos de 2 cas.

F.ZEROUAL, B.BELAYACHI, S.AMAL

Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé-FMPM- Marrakech

Introduction :

Le zona intercostal correspond à la localisation la plus fréquente chez l'adulte, il s'agit d'une ganglioradiculonévrite postérieure aiguë, souvent due à la réactivation du virus varicelle zona resté latent dans les neurones des ganglions nerveux liés aux dermatomes thoraciques. Nous décrivons ici deux cas de zona intercostal survenu sur le dermatome correspondant à la cicatrice de thoracotomie postéro-latérale à des intervalles différents.

Observations :

Nous rapportons les cas de deux patients, 1 homme et 1 femme, âgés successivement de 58 et 57 ans, traités chirurgicalement par thoracotomie postéro-latérale, pour pneumothorax spontané secondaire et pleurésie tuberculeuse, ayant présenté à 2 ans et à 5 mois de la chirurgie, au niveau du dermatome intéressé par la thoracotomie, une éruption unilatérale, en bande, s'arrêtant à la ligne médiane, à type de plaque érythémateuse, parsemée de vésicules, groupées en bouquet.

Le diagnostic de zona intercostal fût retenu cliniquement devant l'aspect sémiologique caractéristique chez les deux patients.

Dans les deux cas, le traitement a consisté en une cure de valaciclovir 1g, 3 fois par jour, pendant 1 semaine, avec bonne évolution clinique de l'éruption et persistance de la douleur malgré un traitement antalgique de deuxième pallier chez le premier patient, tandis que le traitement anti-viral est toujours en cours chez la deuxième patiente.

Discussion

Le zona correspond à une réactivation du virus varicelle zona resté latent dans les ganglions nerveux. Dans la littérature, sont décrits des traumatismes locaux comme facteur déclenchant de la réactivation, cependant peu de publications traitent d'une réactivation au décours d'une chirurgie.

Bien que la corrélation entre la survenue du zona intercostal et la thoracotomie n'est pas prouvée, nous émettons comme hypothèses physiopathologiques, l'effet du traumatisme occasionné par l'écartement costal ainsi que la réalisation de bloc nerveux intercostaux en peropératoire. Cependant l'intervalle entre la thoracotomie et le déclenchement du zona n'est pas en faveur de cette hypothèse.

Conclusion :

Les deux cas que nous rapportons ainsi que ceux décrits dans la littérature suggèrent une corrélation entre zona et plaies chirurgicales, d'où l'intérêt d'études à plus larges échantillons, visant à affirmer cette corrélation .

Un cas de Syndrome de Ramsay Hunt

O. Khadiri; M. Aboudourib; O. Hocar; S. Amal

Dermatologie et vénéréologie , CHU MOHAMED VI MARRAKECH - DRH, Marrakech, Maroc;

Introduction

Le syndrome de Ramsay Hunt est caractérisé par la réactivation du virus varicelle- zona au ganglion géniculé, entraînant un zona aigu. Il se présente avec des caractéristiques cliniques spécifiques telles qu'une éruption vésiculaire à l'oreille (appelée otite herpétique) ou dans la muqueuse buccale, accompagnée d'une paralysie aiguë du nerf facial périphérique. D'autres nerfs crâniens, y compris le V, le IX, le XI et le XII, sont également fréquemment touchés. La présentation clinique du syndrome de Ramsay Hunt peut varier en raison de différents schémas d'implication cutanée, expliqués par des connexions individuelles entre les nerfs crâniens et cervicaux. Le traitement implique généralement une combinaison de médicaments antiviraux et de stéroïdes. Un diagnostic précoce joue un rôle crucial dans l'amélioration des lésions nerveuses associées au syndrome de Ramsay Hunt, soulignant l'importance d'un début rapide du traitement.

Observations :

Un homme de 64 ans s'est présenté à notre hôpital avec des douleurs et un engourdissement à l'oreille droite depuis 2 jours, suivis du développement d'une éruption vésiculaire du côté droit de son visage. Il n'avait pas de plaintes antérieures de maux de tête, de bourdonnements d'oreilles, de vertiges ou de perte d'audition. L'examen neurologique a révélé une paralysie faciale et une éruption vésiculaire dans la conque sans surdité sensorielle. Les examens de laboratoire de routine, y compris le dépistage rétroviral, étaient normaux. Un diagnostic clinique du syndrome de Ramsay Hunt (SRH) a été envisagé en se basant sur les douleurs à l'oreille, la paralysie faciale et la distribution dermatomale typique de l'éruption cutanée. Il a commencé un traitement par valacyclovir oral à raison de 1g trois fois par jour pendant 7 jours, ainsi que de la prednisolone à raison de 60mg par jour pendant 5 jours. Deux jours après le début du traitement, les lésions vésiculaires ont disparu, mais l'examen neurologique a révélé une persistance de la paralysie faciale du côté droit.

Discussion :

Dans 12 % des cas de paralysie faciale périphérique, l'implication otique est attribuée à une infection virale par le zona herpétique. La réactivation de l'infection latente par le VZV dans le ganglion géniculé entraîne des symptômes tels que des douleurs à l'oreille, une éruption vésiculaire sur l'oreille et une paralysie faciale périphérique. Cette condition est rare, avec une incidence annuelle de 5 pour 100 000, mais elle est la deuxième cause la plus fréquente de paralysie faciale non traumatique. Le pronostic de la paralysie faciale est plus défavorable dans le syndrome de Ramsay Hunt par rapport aux formes idiopathiques. Seuls 10 % des patients atteints d'une paralysie faciale complète retrouvent une récupération complète. L'implication initiale du nerf facial est le résultat de l'inflammation causée par la neurite virale, suivie d'un œdème du nerf facial comme effet secondaire. Selon les rapports, l'initiation d'un traitement précoce par une combinaison d'acyclovir et de prednisone s'est révélée efficace dans le traitement du syndrome de Ramsay Hunt.

Conclusion :

Le syndrome de Ramsay Hunt est une cause rare de paralysie faciale, caractérisée par une dysfonction sévère et un pronostic plus défavorable pour le nerf facial par rapport à la paralysie de Bell. La combinaison d'acyclovir et de corticostéroïdes à haute dose a été trouvée pour améliorer la récupération fonctionnelle du nerf facial.

Image(s) :



Quand l'éruption vésiculeuse manque au Zona:

A propos d'un cas

F.Elguennouni, K.Elbakali, J.Azhari, Y.Zemmez, R.Frih, N. Hjira
Service de Dermatologie – Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V - Rabat

Introduction :

Le zona est la manifestation clinique de la réactivation du virus de la varicelle-zona, lors des états de stress ou d'immunodépression. C'est une affection qui touche surtout le sujet âgé. Ses topographies usuelles sont : intercostales (50%), ophtalmique (10%) ainsi que d'autres localisations moins fréquentes (otitique, cervical).

Observation :

Il s'agit d'un patient de 65 ans, sans antécédents particuliers, admis aux urgences pour douleur et tuméfaction de l'hémiface gauche avec otalgie homolatérale depuis 2 jours, dans un contexte de fièvre à 39°. L'examen dermatologique a révélé la présence d'un placard érythémateux chaud et douloureux, exacerbé à la palpation, infiltré à bords nets, siégeant au niveau temporal, jugal et mandibulaire. L'examen de la cavité buccale a objectivé une érosion de la commissure labiale surmontée de croûtes mélicériques, ainsi que de multiples lésions aphtoides douloureuses à la face interne jugale et labiale et un muguet buccal. Les diagnostics différentiels évoqués étaient : la dermohypodermite de la face, la staphylococcie de la face et l'eczéma, ainsi que le Zona devant la distribution métamérique (V2, V3) et l'absence de porte d'entrée. Le diagnostic de Zona a été retenu, le patient a été mis sous valaciclovir 500mg (2 comprimés 3 fois par jour), avec une antibiothérapie locale (acide fucidique 2% 2 applications par jours) le tout pendant 07 jours et l'association codéine paracétamol à visée antalgique. L'évolution clinique était satisfaisante et le patient a gardé une algie de l'hémiface pendant 3 semaines.

Discussion :

L'atteinte zostérienne des 2 branches du nerf trijumeau V2 et V3, représente une localisation moins fréquente et a été rarement citée dans la littérature. Les particularités de cette localisation sont d'abord l'atteinte muqueuse et les complications dentaires (non retrouvées chez notre patient édenté), ainsi que l'absence de l'éruption vésiculeuse, surtout chez le sujet âgé, comme l'illustre notre cas. L'absence de l'éruption rend le diagnostic très délicat, d'autant plus que les diagnostics différentiels infectieux représentent des urgences thérapeutiques. Le diagnostic précoce est crucial afin d'éviter les algies zostériennes invalidantes.

Une forme atypique de pityriasis rosé de Gibert pédiatrique localisée dans la région

périnéale : Pityriasis Circiné et Marginé de Vidal

O. Khadiri; M. Aboudourib; S. Amal; O. Hocar

Service de dermatologie, chu mohamed vi, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le pityriasis rosé de Gibert (PRG) est une affection bénigne, autolimitante, papulosquameuse caractérisée par l'apparition d'un médaillon initial suivi d'une éruption brutale de multiples papules et plaques de couleur saumonée sur le tronc et les extrémités proximales. Elle affecte principalement les jeunes adultes et dure de 2 à 12 semaines. Les cas atypiques de pityriasis rosé sont assez fréquents et moins facilement reconnus que les éruptions typiques.

Observations :

Une fille de 8 ans a présenté une éruption soudaine de lésions prurigineuses, précédée de symptômes coryzaux sept jours auparavant. L'examen a révélé de multiples macules érythémateuses unguinales entourées d'un fin collier desquamatif. La plaque érythémo-squameuse annulaire initiale était située dans la partie médiane et supérieure du pubis, mesurant 4 cm sur l'axe longitudinal avec une fine desquamation périphérique furfuracée. La biopsie cutanée a révélé une parakératose, une spongiose épidermique, des cellules inflammatoires dermiques et des globules rouges extravasés. Le deuxième cas clinique concerne une fille de 5 ans qui a initialement présenté une plaque initiale pubienne, suivie 20 jours plus tard de lésions érythémo-squameuses situées dans la région périnéale qui n'ont pas répondu aux antifongiques. L'éruption se composait de petites macules ovales roses, avec une collerette desquamative périphérique grisâtre. Les surfaces palmoplantaires et muqueuses n'étaient pas atteintes. Le reste de la peau et l'examen systémique n'ont révélé aucune anomalie. Nous avons posé un diagnostic de pityriasis rosé de Gibert dans sa variante marginée et circinée de Vidal. Une résolution complète a suivi un traitement par érythromycine pour les deux patientes. Aucune récurrence n'a été notée.

Discussion :

Le PRG est principalement observé chez les patients âgés de 10 à 35 ans et a un sex ratio de 1. Le PRG chez les enfants de moins de 10 ans est rare. Il se produit généralement au printemps et à l'automne. Il disparaît généralement spontanément en 6 à 8 semaines, mais une courte durée de 2 semaines et une longue de 5 mois ont été décrites. À ce jour, l'étiologie et la pathogenèse de la RP restent insaisissables. L'hypothèse virale est actuellement la plus créditée, en particulier le virus de l'herpès humain (HHV)-6 et HHV-7. Généralement, le PRG se présente sous sa forme classique. Cependant, les variantes atypiques sont assez courantes et posent généralement des problèmes de diagnostic. Le Pityriasis Rosé de Gibert Marginata et Circinata de Vidal rapporté dans nos deux cas cliniques a été initialement décrit par Vidal en 1882 étant une entité apparue vu la longue durée d'évolution et la mise en évidence du *Microsporon Anomeon*, qu'il considérait comme facteur étiologique. Cette entité commence, selon Vidal, par de petites macules squameuses survenant régulièrement sur le tronc et parfois sur les bras, dans l'aisselle et l'aîne. L'éruption est asymétrique et est d'évolution lente, suivant un cours de plusieurs mois.

Conclusion :

Le PRG est une maladie fréquente et autolimitante qui, dans sa forme typique, ne devrait pas susciter de doutes diagnostiques. Néanmoins, ses présentations atypiques peuvent constituer un défi pour le clinicien, d'où l'intérêt de les connaître. La reconnaissance de ces formes peut permettre un diagnostic correct et éviter des procédures inutiles.

Introduction et objectifs :

L'hypertrichose est décrite comme une augmentation de la pilosité sur une partie ou sur l'ensemble du corps par rapport aux personnes du même âge, du même sexe et de la même race, indépendamment d'un excès d'androgènes. Elle peut être localisée ou généralisée, ou encore acquise ou congénitale. L'hypertrichose localisée acquise a été associée à diverses causes, notamment un traumatisme local, une irritation chronique, une inflammation, une occlusion par un plâtre et des médicaments

Matériels et méthodes :

Nous rapportons ici le cas d'une enfant de 2 ans en bonne santé, née à terme après un accouchement par voie basse, qui présentait des zones focales de pilosité accrue sur les deux membres inférieurs et le dos.

L'enfant avait présenté 4 mois plus tôt un impetigo bulleux traité par antibiothérapie orale et soins locaux. L'évolution a été marquée par l'apparition de macules hyperpigmentées surmontées de poils dans la zone des anciennes lésions infectieuses.

L'examen dermoscopique a montré un réseau pigmenté avec des rosettes par endroits et une augmentation du nombre de poils.

Il n'y avait pas d'antécédents d'administration d'autres médicaments, y compris de dermocorticoïdes.

Le reste de l'examen physique était normal.

Résultats :

L'hyperpilosité localisée ou hypertrichose a été associée à plusieurs facteurs, dont les traumatismes cutanés répétés, la périphérie des brûlures et les piqûres d'insectes. L'exploration de la littérature anglophone des 50 dernières années n'a permis de trouver que 3 rapports d'hypertrichose localisée après une éruption cutanée d'origine infectieuse.

Bien que la chaleur et l'hyperémie soient supposées stimuler la croissance du follicule pileux, la physiopathologie exacte de l'hypertrichose localisée n'est pas claire. Il est intéressant de noter que le récepteur vanilloïde transitoire présent dans les follicules pileux humains et stimulé par la chaleur et l'inflammation a été impliqué dans la croissance des cheveux chez les souris en induisant l'anagène dans les follicules pileux télogènes in vivo.

Il est possible que le processus inflammatoire associé à l'infection locale soient à l'origine d'une stimulation prolongée du récepteur vanilloïde transitoire et à une croissance ultérieure des cheveux, bien que cette hypothèse reste à prouver.

Conclusion :

Quel que soit son mécanisme, l'hypertrichose localisée d'origine post-infectieuse ne semble pas avoir de conséquences néfastes et donc ne nécessite pas d'évaluation supplémentaire.

**D. Afli ; M. LAHOUAL EP GAIED1 ; H. Abdelwahed ; M. BEN KAHLA ; N. Fetoui Ghariani1 ; M. Ben Rejeb ; S. Saad ; A. Aounallah ; N. Ghariani ; S. Mokni; M. Denguezli ;
Dermatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie ;**

INTRODUCTION :Les causes infectieuses de la vascularite cutanée sont bien connues et comprennent notamment les infections bactériennes et virales. Les cas résultant d'une infection parasitaire sont moins fréquents. La gale, actuellement en recrudescence, n'a été rapportée que dans quelques cas isolés. Nous rapportons ici deux nouveaux cas de gale compliquée d'une vascularite cutanée.

OBSERVATIONS :

Cas 1 :

Un homme de 86 ans a été admis dans notre service de dermatologie pour une éruption purpurique généralisée évoluant depuis six semaines. L'examen clinique notait des lésions maculeuses purpuriques arrondies de 0.5 à 1 cm de diamètre regroupées en grandes plaques prenant un aspect nécrotique par endroit prédominant à la racine des cuisses et sur les fesses . On a complété par une biopsie cutanée et des bilans sanguins. L'examen anatomopathologique a révélé un aspect compatible avec une vascularite urticarienne. Les tests de laboratoire réalisés dans le cadre du bilan étiologique étaient normaux, à l'exception d'une hyperéosinophilie à 1000/mm³ et d'une insuffisance rénale chronique connue. Parallèlement à la recherche étiologique d'une vascularite, le diagnostic de gale a été posé sur la base d'un prurit féroce à recrudescence nocturne avec notion de prurit familial et d'une hyperéosinophilie .Il a été confirmé par la mise en évidence de *Sarcoptes scabiei*. Un traitement anti-gale a été initié avec une bonne évolution.

Cas 2 :

Un homme de 54 ans a été hospitalisé pour une éruption polymorphe prurigineuse présente depuis huit mois. L'examen dermatologique a révélé des lésions éczématiformes généralisées associées à des stries de grattage, des excoriations et une kératodermie palmo-plantaire fissuraire. Le diagnostic de gale a été posé suite à la mise en évidence du *Sarcoptes scabiei* à l'examen parasitologique. La biopsie cutanée a révélé une vascularite dont le bilan étiologique restait négatif. Les tests de laboratoire étaient normaux en dehors d'une hyperéosinophilie à 1300. Le traitement de la gale a été instauré . Aucun traitement spécifique de vascularite n'a été prescrit. L'évolution a été favorable au bout de deux semaines.

DISCUSSION :Nos deux patients présentaient à la fois une vascularite urticarienne, identifiée à la biopsie cutanée, pour laquelle les tests étiologiques standards étaient négatifs et une gale d'évolution prolongée. Le diagnostic posé a été celui d'une vascularite scabieuse, vue l'absence de toute autre étiologie décelable pour la vascularite malgré une enquête exhaustive. L'association entre gale et vascularite est rare mais ne semble pas être fortuite puisque une dizaine de cas ont rapportés dans la littérature. Une prédominance masculine a été noté. Une hyperéosinophilie, présente chez nos deux patients, a été observée chez plus du tiers des patients. Dans les deux cas, la vascularite a régressé après le traitement anti-scabieux et sans rechute ultérieure.

L'hypothèse pathogénique de la vascularite scabieuse repose sur une hypersensibilité humérale impliquant la formation de complexes immuns circulants suite à la pénétration d'un antigène dans la circulation sanguine.

CONCLUSION : La gale reste un problème d'actualité en 2023, en particulier dans les communautés de personnes âgées. Le diagnostic de gale peut être évoqué en cas d'une vascularite cutanée d'allure idiopathique, en particulier lorsqu'il existe un prurit intense. Les praticiens doivent garder à l'esprit cette hypothèse étiologique afin de permettre une prise en charge adaptée et de réduire la contagiosité de l'affection.

Les BCGites : Aspect épidémiologique et formes cliniques

Introduction :

La vaccination antituberculeuse par le BCG, vaccin vivant atténué, est systématique à la naissance dans de nombreux pays comme le nôtre. Nous rapportons une série hospitalière de BCGites compliquant cette vaccination.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective descriptive des cas de BCGites chez des nourrissons âgés de moins de 2 ans, menée dans le service de dermatologie entre janvier 2005 et décembre 2022.

Résultats :

Sur une période de 18 ans, nous avons répertorié 40 cas de BCGites avec une sex-ratio garçon/fille de 5/3. La vaccination a eu lieu dans les premières 48 heures de vie dans 95% des cas et à l'âge de 1 mois dans les cas restants. L'âge de début des symptômes variait de 1 à 24 mois.

La forme locorégionale (LR) a été retrouvée chez 30 patients (75%). Dans ce premier groupe G1, une adénite gauche homolatérale au site d'injection était présente chez 83% de ces enfants et était fistulisée chez 56% des cas. Elle siégeait au niveau axillaire (72%), latéro-cervicale (12%), sous angulo-mandibulaire (12%) ou sus-claviculaire (4%). Trois patients (10%) avaient une ulcération traînante au site d'injection et deux (6,66%) avaient une tuméfaction fluctuante de la cuisse gauche dont l'histologie a permis de retenir le diagnostic de BCGite. L'évolution était favorable en moins de 2 mois chez 95% de G1. Dans les 5% restants, nous avons noté une adénite avec examen PCR BK positif et un lupus tuberculeux sur BCG confirmé à l'histologie, ayant nécessité un traitement antituberculeux (TAT).

La BCGite disséminée a été retrouvée chez 10 patients (25%), dont 90% étaient immunodéprimés (ID) : Déficit immunitaire combiné sévère (n=5), granulomatose septique chronique (n=2), déficit de l'axe IL-12 INF γ (n=1) et déficit HLA classe 2 (n=1). Dans ce groupe G2, 40% avaient des localisations cutanées multiples et 80% avaient des manifestations systémiques avec recherche de BK positive au myélogramme. Quatre patients seulement (40%) ont bien évolué après 12 mois de TAT et 6 (60%) sont rapidement décédés.

Discussion :

La fréquence des BCGites post vaccination par le BCG reste faible par rapport au nombre important de sujets vaccinés. Nos résultats convergent avec ceux des études anciennes concernant la fréquence plus élevée des formes LR qui sont souvent consécutives à des erreurs techniques. L'injection intradermique profonde, l'utilisation de forte dose de vaccin et de certaines souches majorent le risque de survenue de BCGite LR. Vu que la majorité des nourrissons ayant présenté BCGite ont été vaccinés avant l'âge d'un mois, le report de l'âge de vaccination après un mois a été proposé pour prévenir ces complications.

Le traitement de la BCGite n'est pas codifié pouvant aller d'une abstention avec surveillance, un traitement symptomatique, un TAT ou même chirurgical. La plupart des BCGites LR guérissent spontanément comme chez 95% de nos patients (G1).

Conclusion :

La BCGite doit être évoquée chez tout enfant vacciné par le BCG. Le vaccin BCG doit être déconseillé en cas d'antécédents personnels ou familiaux de déficit immunitaire.

Introduction

L'érythème polymorphe (EP) post infectieux touche rarement l'enfant. Il peut être grave, notamment chez le nourrisson en cas d'atteinte muqueuse. *Mycoplasma pneumoniae* et Herpès simplex sont les deux principales étiologies infectieuses.

Méthode et matériel

Nous rapportons un cas pédiatrique d'un EP mineur post oreillons

Observation

Il s'agissait d'un enfant âgé de 8 ans admis dans notre service pour une éruption cutanée évoluant depuis 5 jours. L'interrogatoire n'a pas révélé la notion de récurrence herpétique ni de prise médicamenteuse au cours des trois derniers mois. L'examen clinique a révélé des lésions en cocarde douloureuses au niveau des coudes et des dos des mains dont certaines sont vésiculo-bulleuses. Par ailleurs, il n'y avait pas de fièvre, ni de signes respiratoires et l'état général était conservé. Par ailleurs, la maman a rapporté la notion d'oreillons précédent l'éruption cutanée de deux semaines.

On a complété par une sérologie d'oreillons revenant positive avec IgM à 13 et IgG à 271 AU/ml Le diagnostic d'EP post oreillons a été retenu et le patient a été mis sous dermocorticoïde avec bonne amélioration

Conclusion

L'EP mineur est une forme clinique de gravité moyenne à prédominance cutanée, avec peu ou pas de signes généraux et une atteinte muqueuse modérée ou absente. Il touche généralement l'adulte jeune, et est rare chez l'enfant. Les signes cutanés sont des cocardes (papuleuses et bulleuses) typiques. L'atteinte est symétrique et volontiers à prédominance acrale sur les membres, touchant électivement les zones d'extension des coudes, genoux, poignets, mains.

L'étiologie chez l'enfant est dominée par les infections à *Mycoplasma pneumoniae* et à herpes virus mais de nombreuses autres infections virales et bactériennes ont été mises en cause. A notre connaissance aucun cas d'érythème polymorphe post oreillons a été rapporté dans la littérature jusqu'à nos jours.

Larva migrans cutanée : une impasse parasitaire à l'origine d'une angoisse communautaire

R. Said El Mabrouk (1), M. Belkahla (1), N. Ghariani Fetoui (1), M. Lahouel (1), S. Saad (1), M. Ben Rejeb(1), N. Abdessayed (2), A. Aounallah (1), N. Ghariani (1), S. Mokni(1), M. Denguezli (1).

(1) Service de dermatologie, Hôpital Farhat Hached, université de Sousse, Tunisie.

(2) Service d'anatomopathologie, Hôpital Farhat Hached, université de Sousse, Tunisie.

Introduction

La *larva migrans cutanée ankylostomienne (LMCa)*, ou l'éruption rampante, est provoquée par la pénétration transcutanée de larves d'ankylostomes provenant essentiellement des déjections du chien et du chat. Les zones d'endémies sont l'Amérique intertropicale, l'Afrique subsaharienne, le Sud-Est asiatique et les Antilles en lien avec les conditions optimales du développement des larves dans un climat chaud et humide. Nous rapportons un cas de LMCa caractéristique contractée à une plage dans un pays non endémique et nous en décrivons les signes dermoscopiques.

Présentation du cas

Une fille âgée de cinq ans habitant en Tunisie, ayant pour antécédent une dermatite atopique, s'est présentée avec une lésion érythémateuse, surélevée, fibreuse, serpigineuse, prurigineuse et douloureuse avec des croûtes hémorragiques au niveau du mollet. La lésion a une largeur de 2 mm et une longueur de 10 cm. À l'extrémité de ce trajet serpigineux, on notait la présence de lésions papuleuses excoriées d'allure inflammatoire. Ces lésions avaient débuté une semaine après une marche pieds nus et contact sans protection vestimentaire avec le sable d'une plage du centre Tunisien et s'étaient étendues depuis. La patiente était apyrétique et ne présentait pas d'altération de l'état général. À l'examen dermoscopique on notait la présence de structures linéaires blanches jaunâtres avec un fond érythémateux et des points bruns entourés de squames blanches périphériques. Le diagnostic de larva migrans ankylostomienne était donc retenu compte tenu du contexte d'apparition des lésions (contact avec le sable sans protection vestimentaire), de la présentation clinique et devant les signes cliniques et dermoscopiques. La patiente a été traitée par l'albendazole 400mg/j pendant 3 jours avec une amélioration clinique de la lésion.

Discussion

La LMC est due à la migration sous-cutanée de larves de nématodes, le plus souvent causée par *Ancylostoma caninum* ou *Ancylostoma brasiliensis*. La transmission se fait par contact d'une peau humide présentant quelques abrasions cutanées avec un sol souillé par des déjections animales de chien ou de chat. La larve pénètre par voie transcutanée, migre sous la peau, laissant une lésion inflammatoire érythémateuse sur son trajet. Ce parasite, n'étant pas adapté à l'homme, ne peut pas effectuer son cycle habituel et reste au stade larvaire jusqu'à sa mort naturelle en quelques semaines (impasse parasitaire).

À l'examen clinique, on peut constater une macule ou une papule d'où part(ent) un ou plusieurs cordons sous-cutanés érythémateux, prurigineux, serpigineux, et mobile(s), localisé initialement au point de pénétration de la larve. Les pieds, les fesses et le tronc sont les sites les plus couramment atteints. Une eczématisation des lésions est possible. Des formes profuses de la maladie sont également observables, à type de folliculite ankylostomienne, plus difficile à traiter. Le diagnostic est porté à partir du contexte (pays endémique avec promenade pieds nus sur les plages) et de la présentation clinique. Aucun examen complémentaire n'est habituellement nécessaire.

L'examen dermoscopique révèle des structures linéaires blanches jaunâtres segmentées bien définies pouvant correspondre au corps de la larve avec un fond érythémateux et des points bruns entourés de squames blanches périphériques correspondant au tractus larvaire vide (comme le cas de notre patiente). Multiples zones linéaires jaunâtres segmentées correspondant à des pustules le long du tractus larvaire ont été décrites.

Conclusion

Le diagnostic de l'infestation par le LMC est souvent basé sur l'anamnèse et la présentation clinique qui est caractérisée par la trace serpiginieuse prurigineuse distinctive. Néanmoins, la dermoscopie peut être utile en cas d'incertitude, car elle permet une vision plus claire du terrier curviligne et parfois la visualisation directe du corps du parasite. Les infestations cutanées dans des pays non endémiques sont de plus en plus fréquentes en raison du changement climatique vers des températures plus chaudes. En Tunisie c'est un cas sans précédent.

Titre : A Propos d'un cas d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne Laribi Amira , Chabchoub Ines , Gara Soumaya , Abdelmalek Mariem , Litaïem Noureddine , Jones Meriem , Zeglaoui Feten Service de dermatologie , Hôpital de Charles Nicole Tunis , Tunisie

Introduction : Les rickettsioses sont des infections dues à des bactéries à Gram négatif, intracellulaires stricts appartenant au genre *Rickettsia*. Elles se transmettent par un vecteur arthropode . Elles causent des fièvres éruptives et parmi elles la fièvre boutonneuse méditerranéenne (FBM), maladie endémique en Tunisie et sur le pourtour méditerranéen. L'agent responsable de cette rickettsiose est la *Rickettsia Conorii* , transmise à l'homme par l'injection de salive infectée lors d'une piqure par la tique brune du chien : *Rhipicephalus sanguines* . Nous rapportons ici le cas d'une FBM chez une patiente âgée de 40 ans.

Observation : Il s'agit d'une femme âgée de 40 ans , aux antécédents d'hypothyroïdie sous lévothyroxine , qui a consulté pour une éruption maculo-papuleuse évoluant depuis 07 jours dans un contexte de fièvre . Elle a rapporté la sensation d'une piqure d'insecte au niveau de la cuisse droite survenue 15 jours auparavant, puis l'apparition quelque jours après d'une plaque noire nécrotique au point de piqure, associée à un syndrome pseudo-grippal fait de céphalées , d'arthralgies et de myalgies . Devant cette symptomatologie la patiente a été mise initialement sous amoxicilline-acide clavulanique . Devant l'absence d'amélioration et l'apparition d'une éruption maculo-papuleuse généralisée , elle nous a consulté pour suspicion de toxidermie . A l'examen clinique , on a trouvé une plaque érythémateuse infiltrée de 6 cm de diamètre centrée par une croûte noire au niveau du quadrant supéro-externe de la fesse droite ; correspondant à une escarre nécrotique inflammatoire. On a noté une éruption faite de maculo-papules faisant entre 0.5 et 1 cm de diamètre diffuses non confluentes , au niveau du tronc et des membres supérieurs et inférieurs avec atteinte palmoplantaire. La température a été à 38.5°C . Le reste de l'examen clinique est sans particularités. A la biologie : on a noté une anémie hypochrome microcytaire à 11 g / dl , la protéine C-réactive (CRP) s'élevait à 103 , le taux d'enzymes hépatiques était élevées (ASAT à 1.4 N ; ALAT à 1.2 N) ainsi que les lactates déshydrogénases (LDH) (1.8 N) et la gamma-glutamyl transférase (G-GT) (3 N). Devant la triade classique faite d'une fièvre, une éruption généralisée et la présence d'une escarre d'inoculation , le diagnostic de la FBM a été évoqué et la patiente a été mise sous doxycycline à la dose de 200 mg / jour pendant 5 jours , avec régression de plusieurs papules ayant évolué vers des macules pigmentées cicatricielles . On a noté également une normalisation des transaminases , avec une baisse de la CRP , des GGT et de la LDH. La sérologie *Rickettsia Conorii* a montré un taux d'IgG élevé à 265 (le seuil est à 64) et un taux d'IgM inférieur au seuil .

Discussion : La FBM est la maladie à rickettsies la plus répandue en Tunisie. Elle est caractérisée par une prédominance estivale / automnale. Après une période d'incubation asymptomatique de 6 jours (1 à 16 jours), la symptomatologie débute bruyamment et les cas typiques se manifestent par une fièvre élevée ($\geq 39^{\circ}\text{C}$), un syndrome pseudo-grippal (céphalées , frissons , arthro-myalgies), et une escarre nécrotique à l'endroit de la morsure de tique. L'escarre d'inoculation est indolore et est généralement localisé sur le tronc ou les jambes ou les bras. Cependant , les patients doivent être soigneusement examinés , car elle peut être localisée au niveau du scrotum ou la région inguinale ou axillaire. L'éruption cutanée suit généralement la fièvre dans les 2 à 3 jours et est rarement retardée jusqu'au cinquième jour. L'exanthème est initialement maculaire touchant le tronc et les membres , puis devient maculo-papuleux et généralisé. L'éruption cutanée touche souvent les paumes et les plantes des pieds mais épargne le visage. On peut noter la présence d'éléments purpuriques qui doivent faire suspecter une forme sévère de la FBM. En effet , la FBM est une maladie systémique associant des symptômes qui sont provoqués par une vascularite résultant de la prolifération de rickettsies dans les cellules endothéliales vasculaires. Les complications systémiques à suspecter et à rechercher dans les formes sévères sont : une atteinte cardiovasculaire sous forme de : troubles de rythme, une péricardite, une myocardite et des manifestations thromboemboliques ; une atteinte neurologique comportant : une méningite, une méningoencéphalite , des convulsions , ou un syndrome de Guillain-Barré.

La FBM peut se compliquer d'hémorragies digestives, de pancréatite ou d'une hépatite. Ces formes sévères peuvent également être associées à des troubles d'hémostase et / ou des troubles hydroélectrolytiques. Dans les formes les plus graves, un syndrome de défaillance multiviscérale survient. Les facteurs de risque des formes graves comprennent l'âge avancé, l'immunodépression, le diabète, l'insuffisance cardiaque et respiratoire, l'alcoolisme chronique, les hépatopathies, le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase, la prescription préalable d'un antibiotique inapproprié et le retard de l'initiation du traitement. La confirmation du diagnostic repose sur la sérologie (immunofluorescence directe et séroconversion), ou la réaction en chaîne par polymérase spécifique (PCR) sur une biopsie ou un écouvillon d'escarres. Le traitement repose sur la doxycycline à la dose de 200 mg/jour pour une durée de 2-5 jours ; cette antibiothérapie doit être prescrite dès la suspicion de la FBM sans attendre la confirmation du diagnostic. L'apyrexie et l'amélioration clinique survient généralement dans les 48 heures suivant le traitement. Les patients guérissent généralement dans les 10 jours sans aucune séquelle. Conclusion : Le diagnostic différentiel de la FBM se pose avec les éruptions fébriles causées par une toxidermie ou des viroses. L'atteinte palmoplantaire dans un contexte épidémiologique spécifique ; et la présence d'une escarre au point d'inoculation faisant partie avec la fièvre et l'éruption de la triade caractéristique de la FBM ; jouent un rôle essentiel dans clarification du diagnostic

Toxicité du Glucantime lors du traitement de la leishmaniose cutanée Z. GAFSI1; S. Saad 1; D. Afli1; M. BEN KAHLA 1; N. Fetoui Ghariani1; M. LAHOUAL EP GAIED1; M. Ben rejeb 1; A. Aounallah 1; N. Ghariani1; S. Mokni1; M. Denguezli1 1Université de Sousse, Faculté de médecine de sousse, Service de Dermatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie Introduction La leishmaniose cutanée en Tunisie est une pathologie bénigne. La guérison spontanée est obtenue au prix de cicatrices disgracieuses, justifiant le recours aux dérivés d'antimoine. Ces traitements peuvent avoir des effets secondaires parfois graves. Matériel et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur tous les patients hospitalisés pour leishmaniose cutanée (de janvier 2020 à mai 2023) et ayant nécessité un traitement par Glucantime®. Nous avons analysé les données clinico-biologiques à la recherche des signes de stibio-intolérance et/ou de stibio-intoxication. Résultats La population étudiée comprenait 74 patients (sexe-ratio=0,52), avec un âge moyen de 42 ans. Le traitement par Glucantime était prescrit à la dose de 60mg/kg/jour dans 66 cas avec une durée moyenne de 13 jours, le traitement était achevé chez 54 patients. 25 patients (33 %) ont développé des signes de stibio-intolérance : douleurs abdominales (n=4), nausées(n=11)et arthro-myalgies(n=2). Une perturbation du bilan biologique a été noté chez 41 patients(55 %) : une cytolysé hépatique (17,6%) avec élévation des transaminases à 1,8 fois la normale, une insuffisance rénale dans 7 cas et une cytopénie dans 7 cas. Une pancréatite biologique était noté chez 38 patients, caractérisée par l'élévation des amylases (de 1,2 à 13 fois la normale) et des lipases (de 1,2 à 33 fois la normale), un scanner abdominal a été demandé dans 4 cas et a conclu à une atteinte stade A dans deux cas et au stade B dans un seul cas. Enfin, on notait la survenue d'une rhabdomyolyse chez un nourrisson avec élévation des CPK à 8 fois la normale, jugulée par une bonne hydratation et une surveillance stricte. Discussion La fréquence des effets secondaires au cours du traitement par Glucantime® souligne l'importance du bilan biologique en préthérapeutique et au cours de la surveillance. Bien que les toxicités hématologiques et néphrologiques soient les plus redoutables, elles paraissent moins fréquentes que l'atteinte pancréatique. Le mécanisme de survenue de ces effets indésirables n'est pas clairement élucidé. Dans notre étude, les perturbations du bilan pancréatique étaient les plus fréquentes, avec trois cas de pancréatite médicamenteuse confirmés au scanner abdominal. Quant à la rhabdomyolyse, elle était de découverte fortuite et serait probablement en rapport avec l'injection intramusculaire du traitement. Conclusion Le Glucantime reste le gold standard dans le traitement de la leishmaniose cutanée et la prévention de ses cicatrices indélébiles. Toutefois, la survenue d'effets indésirables est fréquente, justifiant l'importance du bilan étiologique avant et pendant la durée du traitemen

Candidose cutanéomuqueuse chronique et maladies auto-immunes associées à une mutation du gène STAT1

O. mani¹; N. Fetoui Ghariani¹; N. Ghariani¹; M. BEN KAHLA¹; N. Mekki²;
A. Fathallah Mili³; D. Hmida⁴; I. Ben Mustapha²; B. Sriha⁵; S. Mokni¹;
M. Denguezli¹

¹Service de Dermatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie; ²Laboratoire de Cyto- Immunologie, Institut Pasteur de Tunis, Tunis, Tunisie; ³Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie; ⁴Laboratoire de cytogénétique, Université de Sousse, Faculté de médecine de Sousse, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie; ⁵Laboratoire d'anatomo-pathologie, Université de Sousse, Faculté de médecine de Sousse, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction

Le spectre clinique associé aux mutations du gène STAT1 n'est pas encore bien délimité. Nous rapportons un nouveau phénotype lié à une mutation STAT1 non encore décrite.

Observations

Une enfant âgée de 8 ans, issue d'un mariage consanguin du 2ème degré, s'est présentée à notre consultation avec des lésions érythémateuses du visage évoluant depuis 2ans. L'examen a révélé un gros nez érythémato-squameux infiltré associé à des plaques kératosiques des pommettes, une chéilite et un aspect leucokératosique du dos de la langue. Le diagnostic de lupus érythémateux était évoqué, mais rapidement écarté devant la négativité de l'examen en immunofluorescence directe et l'absence de signes histologiques évocateurs. L'examen histopathologique a révélé, toutefois, la présence de nombreuses spores et des filaments au niveau épidermique. Un examen mycologique direct était alors réalisé au niveau de la muqueuse buccale et au niveau cutané, confirmant la présence anormalement abondante de spores et de pseudofilaments, dont la culture correspondait à *Candida albicans*. Une candidose œsophagienne était aussi diagnostiquée, ainsi qu'un intertrigo rétro-auriculaire candidosique. Les explorations biologiques à la recherche d'un déficit immunitaire et de maladies auto-immunes étaient sans anomalie. Le diagnostic d'une candidose cutanéomuqueuse chronique (CCMC) liée à une mutation du gène STAT1 a été évoqué et confirmé par une étude moléculaire. Celle-ci a révélé une nouvelle mutation hétérozygote du gène STAT1 (L163R), de type gain de fonction, qui était absente chez les parents et la sœur, cliniquement sains. Le dosage de l'interleukine 17 (IL17) plasmatique chez la patiente était abaissé in vitro mais normal ex vivo. La patiente a été traitée par des antifongiques topiques et systémiques avec un suivi régulier bi-annuel. À l'âge de 20 ans, la patiente avait développé un vitiligo acro-facial et une thyroïdite auto-immune, diagnostiquée devant la positivité des anticorps antithyroïdiens. Le diagnostic de syndrome APECED n'a pas été retenu devant l'absence de mutation du gène AIRE.

Discussion

Le spectre clinique de la mutation STAT1 associe plusieurs types d'infections fongiques, virales et bactériennes et des manifestations auto-immunes, dont les endocrinopathies. Ainsi, la thyroïdite auto-immune chez notre patiente serait liée à sa mutation STAT1. De même, le vitiligo serait une autre manifestation auto-immune associée à la mutation STAT1, quoiqu'il n'ait pas été rapporté auparavant dans la littérature. L'absence de mutation chez les parents suggère sa survenue de novo chez notre patiente. Les sujets atteints ont habituellement un taux très bas d'IL-17 à la fois ex vivo et in vitro, ce qui n'était pas le cas chez notre patiente, où le taux ex vivo était normal, suggérant la présence de mécanismes compensatoires tel que l'âge et le nombre d'épisodes infectieux.

Conclusion

Notre observation illustre un nouveau phénotype de la mutation du gène STAT1, caractérisé par l'association d'une CCMC à une thyroïdite auto-immune et à un vitiligo.

Image(s) :



Fig1: Gros nez érythémato-squameux infiltré associé à des plaqueskératosiques des pommettes et une chéilite.



Fig2: Chéilite et aspect leucokératosique du dos de la langue.



Fig3: Vitiligo acro-facial.

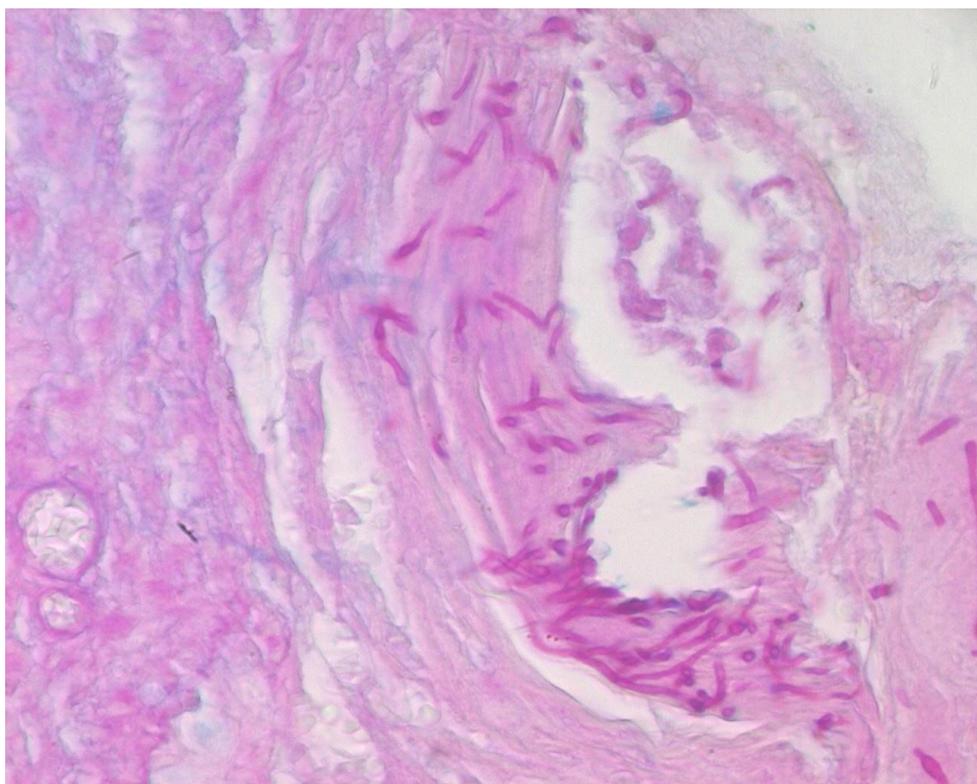


Fig4: Histologie (coloration PAS *200): Des spores et des filaments au niveau épidermique.

Un cas de sycosis fongique à Trichophyton mentagrophytes Chaima Massaoudi, Soumaya Gara , Miriam Saad , Ines Chabchoub , Marie ones , Nourredine Litaïem , Faten Zeglaoui Service de dermatologie , Hopital Charles Nicolle Introduction : Le sycosis fongique est une affection rare souvent méconnue par les praticiens. Une centaine de cas a été rapportée dans la littérature. Nous rapportons un cas de sycosis fongique de la barbe traité efficacement par les antifongiques

systémiques. Observation : Un patient âgé de 66 ans, coronarien, s'est présenté à nos consultations pour une tuméfaction douloureuse de la barbe évoluant depuis un mois. L'examen avait objectivé un placard inflammatoire multinodulaire et crouteux de la barbe parsemé de pustules avec issue de pus et sérosités, sensible à la palpation. Au sein de ce placard, on retrouvait des plaques alopeciques mal limitées avec des cheveux cassés. L'examen physique avait montré des adénopathies cervicales bilatérales sensibles. Le patient n'a pas rapporté de contact avec des animaux et il faisait souvent des travaux de jardinage. Un sycosis bactérien était suspecté initialement et une antibiothérapie systémique était débutée sans amélioration. Une biopsie cutanée faite avait montré une hyperplasie pseudo épithéliomateuse avec une coloration PAS négative. Nous avons complété par un prélèvement mycologique de cheveux cassés qui avait montré à l'examen direct la présence d'un parasitisme pileux. La culture avait identifié un *Trichophyton mentagrophytes*. Un traitement par terbinafine per os à la dose de 250 mg/j était instauré pendant deux mois. L'évolution était favorable avec désinfiltration des nodules et repousse des poils de la barbe. Discussion : Le sycosis fongique est une affection rare qui touche souvent l'homme jeune. Il est dû à une infection du poil et du follicule pileux de la barbe et des moustaches par un dermatophyte habituellement zoophile ou anthropophile, en particulier *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* et *Trichophyton verrucosum*. Le diagnostic est évoqué devant des pustules et nodules inflammatoires de la barbe et des moustaches avec des zones alopeciques ou des poils facilement détachables. La confirmation repose sur l'examen direct et la mise en culture mycologique de pus ou de poil parasité. Parfois la biopsie cutanée permet de confirmer l'infection fongique par les colorations spéciales. Dans notre cas l'infestation était probablement d'origine tellurique. Le traitement repose sur les antifongiques systémiques par terbinafine, griséofulvine ou imidazolés. Conclusion : En raison de sa relative rareté, le sycosis fongique est souvent pris à tort pour une folliculite bactérienne de la barbe exposant le patient aux effets indésirables de l'antibiothérapie. Ainsi, un prélèvement mycologique doit être fait chez tout patient de sexe masculin présentant des papulonodules et pustules récalcitrants de la barbe. Figure 1. Sycosis fongique de la barbe: placard inflammatoire pustuleux et multinodulaire du menton avec plaques alopecique

Les aspects dermoscopiques des végétations vénériennes : Une série de 27 cas.

L Bessaad, M Ben Kahla, N Ghariani Fetoui, M Lahoual, S Saad, M Ben Rjab, Z Nfikha, B Sriha, A Aounallah, N Ghariani, S Mokni, M Denguezli. Service de dermatologie, Hôpital Farhat Hached Sousse.

Introduction Les végétations vénériennes sont des proliférations tumorales bénignes d'origine virale. Elles constituent les infections sexuellement transmissibles les plus courantes. Elles se caractérisent par une nette augmentation de leur fréquence et constituent un problème majeur de santé publique. Notre objectif était de déterminer les caractéristiques cliniques et dermoscopiques de cette affection.

Patients et méthodes Il s'agit d'une étude prospective descriptive incluant des patients atteints de végétations vénériennes diagnostiquées cliniquement au service de dermatologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse entre le 01 janvier 2023 et le 31 Août 2023. Résultats Nous avons inclus 27 patients. L'âge médian était de 43 ans avec un sex-ratio (H/F) de 1.5. Quatre patients avaient une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La durée d'évolution variaient de 3 mois à 5 ans. L'interrogatoire révélait la notion de rapport sexuel vaginal dans 74% des cas, anal dans 18% des cas et vaginal et anal chez deux patients. La présentation clinique était des lésions saillantes à surface verruqueuse dans 52% des cas, des lésions plates à surface lisse dans 26% des cas et des présentations cliniques multiples chez un même patient dans les autres cas. Le patron dermoscopique était en mosaïque avec un réseau blanchâtre

autour des zones centrées par des vaisseaux glomérulaires dans 30% des cas, un patron digitiforme avec des projections longues proéminentes dans 21,7% des cas, un patron en clous de tapissier avec des projections agrégées arrondies assez semblables dans 17.3% des cas et un patron non spécifique dans les autres cas. Le patron en mosaïque était plus fréquent dans les lésions plates à surface lisse. L'examen anatomopathologique confirme le diagnostic de végétations vénériennes chez tous les patients sauf chez deux patients où le diagnostic était une papillomatose vestibulaire et un molluscum pendulum. Un patient atteint du VIH avait une lésion bourgeonnante dont la dermoscopie objectivait des vaisseaux en épingle à cheveux et des zones blanches sans structures. L'examen anatomopathologique conclue à un carcinome spinocellulaire. Des patients ont bénéficié d'un typage moléculaire.

Discussion Les infections à papillomavirus humains sont fréquentes chez l'adulte avec une prévalence en augmentation dans tous les pays. La localisation ano-génitale est fréquente et constitue un problème majeur devant le risque carcinogène. Le tableau clinique est très polymorphe et plusieurs aspects cliniques peuvent s'associer chez un même patient. L'aspect clinique peut nous orienter vers la durée d'évolution. En effet, les lésions claires à surface papillomateuse indiquent une courte durée d'évolution alors que les lésions pigmentées à surface plate indiquent une longue durée d'évolution. La dermoscopie aide au diagnostic positif avec une corrélation clinique et dermoscopique. Dans la littérature, le patron en mosaïque est plus fréquemment observé dans les lésions plates à surface lisse alors que le patron digitiforme et le patron en clous de tapissier sont observés dans les lésions papillomateuses verruqueuses, comme dans notre série. Cet outil diagnostique permet non seulement d'écarter des autres diagnostics différentiels notamment la kératose séborrhéique, le molluscum pendulum et la papillomatose vestibulaire, mais permet également d'orienter vers des diagnostics graves tel que le carcinome spinocellulaire comme chez notre patient. **Conclusion** La dermoscopie est utile au diagnostic positif des végétations vénériennes à un stade précoce permettant ainsi une prise en charge optimale avec moins de transmissions et de complications. Elle permet aussi d'éliminer beaucoup de diagnostics différentiels sources de confusion et

Disseminated African histoplasmosis in an immunocompetent patient: A case report

L.Elyamani 1;K. Kaddar 1 ;K.Belharti 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda,
Maroc

Introduction:

Histoplasmosis is a deep mycosis caused by the dimorphic fungus *Histoplasma capsulatum* [3]. There are two varieties of *H. capsulatum*: the American histoplasmosis caused by *H. capsulatum var. capsulatum* and the African histoplasmosis caused by *H. capsulatum var. duboisii* [3]. In Africa, there are limited incidence cohort data on histoplasmosis. Surveys of histoplasmin cutaneous sensitivity to investigate the prevalence of the disease have shown the rate of reactors to be from 0% to 28% [13]. American histoplasmosis is the most common endemic mycosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome [12]. However, the association of African histoplasmosis and HIV infection is yet to be determined [14].

Progressive disseminated histoplasmosis is defined as a clinical illness that does not improve after at least 3 weeks of observation and that is associated with physical or radiographic findings and/or laboratory evidence of extrapulmonary tissue involvement [8]. It is a life-threatening condition that requires early diagnosis and treatment to improve outcomes.

We report a case of African disseminated histoplasmosis in an immunocompetent patient residing in a non-endemic country likely due to endogenous reactivation of a latent infection.

Case report:

A 22-year-old African patient, an engineering student, consulted in the dermatology department with a 4-month history of diffuse rash associated with chronic hip pain (coxalgia). The medical history of the patient showed a malaria infection for which he was treated at the age of 10. The patient also reported frequent contact with bats in TOGO. Currently residing in Morocco; the patient is originally from TOGO (the town of Kara), His last visit to TOGO took place 3 years before the onset of the rash.

The patient appeared well nourished and in no distress, his body temperature was 37,1 degrees C with a heart rate of 82 bpm and a respiratory rate of 15 cpm. The blood pressure was 120/70 mmHg; oxygen saturation was 98 per cent in room air.

Dermatologic examination revealed multiple firm papules and plaques, some of which had central umbilication (molluscum-like papules) while others had hyperkeratotic lesions with a peripheral hyperpigmented halo over the back, buttocks, trunk, limbs, face, scalp, axillae, and the pubis. Dermoscopy revealed the presence of erosive lesions surrounded by hemorrhagic depressions with a shiny, white, desquamating border.

During the osteoarticular evaluation, the patient expressed pain on palpation of the right hip joint with limitations of active and passive mobility. The abdomen tenderness was reported mostly over the left and right upper quadrants. The liver edge was 2 cm below

the right costal margin, and the spleen was enlarged and tender to palpation (below the level of the navel). The patient had enlarged and tender bilateral inguinal lymph nodes. The pulmonary examination was without abnormalities on auscultation with an absence of murmurs, gallops and pleural rubs.

Laboratory results of the patient demonstrated normal Blood count, liver and kidney function tests, C-reactive protein level was 65 mg/L (0–5mg/ L) and protein electrophoresis showed hypoalbuminemia associated with a polyclonal hypergammaglobulinemia. Chest X-ray was unremarkable and ultrasonography of the abdomen and pelvis showed hepatomegaly associated with splenomegaly. The skin biopsy showed psoriasiform spongiotic dermatosis associated with multiple histiocytes revealing intracellular organisms consistent with *Histoplasma capsulatum*. The hip X-ray and MRI showed femoral head osteonecrosis. Serologic tests for syphilis, hepatitis B, C and HIV were negative. Lymphocyte typing was normal and the quantitative immunoglobulins blood test showed high levels of IgG.

The patient was diagnosed with progressive disseminated histoplasmosis and was started on oral itraconazole 200 mg twice daily. Conservative treatment of hip osteonecrosis by traction and physiotherapy was undertaken to avoid further deterioration of the affected hip. After 1 month of itraconazole, the diffuse rash noted on admission began to resolve.

Discussion:

Histoplasmosis is a deep mycosis that is caused by the dimorphic fungus *Histoplasma capsulatum*.

This fungus was first described by Samuel Darling in 1906. Its name was prompted because the organism appeared as an encapsulated parasite inside a histiocyte [2].

Two varieties of *H. capsulatum* infect humans: the **American** histoplasmosis caused by *H. capsulatum* var. *capsulatum* and the *African* histoplasmosis caused by *H. capsulatum* var. *duboisii*. The most common variety, *H. capsulatum* var. *capsulatum*, is found worldwide particularly in North and Central America while *H. capsulatum* var. *duboisii* only exists in Africa [3].

Transmission occurs via inhalation of *Histoplasma capsulatum* conidia from the soil. Environmental exposure to nitrogen-rich guano soil has been shown to increase the risk of histoplasmosis in the general population. Thus, an infection may be acquired through a multitude of activities (demolition and construction, cave exploration, cleaning out old structures or chicken coops, exposure to bird roosts or poultry, spelunking and gardening) that can lead to inhalation of the pathogen through contaminated soil [7, 10].

Most primary cases of infection occur shortly after initial exposure; disseminated infection has also been described in patients living outside of endemic zones, suggesting endogenous reactivation of latent foci of infection that were acquired from previous travel or residence in endemic zones [11], which is the case for our patient who likely experienced an endogenous reactivation of latent infection, since his last visit to TOGO was 3 years before the onset of the symptoms; furthermore, histoplasmosis infection seldom occurs in Morocco [5] whereas it is endemic to Togo where incidence is estimated at 330 cases per year, the majority of which take place in rural areas where the health infrastructure is poor [6], thus, it is probable that the patient acquired the infection during his visit or residence in TOGO.

Histoplasma capsulatum causes a wide spectrum of self-limited disease syndromes in healthy subjects. The severity of the disease depends on the immune status of the patient and the amount of inoculum exposure [11]. In immunocompromised hosts, such as HIV-

infected patients, it may act as an opportunistic pathogen, producing a life-threatening disseminated disease with extensive reticuloendothelial system involvement [1].

Unlike classical histoplasmosis, which mainly occurs in the lungs, tissues most frequently involved in African histoplasmosis include the skin and the skeleton, although lymphatic, splenic, hepatic, pulmonary and gastrointestinal lesions have also been described in the disseminated form [4], which is the case for our patient who presented cutaneous, skeletal, splenic and hepatic histoplasmosis. The peculiarity in our case resides in the dissemination of lesions in a non-HIV-infected patient without any other form of immunosuppression which is an exceptional occurrence.

American histoplasmosis is the most common endemic mycosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome [12]. However, the association of African histoplasmosis and HIV infection is yet to be determined. Indeed, the majority of the reported cases of African histoplasmosis were in HIV-negative patients mainly as localised cutaneous and/or bone lesions. Only a significant minority presented as disseminated histoplasmosis in AIDS patients [14].

The approach to treatment depends upon the severity of the disease as well as the presence of central nervous system involvement. For moderately severe to severe conditions, liposomal amphotericin B is recommended for 1–2 weeks, followed by oral itraconazole for no less than 12 months according to clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America [8]. However, Itraconazole is a highly effective therapy for non-meningeal, non-life-threatening histoplasmosis and is associated with minimal toxicity [9]. For our patient, we opted for itraconazole 200mg twice daily with a very good outcome, we also recommended the administration of Itraconazole capsules with concomitant consumption of food or a cola drink to increase gastric acidity and maximize absorption of Itraconazole [8].

Conclusion:

It is well documented that disseminated histoplasmosis is most common amongst patients with immunodeficiency, however, immunocompetent patients can also be affected, especially after high inoculum exposure. The nonspecific symptoms of histoplasmosis are often clinically indistinct and may mislead the diagnosis, especially in non-endemic zones. Early diagnosis and treatment of disseminated histoplasmosis are particularly beneficial and contribute to improved outcomes.

References:

[1] Manfredi R, Mazzoni A, Nanetti A, Chiodo F. Histoplasmosis capsulati and duboisii in Europe: the impact of the HIV pandemic, travel and immigration. *Eur J Epidemiol.* 1994 Dec;10(6):675-81. doi: 10.1007/BF01719280. PMID: 7672046.

[2] Doughan, A. (2006). Disseminated histoplasmosis: case report and brief review. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 4(6), 332-335.

[3] Myint T, Leedy N, Villacorta Cari E, Wheat LJ. HIV-Associated Histoplasmosis: Current Perspectives. *HIV AIDS (Auckl).* 2020 Mar 19;12:113-125. doi: 10.2147/HIV.S185631. PMID: 32256121; PMCID: PMC7090190.

[4] Tsiodras S, Drogari-Apiranthitou M, Pilichos K, Leventakos K, Kelesidis T, Buitrago MJ, Petrikkos G, Panayiotides I. An unusual cutaneous tumor: African histoplasmosis following mudbaths: case report and review. *Am J Trop Med Hyg.* 2012

Feb;86(2):261-3. doi: 10.4269/ajtmh.2012.11-0557. PMID: 22302860; PMCID: PMC3269278.

[5] Lmimouni BE, Hennequin C, Penney ROS, Denning DW. Estimated Incidence and Prevalence of Serious Fungal Infections in Morocco. *J Fungi (Basel)*. 2022 Apr 17;8(4):414. doi: 10.3390/jof8040414. PMID: 35448645; PMCID: PMC9025078.

[6] Dorkenoo, A. M., Adjetey-Toglozombio, A. K., Ocansey, B. K., Sossou, E., Lack, F., & Denning, D. W. (2021). Estimated burden of serious fungal infections in Togo. *Mycoses*, 64(12), 1535-1541

[7] Oladele, R. O., Ayanlowo, O. O., Richardson, M. D., & Denning, D. W. (2018). Histoplasmosis in Africa: an emerging or a neglected disease?. *PLoS neglected tropical diseases*, 12(1), e0006046.

[8] L. Joseph Wheat, Alison G. Freifeld, Martin B. Kleiman, John W. Baddley, David S. McKinsey, James E. Loyd, Carol A. Kauffman, Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with Histoplasmosis: 2007 Update by the Infectious Diseases Society of America, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 45, Issue 7, 1 October 2007, Pages 807–825, <https://doi.org/10.1086/521259>

[9] Dismukes WE, Bradsher RW Jr, Cloud GC, Kauffman CA, Chapman SW, George RB, Stevens DA, Girard WM, Saag MS, Bowles-Patton C. Itraconazole therapy for blastomycosis and histoplasmosis. NIAID Mycoses Study Group. *Am J Med*. 1992 Nov;93(5):489-97. doi: 10.1016/0002-9343(92)90575-v. PMID: 1332471.

[10] Hajjeh RA. Disseminated histoplasmosis in persons infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*. 1995 Aug;21 Suppl 1:S108-10. doi: 10.1093/clinids/21.supplement_1.s108. PMID: 8547497.

[11] Bahr NC, Antinori S, Wheat LJ, Sarosi GA. Histoplasmosis infections worldwide: thinking outside of the Ohio River valley. *Curr Trop Med Rep*. 2015 Jun 1;2(2):70-80. doi: 10.1007/s40475-015-0044-0. PMID: 26279969; PMCID: PMC4535725.

[12] LJ, Chetchotisakd P, Williams B, Connolly P, Shutt K, Hajjeh R. Factors associated with severe manifestations of histoplasmosis in AIDS. *Clin Infect Dis*. 2000 Jun;30(6):877-81. doi: 10.1086/313824. Epub 2000 Jun 14. PMID: 10854363.

[13] Oladele, R. O., Ayanlowo, O. O., Richardson, M. D., & Denning, D. W. (2018). Histoplasmosis in Africa: an emerging or a neglected disease?. *PLoS neglected tropical diseases*, 12(1), e0006046.

[14] Oladele, R. O., Ayanlowo, O. O., Richardson, M. D., & Denning, D. W. (2018). Histoplasmosis in Africa: an emerging or a neglected disease?. *PLoS neglected tropical diseases*, 12(1), e0006046.

Dermatologie pédiatrique

La reconnaissance d'un Ulérythème ophryogène menant au diagnostic d'une anomalie cardiaque

Y. Benyamna; E. Ouiame; N. Rahmani; FZ. Elali; S. Gallouj

1Service de dermatologie, Université Abdelmalek Essaâdi, Tanger, Maroc;

2Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Tanger Tetouan Al Hoceima, Tanger, Maroc

Introduction

L'ulérythème ophryogène (UO) est une manifestation cutanée dont la prévalence est très disparate quant à son association avec le syndrome de Noonan (SN). Ce dernier est une maladie autosomique dominante relativement fréquente, associée à de multiples anomalies congénitales dont les malformations cardiaques congénitales. Nous présentons le cas d'une patiente atteinte du SN dont le diagnostic a été posé à travers son atteinte cutanée faite d'UO.

Observations

Il s'agit d'une patiente âgée de 12 ans, issue d'un mariage non consanguin, non suivie jusque là pour aucune pathologie particulière qui consulte en dermatologie pour une madarose sourcilière installée, selon les parents, depuis l'âge de 5 ans, ainsi qu'un état de sécheresse cutanée généralisée. À l'examen physique, elle présentait des papules folliculaires spinulosiques hyperkératosiques sur le visage, le tronc, et les extrémités ainsi que des papules folliculaires avec érythème le long des sourcils, associées à une madarose cicatricielle. La dermoscopie montre la présence d'un fond érythémateux par endroit ainsi que des points jaune-blancs situés dans les ouvertures folliculaires, entourés d'une hyperpigmentation périfolliculaire. Par ailleurs, la patiente présentait des oreilles décollées, un hypertélorisme, un pectus excavatum, ainsi qu'une hyperlordose dorsale. À l'examen général, la patiente présente un retard staturo-pondéral. Devant l'état cutané, faisant évoquer un UO, ainsi que du faciès particulier de la patiente et de son syndrome poly-malformatif, un SN fut suspecté. L'étude génétique a été donc réalisée, et a montré la présence de mutation pathogène c.1294T>C (p.Trp432Arg) au niveau de l'exon 11 du gène SOS1 confirmant le SN. Le reste du bilan général fut donc réalisé revenant en faveur d'une atteinte cardiaque faite d'une fuite mitrale réduite et une légère hypertrophie ventriculaire droite, une artère pulmonaire non dilatée. La patiente fut donc orientée pour un suivi en cardiopédiatrie.

Discussion

L'UO a été décrit pour la première fois en 1878, et il a fallu un siècle (1979) pour décrire son association avec le SN. Dans une étude rétrospective de 9 cas de SN, 5 présentaient une UO. Tous les cinq présentaient également des anomalies cardiaques importantes. L'UO dans le SN se développe généralement dans les mois qui suivent la naissance. Le processus peut aboutir à une madarose cicatricielle des sourcils. Une kératose pilaire des bras, des cuisses et des fesses est souvent associée. Sur un point de vue dermoscopique, très peu de données sont disponibles. V.C. DE SOUSA et al. ont décrit la présence d'un érythème avec quelques vaisseaux linéaires, des points blancs-jaunâtres folliculaires ainsi qu'une hyperpigmentation périfolliculaire. Peu de cas d'UO dans le SN ont été rapportés. Cependant, la reconnaissance de cette association est primordiale en raison de l'incidence élevée des anomalies cardiovasculaires dans le SN. Conclusion Chez les patients pédiatriques présentant un UO, les cliniciens doivent avoir un indice de suspicion élevé du SN et les orienter vers un bilan plus approfondi.

Etude descriptive sur les hémangiomes segmentaires infantiles

Z.HIMEUR,L.Henaoui, G.Henaoui ,H Mahi ,N. Hachemi ,B.Dahmani
Service de dermatologie
Tlemcen
Algérie

Résumé :

L'hémangiome cutané infantile est la tumeur bénigne la plus fréquente de l'enfant avec une prédominance féminine dont le mécanisme physiopathologique reste non encore élucidé avec certitude.

Quant à son diagnostic, il se base essentiellement sur la clinique avec un recours aux examens paracliniques selon la forme de l'hémangiome. La majorité des hémangiomes sont anodins et ne nécessitent pas de traitement. Cependant une attitude interventionniste s'avère nécessaire pour les formes mettant en jeu le pronostic vital, fonctionnel et esthétique.

Les moyens thérapeutiques sont divers. L'hémangiome segmentaire infantile se présente cliniquement avec une taille supérieure à 5 cm télangiectasique pouvant être présent au niveau facial cervical thoracique. Au niveau de la face il peut s'associer à un syndrome de phaces ou au niveau du périnée à un syndrome pelvis sacré lombaire

Nous avons pu démontrer à travers notre étude clinique et épidémiologique des hémangiomes segmentaires les facteurs de risque liés à la mère, la grossesse, l'accouchement, la prédominance féminine, le type clinique le fréquent, la localisation élective ainsi le segment le plus atteint, l'évolution vers l'ulcération et enfin les anomalies associées

Cette étude descriptive concerne 22 nourrissons au niveau du service de dermatologie du CHU de Tlemcen, Algérie.

Profil des hémangiomes infantiles hospitalisés au service de Dermatologie

du CHU Bab El Oued

M Sakhri¹, F Hamchaoui², H Sahel¹

1-Service de dermatologie, 2-Epidemiologie CHU Bab El Oued Alger

Introduction : L'hémangiome infantile (HI) est la tumeur la plus fréquente du nourrisson. Le but de ce travail était d'établir le profil épidémiologique et clinique des HI ayant nécessité une hospitalisation au niveau du service de dermatologie du CHU Bab El Oued à Alger.

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude descriptive transversale monocentrique avec une partie rétrospective (décembre 2019-Mars 2023) et une partie prospective (avril -juin 2023). Les patients inclus étaient ceux hospitalisés pour HI. Les variables étudiées étaient épidémiologiques et cliniques.

Résultats :

32 patients ont été colligés (24 pour la période rétrospective et 8 pour la période prospective). L'âge moyen était de 7,21 mois (extrêmes 2 mois -20 mois). La tranche d'âge (0-5mois) était la plus touchée soit 46.9% patients. Le sex ratio était de 0.14. 75% patients avaient un âge de début avant le 15^{ème} jour de vie. Un seul était né avec un faible poids de naissance et 2 étaient nés prématurément. 56.3 % patients avaient un HI mixte, 28.1% un HI tubéreux et 15.6% un HI sous-cutané. Concernant la distribution : 81.3% cas étaient des HI localisés, un seul cas était segmentaire et 2 multifocaux. Plus de la moitié des HI étaient de localisation céphalique, le membre supérieur était touché chez 3 enfants. Le membre inférieur chez 7 patients, le tronc chez 6 patients et les organes génitaux chez 5 patients. Leur taille était variable avec une prédominance de ceux entre 1 et 3 cm (53.1%). 46.9% étaient associés à un retentissement fonctionnel ;46.9% à une complication et 6.3% avec un préjudice esthétique . Les complications étaient dominées par les ulcérations (37.5%)

Discussion :

56.3 % étaient des HI mixtes, 28.1% des HI tubéreux et 15.6% des HI sous-cutanés ce qui rejoint les taux rapportés par une étude anglaise : 54.3%,37.2% et 8.5 % respectivement. Plus de la moitié des hémangiomes étaient de localisation céphalique, ce qui se rapproche de l'étude Mexicaine ayant rapporté un taux de 66% avec des résultats globalement superposables pour les autres localisations. Les autres paramètres concordaient avec ceux de la littérature.

Conclusion :

Nous rapportons le profil épidémiologique des enfants atteints d'HI hospitalisés au sein de notre service, avec des résultats concordants avec ceux de la littérature.

Syndrome de PHACE à propos d'un cas

S.Kabbou , O.El jouari , H.Nadia , S.Gallouj
Service de dermatologie et vénérologie
CHU Tanger

Introduction : L'hémangiome infantile (HI) est la tumeur bénigne la plus fréquente dans la population pédiatrique, avec une incidence de 5 à 10 %. Ces tumeurs ne présentent généralement pas d'atteinte systémique. En cas d'HI étendu et segmentaire, en particulier sur le visage, le cuir chevelu et la région cervicale, un bilan clinique et d'imagerie est recommandé pour détecter les changements décrits dans le syndrome PHACE.

Observation : Une petite fille d'un mois a présenté un hémangiome infantile (HIF) en augmentation, touchant la majeure partie de son hémiface droite, et plus particulièrement son front, sa paupière et la région temporale. La lésion mesurait 10 cm. Elle est née à terme à 37 semaines, avec un poids de 3,090 kg à la naissance. Il n'y avait pas d'antécédents d'exposition de la mère à des médicaments pendant la gestation et les antécédents de l'enfant à la naissance étaient sans particularité. La fillette ne présentait pas de retard de développement apparent ni d'antécédents familiaux d'HI.

L'examen ophtalmologique a révélé des anomalies de la vascularisation rétinienne. Un échocardiogramme n'a révélé aucune anomalie cardiaque ou aortique. Sur la base de ces résultats cliniques et radiologiques, un diagnostic de syndrome PHACE a été posé. La réalisation ARM est prévue à l'âge de 12 mois. Un traitement au propranolol (2 mg par kg de poids corporel par jour, par voie orale) a été instauré à ce moment-là.

Discussion : La première description de l'association du syndrome PHACE avec des anomalies cérébrales a été rapportée en 1978 par Pascual-Castro-viejo. En 1996, Frieden et al. ont créé l'acronyme PHACE (malformations de la fosse postérieure, hémangiome, anomalies artérielles, coarctation de l'aorte/anomalies cardiaques et anomalies oculaires) pour détailler les caractéristiques les plus représentatives du syndrome. Par la suite, les malformations sternales ont été ajoutées, donnant naissance à l'acronyme PHACES. En 2009, les critères diagnostiques du syndrome PHACE ont été établis puis révisés en 2016 par Garzon et al. Il s'agit d'une affection neuro-cutanée dans laquelle une HI étendue ou segmentaire, généralement sur le visage, le cuir chevelu ou la région cervicale, peut être associée à des malformations de la fosse postérieure, à des anomalies artérielles [principalement dans le système nerveux central (SNC)], à une coarctation de l'aorte, à des anomalies cardiaques et à des anomalies oculaires. Le propranolol est le médicament préféré pour l'HI lorsqu'un traitement systémique est indiqué. L'utilisation sûre du propranolol chez les patients atteints du syndrome PHACE repose sur un examen minutieux des anomalies extracutanées potentielles associées à l'HI, et le choix thérapeutique dépend des recommandations d'une équipe pluridisciplinaire.

Malformations vasculaires labiales chez l'enfant : série de 6 cas

Z.Mouhsine 1, FZ Elfatoiki 1, Chbani 2, S.Chiheb 1

1 Service de dermatologie vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

2 Service de radiologie pédiatrique, hôpital d'enfant Harouchi, Casablanca, Maroc

Introduction :

Les malformations vasculaires (MFV) sont des anomalies du développement des vaisseaux pendant la vie intra-utérine. La classification de l'International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA) de 1996, actualisée en 2018, distingue les malformations vasculaires en MFV à haut débit, MFV à faible débit et MFV combinées. La localisation labiale reste rare. Le but de notre étude est de partager notre expérience dans le diagnostic et la prise en charge des enfants souffrant de malformations vasculaires labiales.

Méthodes :

Étude prospective descriptive allant de mars 2021 à mars 2022, incluant tous les enfants se présentant à la consultation de dermatologie pédiatrique. Durant cette période, six cas de malformations vasculaires labiales ont été colligés.

Résultats :

Il s'agissait de 3 filles et 3 garçons avec un âge moyen de 6 ans. Le délai moyen avant le diagnostic était de 8 mois. Les lésions étaient présentes dès la naissance dans 4 cas, et à l'âge de 7ans à la suite d'un traumatisme dans 2 cas. Sur le plan clinique, 4 enfants présentaient initialement une macule labiale rouge, chaude, pulsatile à la palpation, évoluant quelques mois plus tard vers une déformation hypertrophique dans 3 cas, et une ulcération et des saignements spontanés avec hypertrichose localisée dans 1cas. Les 2 enfants restant avaient une masse de coloration bleuâtre et compressible à la palpation, responsable de séquelles esthétiques et fonctionnelles majeures. Dans la majorité des cas, le diagnostic a été basé sur l'anamnèse et l'examen clinique, néanmoins des examens complémentaires biologiques et radiologiques (Echographie couplée au doppler, Angio-IRM, Scanner) ont été demandé avant toute prise en charge. On a retrouvé 4 cas de malformations artério-veineuses et 2 cas de malformations veineuses. Un traitement par embolisation a été réalisé dans quatre cas, un seul cas a été traité par sclérothérapie. L'abstention thérapeutique avec surveillance a été préconisée chez 1 seul cas.

Discussion :

Les malformations vasculaires sont des pathologies de fréquence et de gravité variable. La localisation labiale reste exceptionnelle. La plupart d'entre elles sont sporadiques, mais certaines sont transmises génétiquement. Elles sont présentes dès la naissance, mais peuvent être déclenchées par une infection, un traumatisme, ou lors de la puberté, et persistent à vie. Le diagnostic est le plus souvent clinique, mais des examens complémentaires sont souvent nécessaires et utiles dans la détermination du type de malformation et permet de guider le choix thérapeutique. La prise en charge de cette pathologie fait appel à la compétence de multiples praticiens de spécialités différentes. L'évolution des lasers, de la radiologie interventionnelle et des techniques chirurgicales permet d'améliorer la qualité de vie des patients.

Apport de l'échographie-doppler dans la prise en charge des hémangiomes infantiles : série de 332 cas

S. JEBBOUJE, I.MOUBINE, K. CHEBANI F. HALI, S. CHIHEB

Introduction:

L'hémangiome infantile (HI) est une tumeur vasculaire bénigne la plus fréquente de l'enfant. Le diagnostic est clinique et le traitement de référence est le propranolol oral (Pr). A la fin de la phase de croissance, la décision d'arrêt du traitement est difficile à évaluer cliniquement d'où l'intérêt de la réalisation d'une échographie-doppler (ED) qui peut être utile pour mesurer l'activité vasculaire (AV) résiduelle.

L'objectif de cette étude était de préciser l'apport de l'ED dans la décision thérapeutique d'arrêt ou de poursuite du propranolol.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique. Etaient inclus les HI entre Mai 2009 et Mai 2023, ayant bénéficié d'une ED réalisée par un échographiste en vue de l'arrêt du propranolol après 6 mois à 1 an du traitement.

Résultats:

Ont été inclus les dossiers de 332 enfants traités par propranolol : 240 filles et 82 garçons. L'âge moyen était de 5.9 mois. La localisation commune était le visage et le cou dans 61.3%. Le propranolol (2mg/kg/jr) a été démarré pendant 6 mois puis une ED a été réalisée pour décision thérapeutique.

Cent quatre-vingt-deux ED avec une activité vasculaire réduite indiquant l'arrêt du propranolol et 38 ED avec une activité vasculaire active indiquant la poursuite du traitement. Après une médiane de surveillance de 36 mois, 220 cas ont eu une régression totale et 112 suspicions de récurrence confirmées par l'ED. Les HI récidivants étaient caractérisés par la forme mixte dans 87.5% et profonde dans 11.5% ; l'activité vasculaire était très faible. Le propranolol est repris sur demande motivée de la famille. Soixante-quinze patients ont bénéficié d'ED de contrôle après une médiane de surveillance de 18 mois objectivant une réduction totale de l'activité vasculaire.

Discussion:

À notre connaissance, il n'existe que deux études avec un petit échantillon avec réalisation d'un écho-doppler pour le suivi des HI sous propranolol, dont une n'évaluait pas les récurrences à distance. Dans notre étude, l'échodoppler était contributive pour 220 des 332 patients.

Conclusion :

L'échodoppler est un examen simple, peu coûteux, non invasif, contributif dans 90 % des cas à la décision de poursuite/arrêt/reprise du propranolol.

L'atenolol : une nouvelle approche thérapeutique des hémangiomes infantiles : deux cas

M Sakhri¹, S Benrejda¹, B Merrouche¹, L Iberraken¹, K Khenouf¹, Y Bouderbail¹, N
Mezhoudi¹,
D Boughaba¹, A Salhi², H Sahel¹

1-Service de dermatologie CHU Bab El Oued, 2-Service de dermatologie HCA Alger

Introduction: L'hémangiome infantile (HI) est la tumeur la plus fréquente du nourrisson. Le propranolol est le traitement de première intention. En cas de contre-indication à son utilisation, nous rapportons l'utilisation de l'Aténolol pour le traitement de deux HI.

Observations :

Cas 1 : Enfant de sexe féminin, âgé de 11 mois, asthmatique. Elle était hospitalisée pour une masse latéro-cervicale droite de 5 cm de grand-axe évoluant depuis l'âge de 2 mois. L'échographie de la masse était en faveur d'un para-gangliome ou d'une tumeur glomique. L'angio-IRM objectivait un volumineux hémangiome cervical droit profond à extension multidirectionnelle engainant l'axe vasculaire jugulo-carotidien. Elle était mise sous corticothérapie 0.5 mg/kg/j avec une amélioration clinique. 7 mois après le début du traitement, et devant l'apparition des signes d'imprégnation cortisonique, l'atenolol à la dose de 1mg/kg/j a été instauré pendant 4 mois avec une dégression de la corticothérapie jusqu'à son arrêt. L'évolution était favorable avec une nette régression clinique de l'HI. Après l'arrêt du traitement, il y avait une reprise partielle de l'HI motivant sa réintroduction avec une bonne évolution et tolérance.

Cas 2: Enfant de sexe féminin, âgé de 13 mois. À l'âge de 2 mois, elle était hospitalisée pour un HI ulcéré de la joue gauche. Un traitement par le propranolol était prescrit pendant 4 mois avec une bonne amélioration. À l'âge de 7 mois, le diagnostic d'asthme était retenu chez l'enfant d'où l'arrêt de propranolol. L'examen clinique à cet âge objectivait un HI mixte de 6 cm de la joue gauche. La patiente était mise sous atenolol 1mg/kg/j entraînant une diminution de la taille de l'HI et une bonne tolérance notamment respiratoire.

Discussion : Plusieurs études ont montrés l'intérêt et la sécurité de l'Aténolol dans la prise en charge des HI. L'Aténolol semble offrir une efficacité comparable au Propranolol avec moins d'effets secondaires et une posologie favorable. C'est un Béta bloquant sélectif permettant ainsi son utilisation chez les malades souffrant d'une bronchopathie obstructive qui contre indique l'utilisation du Propranolol (Asthme chez nos deux patientes) ainsi que l'hypoglycémie. Il ne traverse pas la barrière encéphalique ce qui évite les troubles du sommeil chez les patients. Son mode d'administration et sa posologie sont favorables permettant une meilleure observance et adhérence au traitement.

Conclusion : L'Aténolol peut être une nouvelle approche thérapeutique dans le traitement des HI essentiellement chez les patients ayant des contre-indications à l'utilisation du propranolol.

Efficacité de l'aténolol dans le traitement d'un hémangiome infantile résistant au propranolol

I.Moubine, F. Hali, S. Chiheb

Service de Dermatologie et de vénéréologie, Casablanca, Maroc

Introduction :

L'hémangiome infantile (HI) est la tumeur vasculaire pédiatrique la plus courante. Le propranolol est le traitement de 1^{ère} intention lorsqu'une thérapie systémique est nécessaire, mais des cas résistants ont été décrits dans la littérature. Nous rapportons un cas d'HI réfractaire au propranolol ayant répondu à l'aténolol.

Observation :

Un nourrisson âgé de 3 mois, sans antécédents médicaux, a consulté pour une tuméfaction angiomateuse du visage qui évoluait depuis l'âge de 15 jours. L'examen clinique a révélé une tuméfaction jugale bilatérale avec de multiples lésions angiomateuses en surface, ainsi qu'une tuméfaction de la lèvre inférieure avec une cicatrice d'ulcération fibreuse centrale. Le diagnostic d'HI segmentaire en barbe a été établi et le patient a été mis sous propranolol à une dose de 3 mg/kg/jour. Après 4 mois de traitement, aucune amélioration n'a été observée. Par conséquent, le sirolimus a été rajouté à une dose de 0,8 mg/m² deux fois par jour. Après 15 jours de traitement, le patient a développé une détresse respiratoire fébrile avec diarrhée et vomissements. Une tomodensitométrie thoracique a été réalisée, révélant une pneumonie interstitielle conduisant à l'arrêt du sirolimus. Le propranolol a été maintenu, mais le patient a continué à présenter des épisodes de dyspnée sifflante, nécessitant l'arrêt répété du traitement. Il a donc été décidé de le remplacer par l'aténolol à une dose de 2,5 mg/kg/jour. Après 1 mois d'introduction de l'aténolol, nous avons noté une régression marquée de la composante sous-cutanée avec palissement de la lésion.

Discussion :

Les bêtabloquants agissent sur les HI par vasoconstriction, inhibition de l'angiogenèse et induction de l'apoptose dans les cellules endothéliales. Le propranolol est un bêtabloquant non sélectif des récepteurs adrénergiques, mais associé à des effets indésirables assez fréquents. D'autres alternatives thérapeutiques existent tels que les bêtabloquants sélectifs des récepteurs β_1 , comme l'aténolol. Plusieurs études ont montré une efficacité globale comparable entre le propranolol et l'aténolol dans le traitement des HI. En effet, 1 mg d'aténolol équivaut à environ 1,6 mg de propranolol, et en raison de sa demi-vie plus longue, l'aténolol offre la possibilité d'une prise une fois par jour.

Conclusion :

L'aténolol représente une alternative thérapeutique à envisager dans les cas d'effets secondaires majeurs tels que l'hyperactivité bronchique, l'hypoglycémie et l'agitation, qui peuvent entraîner une mauvaise observance du traitement et donc une absence de réponse.

Hémangiome caverneux orbitaire chez un enfant : une rare observation pédiatrique.

H . Moata, F .Hali, S .Chiheb

Service de dermatologie vénérologie . CHU ibn rochd. Casablanca

INTRODUCTION :

Les hémangiomes caverneux de l'orbite sont des tumeurs vasculaires congénitales bénignes. Ce sont les tumeurs les plus fréquentes du cône postérieur de l'orbite chez les adultes. Cependant, ils sont exceptionnels chez l'enfant. Nous rapportons un cas pédiatrique inhabituel d'hémangiome caverneux.

OBSERVATION :

Une fille de 4 ans consulte pour une exophtalmie de l'œil droit évoluant depuis 2 ans sans notion de baisse d'acuité visuelle. L'examen révèle une exophtalmie unilatérale indolore et non réductible de l'œil droit, avec un gonflement de la joue droite sans signe inflammatoire. L'IRM cérébro-orbitaire montre une malformation vasculaire orbitaire droite évocatrice d'un hémangiome caverneux orbitaire droit avec une atrophie corticale temporale bilatérale. Un traitement chirurgical en double équipe (ophtalmologiste et neurochirurgiens) a été proposé.

Discussion :

Les hémangiomes caverneux sont des tumeurs bénignes de l'orbite de l'adulte jeune, exceptionnelles chez l'enfant où les tumeurs vasculaires sont dominées par les hémangiomes capillaires. Ces tumeurs sont le plus souvent unilatérales, de localisation et de volume variables. Le traitement est chirurgical dans les formes symptomatiques, mais la topographie de la lésion et son contact avec les éléments vasculaires et nerveux intraconiques constituent la principale difficulté.

**Hémangiome caverneux du muscle masséter un cas chez une
fillette âgée de neuf ans**

INTRODUCTION :

Les hémangiomes sont des tumeurs vasculaires d'origine inconnue. Les hémangiomes intramusculaires représentent moins de 1 % des cas et sont des tumeurs bénignes congénitales pour lesquelles l'hérédité ne joue aucun rôle. Elles sont le plus souvent localisées au niveau des muscles squelettiques du tronc et des membres. Seulement 10 % sont situées au niveau de la face et du cou. La localisation au muscle masséter est la plus fréquente mais très peu de cas ont été rapportés dans la littérature

Nous rapportons un cas d'hémangiome caverneux du muscle masséter chez une fillette âgée de 9 ans

OBSERVATION :

Une fillette âgée de 9 ans, sans antécédents pathologiques, consultait pour une tuméfaction indolore de la joue droite qui évoluait depuis l'âge de deux mois et qui a augmenté progressivement de taille.

L'examen clinique retrouvait une tuméfaction siégeant au niveau de la joue droite, mesurant 5 cm de grand axe, bien limitée, indolore, de consistance molle compressible, à surface lisse recouverte d'une peau normale non chaude, sans pulsation ni Thrill. Il n'y avait pas de souffle à l'auscultation. Par ailleurs, la tuméfaction ne présentait aucune variation lors des changements de position de la tête. La muqueuse buccale était normale. Le reste de l'examen somatique était sans anomalies

L'échographie des parties molles montrait une formation hypoéchogène des parties molles sous cutanées de la joue droite assez bien délimitée, siège de deux calcifications avec un flux vasculaire lent au doppler. L'angio-IRM a révélé une masse au sein du muscle masséter droit non agressive de 51 / 29 mm, multi cloisonnée délimitant des logettes qui correspondent à des lacs veineux dont certains se sont remplis par le produit de contraste sur les séquences IRM injectées. Des phlébolithes étaient objectivés à l'intérieur de la masse.

Le diagnostic d'hémangiome caverneux du muscle masséter était retenu

DISCUSSION :

Les hémangiomes caverneux intramusculaires (HCIM) sont des tumeurs d'origine vasculaire bénignes rares, localisées surtout aux muscles du tronc et des extrémités plus rarement à la tête et au cou. Le muscle masséter représente la localisation la plus fréquente

Ces tumeurs se manifestent généralement durant les dix premières années de vie sans prédominance de sexe. Sous forme d'une tuméfaction molle dépressible chaude sans pulsations ni Thrill

L'angio-IRM, la TDM et l'échodoppler : grâce à la prise de contraste en temps T2 et la présence de phlébolithes ont permis un diagnostic plus précoce

Les phlébolithes sont présents dans plus de 25 % des cas, leur pathogenèse implique la calcification des thrombus produits par le ralentissement du flux sanguin périphérique qui s'organisent et se minéralisent à l'intérieur des logettes

Les hémangiomes caverneux intramusculaire de localisation céphalique sont généralement difficiles à diagnostiquer, rarement en per-opératoire le plus souvent après exérèse chirurgicale et étude anatomopathologique et doivent être distingués de certaines pathologies telles que : les lipoblastomes, les hémangiomes sous cutanés, les malformation vasculaires (veineuses, lymphatiques (macro- kystiques)

Dans notre cas la tumeur était apparue à l'âge de 2 mois avant d'augmenter progressivement de taille, par ailleurs elle était totalement asymptomatique. L'échodoppler et l'angio-IRM ont permis de faire le diagnostic .la patiente était confiée aux chirurgiens pour l'exérèse de la masse

Le traitement : repose principalement sur la résection chirurgicale complète avec un risque de récurrence

CONCLUSION :

Les hémangiomes intramassétéris sont des tumeurs rares de l'enfant. A évoquer face une tuméfaction jugale congénitale indolore.

Les examens radiologiques principalement l'IRM permettent de poser le diagnostic et sont indispensables avant le traitement

Un hémangiome infantile atypique : un cas

B. Merrouche ^[1], A. Salhi ^[2], H. Sahel ^[1]

^[1] Service de dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie

^[2] Service de dermatologie, Hôpital central de l'armée, Alger, Algérie

Introduction :

L'hémangiome infantile (HI) est une tumeur vasculaire bénigne touchant de 4 à 10 % des nourrissons. Dans la majorité des cas, le diagnostic est clinique avec une apparition post-natale et une évolution stéréotypée en 3 phases. Cependant, certains de ces HI ont une présentation trompeuse, Nous rapportons un cas.

Observation :

Un nourrisson de sexe féminin, âgée de 5 mois, né prématurément à 35 S.A d'une grossesse gémellaire, présentait depuis la naissance, 2 lésions cutanées vasculaires atypiques de la paroi abdominale et de la jambe droite. On notait une légère augmentation de leur taille avec l'âge et l'apparition secondaire d'une ulcération douloureuse. L'échodoppler montrait des lésions hypervascularisées avec un flux artériel de basse résistance. Un traitement par bêtabloquant type propranolol per os à 3 mg/kg/j a été débuté permettant une cicatrisation complète des ulcérations avec affaissement et éclaircissement des lésions.

Discussion :

La présentation des 2 HI était atypique d'une part en raison de leur caractère congénital, et d'autre part par l'aspect clinique qui portait à confusion. Cette forme pouvait faire suspecter des hémangiomes congénitaux ou des tumeurs vasculaires malignes. L'aspect échographique et la bonne évolution sous traitement bêtabloquant ont permis de retenir le diagnostic d'HI.

Conclusion :

Il est important pour le dermatologue de connaître les formes atypiques d'HI afin de raccourcir le délai diagnostique et de permettre une prise en charge précoce et adaptée.

Intérêt du propranolol en préparation magistrale dans la prise en charge des hémangiomes infantiles

M Sakhri¹, F Hamchaoui², H Sahel¹

1-Service de dermatologie, 2-Epidémiologie CHU Bab El Oued Alger

Introduction : L'hémangiome infantile (HI) est la tumeur la plus fréquente du nourrisson. Le propranolol est le traitement de première intention. Lorsqu'il n'est pas disponible, les préparations magistrales sont utilisées. Le but de cette étude était d'évaluer leur efficacité et leur tolérance.

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude descriptive transversale monocentrique avec une partie rétrospective (décembre 2019-Mars 2023) et une partie prospective (avril - Juin 2023). Les patients inclus étaient ceux hospitalisés pour la prise en charge d' HI et traités exclusivement par le propranolol en préparation magistrale en gélules.

Résultats : Nous avons colligé 32 patients (24 pour la partie rétrospective et 8 pour la partie prospective). L'âge moyen était de 7,21 mois (extrêmes 2 à 20 mois). La tranche d'âge 0-5 mois était la plus touchée (47% des cas). Le sex ratio était de 0.14. 56,3 % étaient des HI mixtes, 28,1% tubéreux et 15,6% des HI sous-cutanés. 81,3% étaient des HI localisés, 1 cas segmentaire et 2 multifocaux. 56,2% étaient de localisation céphalique, 21,8% sur le membre inférieur, 18,7% sur le tronc 15,6% sur les organes génitaux et 9,4% sur le membre supérieur. L'indication thérapeutique était posée pour un retentissement fonctionnel dans 47% des cas, une complication dans 47% des cas (à type d'ulcération dans 37,5% des cas), et un préjudice esthétique dans deux 2 cas. 03 patients étaient perdus de vue avant l'instauration du traitement et 04 avant l'instauration de la dose de 3 mg/kg/j. La durée moyenne du traitement était de 4,2 mois. Une durée moyenne de 6 jours pour la dose de 1 mg/kg/j, 17j pour la dose de 2 mg/kg/j et de 3,2 mois pour la dose de 3 mg/kg/j avec une durée maximale de 07 jours, 6 mois et 9 mois pour ces doses respectivement. L'évolution était favorable dans 87,5%. Un effet indésirable à type d'obstruction bronchique était constaté chez un nourrisson un jour après la prise du traitement motivant son arrêt. Aucune rechute n'a été enregistrée.

Discussion : L'utilisation de la préparation magistrale est justifiée en cas de non disponibilité des médicaments ou l'absence de posologie adaptée à l'âge. La durée moyenne du traitement était 4,2 mois, alors qu'elle était de 10,5mois dans une étude Mexicaine ayant utilisé une préparation magistrale du propranolol en suspension buvable. L'évolution était favorable dans 87,5% ce qui est proche du taux de 96% rapporté par cette même étude Mexicaine. Ceci peut être expliqué par le fait que la plupart de nos patients étaient âgés en 0 et 5mois, ce qui est corrélé à une meilleure réponse. L'étude de sécurité de notre préparation montrait l'absence d'effets secondaires mineurs, ce qui ne concorde pas avec les résultats d'une autre étude qui a rapporté un taux de 26,6 %. Un seul effet secondaire majeur à type d'obstruction bronchique nécessitant l'arrêt du traitement était constaté, alors qu'aucun effet n'a été signalé dans l'étude Mexicaine. A l'inverse, un taux de 8,5% a été noté par une étude Anglaise. Malgré la présence des facteurs de risque des rechutes chez la majorité de nos patients, le taux de rechute était de nul ce qui n'était pas le cas d'une étude Anglaise ayant rapporté un taux de 11,7%.

Conclusion : Nous rapportons l'efficacité et la bonne tolérance du propranolol en préparation magistrale pour le traitement des HI. C'est une bonne alternative peu coûteuse, notamment dans les pays où les formes appropriées ne sont pas toujours disponibles.

Les facteurs de risque de séquelles à long terme dans les hémangiomes infantiles

I.Moubine, F. Hali, S. Chiheb

Service de Dermatologie et de vénéréologie, Casablanca, Maroc

Introduction :

L'hémangiome infantile (HI) est la tumeur vasculaire la plus fréquente chez les nourrissons. Il est important de noter qu'il existe un risque de séquelles cutanées pouvant entraîner un préjudice esthétique. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'évolution à long terme et d'identifier les caractéristiques cliniques prédictives de séquelles dans les HI.

Matériels et méthodes :

Une étude rétrospective descriptive et analytique a été menée, incluant les patients atteints d'HI qui ont reçu un traitement oral par propranolol entre 2010 et 2015. Ces patients ont été contactés afin d'identifier les différentes séquelles survenues après l'involution de l'hémangiome.

Résultats :

Cinquante-six patients atteints d'HI ont été inclus : 71,4 % étaient des filles et 28,6 % des garçons. Les HI mixtes représentaient 60,4 %, 25 % étaient tubéreux et 14,3 % étaient sous-cutanés. La complication aiguë la plus courante était l'ulcération dans 20 cas (35,7 %). Des séquelles cutanées étaient présentes dans 37 cas (66 %) : une dyschromie dans 48 %, un tissu fibroadipeux dans 41 %, des télangiectasies dans 34 % et une anéodermie dans 16 % des cas. Les hémangiomes sous-cutanés étaient associés à moins de séquelles par rapport aux hémangiomes tubéreux et mixtes ($p = 0,044$). L'hémangiome périorbitaire était associé à un risque moins élevé de séquelles ($p = 0,026$). Une taille supérieure à 2 cm ainsi que la présence d'une ulcération étaient significativement associées à un risque plus élevé de séquelles ($p < 0,05$). Un intervalle plus long entre l'apparition de l'hémangiome et le début du traitement était associé à un risque accru de séquelles ($p = 0,011$). Nous avons également observé que les caractéristiques de l'HI déterminent le type de séquelles. En effet, les HI tubéreux et mixtes laissent plus de tissu fibreux que le type sous cutané ($p = 0.038$).

Discussion :

Les HI peuvent entraîner des séquelles cutanées à l'origine de déformations permanentes. Bien que de nombreuses études aient évalué l'efficacité à court terme de différents traitements, il existe actuellement peu d'études axées sur les séquelles à long terme. Dans notre étude, nous avons constaté que plus de la moitié des cas présentaient des séquelles inesthétiques à long terme. Dans la littérature, les cas présentant une composante mixte sont associés à un risque plus élevé de séquelles, et les HI ulcérés laissent presque toujours une cicatrice résiduelle, ce qui corrobore nos résultats. De plus, un délai plus long entre l'apparition de l'hémangiome et le début du traitement était associé à un risque accru de séquelles. En effet, la localisation périorbitaire était associée à un risque moins élevé de séquelles, probablement en raison d'une initiation rapide du traitement chez ces patients.

Conclusion :

Les séquelles cutanées dans les hémangiomes infantiles involutifs sont très courantes. D'où l'intérêt de reconnaître les facteurs prédisposant afin de prévenir ces complications, et améliorer leur prise en charge.

Syndrome de Sturge Weber: reconnaissance et prise en charge précoce d'un syndrome neurocutané rare

S.LAZOUZI, F.HALI, S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :Le syndrome de Sturge Weber est un syndrome neurocutané et oculaire congénital sporadique, associant une malformation capillaire faciale à un angiome leptomeningé et/ou un glaucome homolatéral. Rare, sa reconnaissance est toutefois primordiale du fait des complications potentielles résultant d'un diagnostic tardif et de la nécessité d'une prise en charge adaptée précoce.

Observation :Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 6 ans, de sexe féminin, ayant comme antécédents un retard psychomoteur, un glaucome et une pathologie convulsive sans notion d'épilepsie dans la famille ; admise pour des lésions angiomateuses. L'examen clinique retrouvait une patiente consciente et stable, présentant des angiomes plans siégeant majoritairement au niveau de l'hémicorps droit, dont un hémifacial ; ainsi qu'une buphtalmie et un nystagmus horizontal homolatéraux. Une IRM cérébrale a été réalisée et a révélé une angiomatose leptoméningée et une atrophie hémisphérique droite avec ectasie du ventricule latéral homolatéral et une hypertrophie du plexus choroïdien droit. Le diagnostic de syndrome de Sturge Weber fut retenu.

Discussion :Le syndrome de Sturge Weber ou Sturge-Weber Krabbe ou angiomatose encéphalo-faciale est une phacomatose neuro-cutanée et oculaire rare, qui toucherait près d'un individu sur 50000. Il est dû à une mutation somatique du gène GNAQ situé sur le chromosome 9q21, important pour le développement et le fonctionnement vasculaire.

Dans sa forme complète, comme c'est le cas pour notre patiente, il comprend une atteinte cutanée souvent unilatérale, à type d'angiome plan occupant électivement le territoire du nerf trijumeau ; une atteinte oculaire à type de glaucome ou d'angiomes choroïdiens ; et une atteinte cérébrale se manifestant dans près de 80% des cas par une épilepsie souvent réfractaire au traitement, moins fréquemment par un déficit moteur ou un retard mental, d'où l'intérêt d'un diagnostic et une prise en charge précoces. L'IRM cérébrale objective des angiomes leptoméningés, une atrophie cérébrale, des calcifications sous-corticales, ou une hypertrophie du plexus choroïde. La prise en charge est multidisciplinaire, et repose essentiellement sur le traitement médical voire chirurgical du glaucome et de l'épilepsie, le laser vasculaire, et plus récemment le sirolimus, qui constitue un nouvel espoir thérapeutique.

Conclusion :Le syndrome de Sturge Weber est, du fait de ses multiples conséquences, une pathologie à ne pas méconnaître. La présence d'un angiome plan facial, surtout siégeant sur le territoire du nerf trijumeau, doit à lui seul faire évoquer le diagnostic et faire pratiquer une IRM cérébrale qui viendrait réconforter le diagnostic et ainsi faire entreprendre une prise en charge adaptée.

Les malformations lymphatiques kystiques : Trois cas

B. Merrouche ^[1], N. Damou ^[1], A. Salhi ^[2], H. Sahel ^[1]

^[1] Service de dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie

^[2] Service de dermatologie, Hôpital central de l'armée, Alger, Algérie

Introduction :

Les malformations lymphatiques kystiques (MLK) sont bénignes et rares, résultant d'anomalies du développement lymphatique, et sont composées de dilatations kystiques. Elles peuvent être macrokystiques, microkystiques ou mixtes. Nous rapportons trois cas.

Observation :

Deux enfants (une fille et un garçon), et un homme, âgés respectivement de 2, 3 et 25 ans, présentaient une malformation lymphatique macrokystique (N =2) et microkystique (N=1), évoluant depuis la naissance (N=2), et dans un seul cas depuis l'âge de 10 ans. La localisation était au niveau du membre supérieur (N=2) et inférieur (N=1). On notait la présence d'une localisation profonde associée dans un seul cas (extension abdominale de lymphangiome du MI). L'IRM réalisée dans les trois cas confirmait le diagnostic et permettait de bien caractériser les lésions. Le traitement était chirurgical (N=1), médical par Sirolimus (N=2) et une abstention thérapeutique (N=1).

Discussion :

Les MLK sont des dysembryoplasies bénignes rares du système lymphatique. Leur révélation clinique est généralement très précoce : à la naissance dans 50 % des cas. Les localisations les plus fréquentes sont cervicales (75 % des cas) et axillaires (20 %) alors que l'atteinte des membres est très rare. L'IRM constitue l'examen de choix à réaliser. Les options thérapeutiques sont multiples avec une efficacité variable (sclérothérapie, chirurgie, Sirolimus, compression et drainage lymphatique).

Conclusion :

Les MLK sont rares avec une localisation peu fréquente au niveau des membres. La prise en charge thérapeutique doit être adaptée au cas par cas.

Une malformation lymphatique kystique du membre inférieur à extension intra-abdominale

**N Damou ,A Salhi ,H Sahel
Service de dermatologie CHU Bab El Oued, Alger**

INTRODUCTION :

Les malformations lymphatiques kystiques (MLK) sont des malformations congénitales bénignes rares, à flux lent, composées de dilatations kystiques anormales. Les signes cliniques ainsi que le pronostic varient en fonction de la localisation et de l'étendue des lésions. Leur localisation préférentielle est cervicale, l'atteinte du membre inférieur est exceptionnelle. Nous rapportons un cas.

OBSERVATION :

Nourrisson de sexe féminin de 26 mois consultait pour une MLK congénitale compliquée de plusieurs épisodes de surinfection. L'examen dermatologique retrouvait de multiples masses sous-cutanées de la fesse et du membre inférieur droit, s'étendant jusqu'au pied, fermes et élastiques recouvertes d'une peau saine hormis deux lésions angiomateuses rouge-violacé de la face postéro-externe de la fesse droite. La palpation de l'abdomen montrait une masse sous-cutanée du flanc droit molle recouverte d'une peau saine. Échographie des parties molles : aspect d'une MLK infiltrant la quasi-totalité du membre inférieur droit avec extension intra-abdominale. IRM abdominale : volumineuse MLK infiltrant la totalité du membre inférieur et l'hémiabdomen droits à extension profonde intra et rétro-péritonéale abdomino-pelvienne. Échographie doppler artérioveineux : sans anomalies. Notre malade a été mise sous sirolimus par voie orale, ainsi qu'une contention élastique du membre inférieur. Des séances de sclérothérapie ont également été proposées.

DISCUSSION :

Les MLK sont des tumeurs bénignes dysembryonnaires rares avec une incidence d'un cas sur 16000 naissances. La localisation cervicale représente 75% des cas alors que la localisation abdominale est rare et ne représente que 5% des cas, alors que l'atteinte des membres inférieurs est exceptionnelle. Leur évolution est marquée par des poussées inflammatoires pouvant se surinfecter comme c'était le cas de notre patiente.

Notre patiente présentait une volumineuse MLK de la fesse et du membre inférieur droits avec une extension profonde intra et rétropéritonéale et plusieurs épisodes d'inflammation et de surinfection ainsi qu'une boiterie. Parmi les options thérapeutiques qui s'offrent à nous la sclérothérapie est la technique de première intention, quant à la chirurgie elle a montré de bons résultats mais l'ablation complète des MLK est presque toujours impossible d'où le risque de récurrence, c'est donc une technique de seconde intention. Pour le traitement médical, le seul ayant fait la preuve de son efficacité est le Sirolimus (rapamycine). C'est un inhibiteur de mTOR qui agit en inhibant la lymphangiogénèse. Il s'agit d'un traitement de fond suspensif efficace sur les symptômes avec une amélioration partielle en terme de volume. La durée du traitement est souvent longue. Les techniques de physiothérapie (compression et drainages lymphatiques) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans les MLK, mais elles peuvent être proposées puis poursuivies au cas par cas. Pour notre patiente, elle a été mise sous sirolimus par voie orale et contention élastique du membre inférieur droit mais nous n'avons pas assez de recul pour juger de son évolution. Pour la composante intra-abdominale, l'exérèse chirurgicale est le traitement de première intention en cas de formes symptomatiques

(saignements internes, infections, compression vasculaires ou d'organes) et elle doit être la plus complète possible et au même temps la plus conservatrice possible pour les organes. Pour notre cas, il s'agit d'une forme asymptomatique, l'abstention thérapeutique était donc de mise.

Conclusion :

Les MLK sont rares avec de nombreuses complications possibles au cours de leur évolution avec une prise en charge qui peut être difficile et qui doit être adaptée au cas par cas.

Aplasia cutis congenita du vertex : Une anomalie congénitale rare

H.Tahiri, F. El .Fetoiki, H.D.Skalli, F.Hali, S.Chiheb

Introduction: L'Aplasia cutis congenita (ACC) est une malformation congénitale rare, caractérisée par l'absence congénitale localisée ou généralisée de la peau. Différents

degrés de sévérité ont été décrits, allant de l'absence isolée de la peau à des défauts osseux et anomalies des structures nerveuses sous-jacentes.

Nous rapportons un cas d'Aplasia cutis congenita isolée chez un nouveau-né de trois jours.

Observation: Nouveau-né de trois jours, de sexe masculin, né à terme par voie basse sans dystocie ni manœuvres, avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine et un poids de naissance de 3000 g, nous a été adressé devant la constatation d'une lésion ulcérée au niveau du vertex. L'interrogatoire avec la maman n'a pas révélé de prise médicamenteuse ni d'infection virale avant ou pendant la grossesse.

L'examen dermatologique a révélé une ulcération linéaire mesurant 12 cm de grand axe avec une bordure érythémateuse et une surface croûteuse au niveau du vertex, sans écoulement de sang ou de liquide céphalorachidien. L'examen somatique en particulier neurologique et articulaire, était normal. La radiographie crânienne n'a pas montré de défaut osseux, l'échographie transfontanellaire n'a révélé aucune anomalie cérébrale. Devant ces données clinico-radiologiques et après concertation avec les neurochirurgiens pédiatriques, l'ACC a été classifiée de type 1. La décision a été de mettre le patient sous surveillance et de prodiguer des soins locaux biquotidiens. La lésion a évolué vers la guérison, avec persistance d'une zone d'alopécie cicatricielle au niveau du vertex.

Discussion:

L'Aplasia cutis congenita est une affection congénitale rare avec une incidence estimée à 0,5 à 1/10 000 nouveau-nés, elle se présente comme une ulcération à bordure érythémateuse surélevée et centre ulcéré, pouvant aller de quelques millimètres à plusieurs centimètres, mettant à nu les structures osseuses et mésenchymateuses sous-jacentes. Les lésions peuvent être uniques ou multiples, se localisant le plus souvent au niveau du vertex, mais d'autres localisations ont été rapportées. Frieden a proposé une classification en 9 sous-groupes selon le nombre et la localisation des lésions, les malformations neurologiques et ostéo-articulaires associées, ainsi que la présence ou non de facteurs inducteurs.

La prise en charge de l'ACC dépend de plusieurs facteurs, tels que l'étendue de la malformation et les complications associées. Une approche conservatrice avec des soins locaux et une surveillance attentive peut être privilégiée en l'absence de complications, cependant, dans les cas les plus graves ou extensives une intervention chirurgicale s'avère nécessaire.

Conclusion: Malgré sa nature exceptionnelle, l'Aplasia cutis congenita mérite d'être connue, car elle peut être potentiellement mortelle chez les nouveau-nés à cause des complications essentiellement hémorragiques, neurologiques et infectieuses.

Xanthomatose cutanée révélant une hypercholestérolémie familiale : cas très particulier

*K.Bennani , O.El Jouari , S.Gallouj
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Tanger*

Introduction : les xanthomes sont des néoformations cutanées jaunâtres constituées essentiellement de cellules macrophagiques riche en granulations lipidiques faites de

cholestérol et triglycérides. Cette définition permet d'éliminer les lipomes constitués d'adipocytes, les surcharges lipidiques exogène, les lipidoses extra cutanées dans le cadre des maladie lysosomiales.

Les xanthomes cutanés peuvent être éruptifs, tendineux, tubéreux, verruciforme, xanthélasma

Nous rapportons le cas d'un enfant chez qui des xanthomes tubéreux multiples révélait une hypercholestérolémie familiale.

Observation :

Fille de 7 ans, issue d'un mariage consanguin (3eme degré), sans antécédents pathologiques particuliers venue consulter pour des éruptions papulo-nodulaire au niveau des coudes / genoux / mains / cuisses / fesses / en regard du tendon d'Achille évoluant depuis 5 ans sans notion de prurit, troubles visuels, de diarrhée, signes neurologiques, ni de retentissement sur la mobilisation des membres dans un contexte d'apyrexie

L'examen dermatologique trouve des nodules indolores jaune brunâtres lisse ferme coalescents par endroits réalisant aspect annulaire au niveau des coudes, genoux, fesses, pli de flexion du genou (creux poplités) tendons calcanéens et présence de papules groupé au niveau des face dorsale des 2 mains en regard des MCP ainsi que des nodule profond mobiles et indolores au niveau des 1^{er} EIP de tous les doigts

A la dermoscopie : zones blanc jaunâtres brillantes centrale avec absence de pattern vasculaire particulier avec une Bordure érythémateuse

L'examen rhumatologique est sans particularités. Le reste de l'examen des autres appareils est normal.

Une radiographie des articulations La radiographie thoracique, l'ECG, l'échographie cardiaque et l'échodoppler des vaisseaux du cou et des membres étaient normaux.

Le bilan biologique avait objectivé une hypercholestérolémie a 5.79g/L hypercholestérolémie LDL a 6.4g/L

Une biopsie cutanée a objectivé une xanthomatose sans signe de malignité.

Des bilans biologiques des parents ainsi que le petit frère ont objectivé une hypercholestérolémie

Les taux très élevés de cholestérol-LDL, la présence de xanthomes cutanés depuis l'âge de 4 ans et l'absence d'autre anomalie, faisaient évoquer, chez cette enfant, une forme homozygote d'hypercholestérolémie familiale. La malade était prise en charge par des mesures hygiéno-diététiques associées à un traitement par statines exérèse des lésions inesthétiques est prévue par laser.

Discussion :

L'hypercholestérolémie familiale est une maladie génétique de transmission autosomique dominante caractérisée par un taux de cholestérol LDL très élevé depuis la naissance et compliquée de maladies cardiovasculaires précoces Elle est caractérisée par la survenue des xanthomes cutanés apparaissant dès la première décennie et même parfois présents à

la naissance. Ils siègent surtout dans la région fessière et sur les faces d'extension des coudes et des genoux. Les taux de cholestérol-LDL sont très élevés dès la naissance. La forme homozygote, qui affecte sévèrement les patients atteints, est cependant beaucoup plus rare et touche une personne sur 250 000 à 1 000 000. L'âge moyen de la première crise d'angor se situant vers 11 ans, et l'espérance de vie ne dépassant pas 20 ans en l'absence de traitement. Le traitement médical associé au régime alimentaire adapté s'avère généralement insuffisant chez les patients homozygotes. Le traitement de choix est représenté actuellement par les LDL-aphérèses.

Conclusion :

Devant des xanthomes cutanées chez un enfant avec un taux de cholestérol élevé il faut penser à une hypercholestérolémie familiale de forme homozygote.

La prise en charge précoce de toute la famille évite l'apparition des complications

Ulcères de jambe secondaires au déficit en prolidase traités par L-proline orale : Amélioration spectaculaire

**Walid N, Baline K, Hali F, Chiheb S Department of Dermatology-Venereology,
UHC Ibn Rochd, Casablanca, Morocco**

INTRODUCTION :

Le déficit en prolidase est une maladie héréditaire autosomique récessive rare caractérisée par une excrétion urinaire massive de proline, qui constitue plus de 90 % des

protéines endogènes telles que le collagène. Nous rapportons un cas de déficit en prolidase traité efficacement par une supplémentation orale en proline

Observation :

Patiente de 22 ans, suivie pour déficit en prolidase associé à un lupus depuis l'âge de sept ans. Le diagnostic a été suspecté devant une dysmorphie faciale typique, ulcères de jambe chroniques, Infections cutanées récurrentes, atrophie épidermique et télangiectasies, puis confirmé par un taux élevé d'hydroxyproline urinaire (1,90 et 0,20 g par jour). La patiente a reçu un traitement local à base d'antiseptiques, antibiotiques, crèmes cicatrisantes et LED pour les ulcères, une corticothérapie orale et chloroquine pour son lupus. Les ulcères de jambe étaient creusantes et réfractaires à 15 ans de traitement avec des infections répétées. Une nouvelle thérapie à base de L-proline orale a été administrée avec une dose initiale journalière de 500 mg et augmentation progressive de la posologie jusqu'à 2 g par jour. Une surveillance par photographies et mensurations hebdomadaires a été réalisée. L'évolution était spectaculaire avec un raccourcissement de plus 60% de la taille des ulcères au bout de 2 mois ainsi qu'une disparition du suintement et de l'infection cutanée. Le traitement a été bien toléré, sans effets indésirables notables.

Discussion :

Il n'y a pas de thérapie définitive pour le déficit en prolidase bien que plusieurs traitements ont été évalués avec plus ou moins de succès

La L-proline topique a été rapportée dans la littérature comme un traitement alternatif des ulcères cutanés liés au DP avec une efficacité modérée. Chez notre patiente, le caractère multiple et creusant des ulcères ainsi que l'indisponibilité de proline locale justifient notre choix de supplémentation orale.

L'efficacité de la L-Proline s'explique par son rôle dans la synthèse du collagène et l'accélération de la cicatrisation des plaies

Dysplasie ectodermique hypohidrotique : Série de 8 cas.

A. Abbour - FZ. Elfatoiki - H. Skalli - F. Hali - S. Chiheb.

Introduction :

La dysplasie ectodermique (DE) est une affection héréditaire caractérisée par un défaut de développement des tissus dérivés de l'ectoderme à savoir la peau, les cheveux, les ongles, les glandes eccrines et les dents.

Les 2 types les plus courants sont : La DE hypohidrotique (anhidrotique) et la DE hidrotique.

Nous rapportons 8 cas originaux de dysplasie ectodermique hypohidrotique (DEH).

Matériels et méthodes :

Une étude rétrospective a été menée sur une période de 6 ans (entre Janvier 2016 et Décembre 2022).

8 cas présentant un tableau typique de DEH ont été colligés durant cette période.

Résultats :

Il y avait 7 garçons et 1 fille avec un âge médian de $7,23 \pm 2.21$ ans.

3 patients avaient des cas similaires dans la famille et 5 patients étaient issus d'un mariage consanguin (Consanguinité de 1^{er} degré).

Les principaux antécédents révélés étaient : L'absence de transpiration dans 6 cas et l'hyperthermie épisodique depuis la naissance dans 4 cas.

Tous les patients étaient adressés en dermatologie pour eczéma sévère.

Les principaux signes cliniques observés étaient : Les anomalies de dentition et l'hypotrichose chez tous les patients, l'hypohidrose dans 5 cas, l'onchodysplasie dans 7 cas et un faciès typique (Nez en selle-bosse frontale) dans 6 cas.

Un bilan immunologique a été réalisé chez tous les patients et a révélé un déficit immunitaire primitif (Syndrome d'hyperIgM) chez 3 d'entre eux.

Discussion :

La DE hypohidrotique (également connue sous le nom de syndrome de Christ-Siemens-Touraine) est le phénotype le plus courant de la DE et est généralement héréditaire récessif lié au chromosome X.

Elle se caractérise par plusieurs signes cliniques se révélant le plus souvent à la naissance : L'hypohidrose (Les glandes sudoripares eccrines peuvent être absentes ou peu abondantes et rudimentaires), les anomalies de la dentition (Dents coniques ou chevillées, une hypodontie, une anodontie complète ou un retard dans l'éruption des dents permanentes), l'onchodysplasie et l'hypotrichose (Cheveux fins et clairsemés).

Les sujets atteints présentent généralement un faciès typique qui se caractérise par un élargissement de la base du nez, d'un front proéminent associé à un hypertélorisme ainsi que de grandes oreilles décollées.

Ces signes sont le plus souvent précédés de prodromes typiques à savoir l'hyperthermie épisodique et les infections à répétition surtout en cas de DIP associé (Dominé par le syndrome d'hyperIgM).

Conclusion :

La DEH est une génodermatose rare qui se caractérise invariablement par sa clinique typique représentée en premier plan par l'atteinte dermatologique. Ainsi, une bonne connaissance de la pathologie par les dermatologues pourraient contribuer à une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Deux cas de dermatite atopique avec modifications pigmentaires associée au syndrome de Seckel : une entité rare

M.Hammouch, FZ.El-Fetouaki, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie-vénérologie, CHU IBN Rochd, Casablanca

INTRODUCTION :

Le syndrome de Seckel est une entité de transmission autosomique récessive très rare de microcéphalie en pédiatrie. Il comporte un retard de croissance intra-utérin majeur, une microcéphalie, une dysmorphie faciale et un retard mental. Nous rapportons deux

observations inhabituelles de deux frères atteints de syndrome de Seckel associé à une dermatite atopique.

PRESENTATION DES CAS :

Il s'agit de deux frères de sexe masculin âgés respectivement de six et douze ans issus d'un mariage consanguin de premier degré, qui présentait une microcéphalie avec une dysmorphie faciale et un retard psychomoteur. L'examen clinique avait retrouvé deux enfants conscients, mais agités, avec une dysmorphie faciale caractéristique comportant une microcéphalie, un front bas et fuyant, un nez proportionnellement plus grand et des yeux petits et rapprochés avec un blépharophimosis. L'examen dermatologique chez le petit enfant avait montré une xérose cutanée généralisée, des lésions prurigineuses érythémateuses eczématisées, des hyperpigmentations diffuses, une chéilite fissuraire, une hyperpigmentation palpébrale associée à une blépharite, et une leuconychie des ongles des doigts et des orteils. Chez le deuxième enfant on avait retrouvé une xérose cutanée moins intense que le premier, un prurit chronique, une pigmentation des genoux, une blépharite et une leuconychie des ongles.

DISCUSSION :

Le syndrome de Seckel, défini pour la première fois par Seckel en 1960, est une maladie autosomique récessive rare sans aucune prédilection sexuelle, avec une incidence rapportée de 1/1 000 000 enfants nés vivants. Dans la plupart des cas, le diagnostic de syndrome de Seckel est basé sur les principales caractéristiques qui sont un retard de croissance intra-utérin sévère, une microcéphalie, un "profil à tête d'oiseau" caractéristique et un retard mental. Dans les deux cas présents, le diagnostic de syndrome de Seckel a été posé sur la base des antécédents, du retard de développement et des caractéristiques cliniques et radiologiques. À ce jour, trois gènes responsables sont situés sur le chromosome 3 (3q22-q24) pour Seckel 1, chromosome 18 (18p11.31-q11) pour Seckel 2 et chromosome 14 (14q21-q22) pour Seckel 3. Ce syndrome est associé à des atteintes osseuses, neurologiques, ophtalmologiques, cardiaques, et hématologiques. Cependant, de rares cas rapportés dans la littérature mentionnent une atteinte dermatologique, ce qui est le cas chez nos patients.

CONCLUSION :

Le syndrome de Seckel est une maladie rare. Son diagnostic est essentiellement clinique et peut être porté en anténatal et sa prise en charge est surtout symptomatique.

La dermite papulo-érosive de Sevestre et Jacquet : Plus de peur que de mal

H.Tahiri, F.Hali, S.Chiheb

Introduction :

Les dermatites du siège représentent un problème fréquent de la pathologie dermatologique du nouveau-né, nourrisson voire du jeune enfant. Les étiologies sont multiples dominées par les dermatites irritatives.

Nous rapportons le cas d'une entité bénigne mais rare de dermite de siège.

Observation :

Fille de 2 ans, opérée pour occlusion néonatale compliquée de péritonite stercorale sur terrain de maladie de Hirschprung avec résection intestinale, admise en pédiatrie pour bilan étiologique de diarrhée chronique.

L'examen clinique trouve une patiente consciente, sans signes de déshydratation, avec sur le plan dermatologique des papulo-nodules infiltrés à surface érodée disposés en miroir au niveau péri anal avec extension au niveau des grandes lèvres, sans fistulisation ni fissures en rhagade ni ulcération ni chéilite ou autre signe orientant vers une maladie inflammatoire de l'intestin ou une infection bactérienne ou fongique.

La patiente a été mise sous soins locaux à base d'antiseptique et crème barrière avec augmentation de la fréquence de changement des couches ,avec une bonne évolution

Discussion :

La dermite papulo- érosive de Sevestre et Jacquet est une forme rare de dermatite de siège irritante sévère, affectant la peau occluse, exposée à l'urine et/ou aux matières fécales pendant une période prolongée.

Le mécanisme d'apparition est expliqué par l'augmentation du PH au niveau péri anal et la présence d'enzymes lytiques au niveau des selles aboutissant à une effraction de la barrière cutané.

Le tableau clinique est typique, caractérisé par la présence de papulo nodules non confluent, et bien délimités à surface le plus souvent érodée, prenant parfois un aspect ombiliqué au niveau péri anal.

cette affection survient le plus souvent dans un contexte de diarrhée chronique, dont l'étiologie la plus souvent rapportée est la maladie de Hirschsprung.

Conclusion:

Malgré son aspect clinique et son caractère extensif et douloureux, La dermite papulo-érosive de Sevestre et Jacquet demeure une affection bénigne dont le traitement repose surtout sur les mesures d'hygiène et le traitement du terrain sous jacent.

Syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique associé au SARS-CoV-2 mimant une maladie de Kawasaki

M.Hammouch, FZ.El-Fetouaki, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie-vénéréologie,CHU IBN Rochd, Casablanca

Introduction :

Le syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) est une complication qui peut se développer chez les enfants après une infection par le SARS-CoV2. Il survient plusieurs semaines après l'infection qui peut passer inaperçue. Nous rapportons le cas d'un enfant présentant un PIMS associé à une infection à COVID-19 documentée mimant une maladie de Kawasaki.

Observation :

Un enfant âgé de 13 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, a été admis aux urgences pour une éruption cutanée associée à une fièvre prolongée évoluant depuis plus de six jours avec notion de troubles digestifs faits de vomissements et de diarrhées et d'arthralgies d'allure inflammatoires. L'examen clinique avait retrouvé un enfant agité, fébrile à 40° C, tachycarde et dyspnéique, avec une conjonctivite bilatérale, avec à l'examen dermatologique la présence de lésions érythémateuses infiltrées diffuses en pseudo-cocarde, avec un centre bulleux par endroits, siégeant au niveau du tronc et des membres avec atteinte des organes génitaux externes et quelques lésions purpuriques au niveau des membres inférieurs. On avait noté également la présence d'une atteinte muqueuse sous forme d'une chéilite érosive avec érosions endo-buccales. Au bilan biologique, on avait retrouvé une CRP à 82,9 mg/L ; procalcitonine à 18 ng/mL ; une lymphopénie, thrombopénie et une anémie hypochrome microcytaire avec une ferritinémie à 141,4 ng/ML. Une hyponatrémie était également présente. Les hémocultures et les sérologies virales étaient négatives, le bilan immunologique était également négatif. Un test PCR COVID-19 a été réalisé qui était négatif, mais la sérologie IgG était positive à 9,83. Le diagnostic de PIMS a été retenu après élimination des autres étiologies. Le patient a été mis sous antibiothérapie avec un traitement symptomatique et correction des troubles hydroélectrolytiques avec une très bonne amélioration.

Discussion :

Le diagnostic de PIMS est rare, il est donc essentiel d'envisager d'autres diagnostics, parfois plus courants, tels que les étiologies infectieuses, inflammatoires et les toxidermies. Malgré la sévérité potentielle de la pathologie, une prise en charge rapide assure généralement à la grande majorité des enfants un excellent pronostic à moyen terme. La reconnaissance précoce du PIMS est donc indispensable, et chaque médecin prenant en charge des enfants devrait connaître les signes cliniques qui doivent faire suspecter ce diagnostic. Les enfants atteints de PIMS présentent généralement une fièvre aiguë mal tolérée, des symptômes gastro-intestinaux tels que des douleurs abdominales, des vomissements, une diarrhée, ainsi qu'une éruption cutanée. Plus rarement, ils peuvent présenter une atteinte des muqueuses et des modifications des extrémités. Les autres critères de la maladie de Kawasaki, tels que les adénopathies cervicales et l'érythème conjonctival, sont moins fréquents. Dans certains cas, des patients développent un choc dû à une défaillance myocardique dans les 3 à 5 jours suivant le début de la fièvre, ce qui constitue la gravité du syndrome.

Conclusion :

La pandémie de COVID-19 a donné lieu à de nombreuses surprises, notamment l'apparition du PIMS, dont les caractéristiques cliniques et biochimiques sont distinctes de celles de la maladie de Kawasaki classique. Les aspects fondamentaux du PIMS demeurent aujourd'hui encore largement inconnus. Une prise en charge précoce et adaptée permet d'éviter la majorité des décès.

Erythrodermie sèche révélant un syndrome DITRA de phénotype atypique.

H . Moata ¹, F .Hali ¹, F.Ailal ², A.A.Bousfiha ², S .Chiheb¹

¹ Service de dermatologie vénérologie . CHU ibn rochd. Casablanca . Maroc

² Unité d'immunologie clinique, service de pédiatrie infectieuse. CHU Harrouchi. Casablanca .Maroc

Mots clés : Syndrome DITRA, érythrodermie sèche, lentigines.

INTRODUCTION :

Le syndrome DITRA (déficit en antagoniste du récepteur de l'interleukine-36 (IL36RN)) est une maladie auto-inflammatoire monogénique liée à une mutation du gène IL36RN. Sa présentation dermatologique habituelle est un psoriasis pustuleux généralisé associé à des épisodes fébriles . Nous rapportons un cas d'érythrodermie sèche révélant un syndrome DITRA de phénotype atypique chez un garçon de 11 ans.

OBSERVATION :

Un enfant âgé de 11 ans, issu d'un mariage consanguin, présente depuis l'âge de 2 mois des poussées successives de lésions érythémato-squameuses généralisées. L'examen clinique objectivait une érythrodermie sèche associée à des lentigines ,une microcéphalie, un retard de croissance staturopondéral sévère et une rétraction douloureuse des articulations interphalangiennes proximales des deux derniers doigts de la main droite.La biopsie cutanée était en faveur d'une dermatose psoriasiforme. L'étude génétique a identifié une mutation pathologique du gène IL 36 RN responsable du syndrome DITRA à transmission autosomique récessive. Un traitement à base d'antagoniste du récepteur de l'interleukine 1 a été proposé.

DISCUSSION :

Le psoriasis pustuleux généralisé représente le phénotype cutané habituel du syndrome DITRA. Chez notre patient, la présentation clinique à type d'érythrodermie sèche est particulière .De même, la microcéphalie ,le retard de croissance et les lentigines ne figurent pas parmi les phénotypes associés aux mutations du gène IL36RN et suggèrent l'hypothèse d'une RASopathies associée chez notre patient.

CONCLUSION :

Les anomalies phénotypiques inhabituelles relevés chez notre cas de syndrome de DITRA doivent faire suspecter une seconde maladie monogénique associée, notamment une RASopathie.

Acrodermatite entéropathique et pseudo-acrodermatite entéropathique chez l'enfant : Série de 10 cas

F. Chekairi¹, F. Elfatoiki¹, H. Skali¹, F. Hali¹, S. Chiheb¹

¹ Dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

L'acrodermatite entéropathique (AE) est une maladie rare liée à une anomalie héréditaire de l'absorption intestinale du zinc. Lorsque le déficit en zinc est acquis, il s'agit de la pseudo-acrodermatite entéropathique.

La présentation clinique, essentiellement dermatologique, est similaire dans les deux étiologies.

Nous rapportons à travers cette série, 10 cas de déficit en zinc chez l'enfant.

Patients et méthodes :

Étude rétrospective intéressant tous les cas confirmés de déficit en zinc congénital ou acquis chez l'enfant, ayant consulté sur une période de 3 ans entre 2020 et 2023.

Résultats :

Il s'agit de 10 patients pédiatriques âgés entre 3 mois et 4 ans avec une moyenne d'âge de 18 mois et un sexe ratio égal à 1, qui consultaient pour une dermite du siège persistante depuis plusieurs mois et résistante aux traitements symptomatiques .

L'examen clinique objectivait des lésions érythémato-squameuses et vésiculeuses érosives, confluentes en plaques eczématiformes par endroits, de distribution péri-orificielle et acrale symétrique, avec extension au tronc dans un cas.

Une dystrophie unguéale avec paronychie étaient observées dans 3 cas et 5 patients présentaient une alopécie et des cheveux fins.

Une consanguinité était retrouvée dans 4 cas, il n'y avait pas d'antécédent de prématurité, l'allaitement était maternel exclusif chez 9 patients et mixte dans 1 cas.

Un retard de croissance staturo-pondéral était observé dans 3 cas et une diarrhée chronique compliquée d'une déshydratation aiguë sévère chez 2 patients.

Le diagnostic était confirmé par une zincémie effondrée dans tous les cas, associée à une diminution des phosphatases alcalines dans 6 cas.

Un bilan de malabsorption chez une fillette de 4 ans révélait une maladie cœliaque devant un taux d'anticorps antitransglutaminases positifs (> 200 U/ml).

Une supplémentation par du sulfate de zinc était instaurée et l'évolution était favorable avec cicatrisation complète des lésions en quelques jours à quelques semaines, sans rechute à l'arrêt du traitement dans les formes acquises.

Discussion :

L'acrodermatite entéropathique est une affection rare à transmission autosomique récessive, due à une mutation du gène SLC39A4 codant pour une protéine transporteuse nécessaire à l'absorption intestinal du zinc . Elle apparaît généralement après la diversification alimentaire chez les nourrissons allaités exclusivement au sein.

La pseudo-acrodermatite entéropathique est un déficit acquis en zinc par une carence d'apport, une malabsorption ou des pertes digestives excessives.

Le diagnostic doit être reconnu précocement par le dermatologue devant un tableau clinique associant des manifestations cutanées péri-orificielles et acrales chez un enfant irritable qui présente un retard de croissance staturo-pondéral, une atteinte phanérienne ou une diarrhée chronique. Il est confirmé par une zincémie basse chez l'enfant et le dosage des phosphatases alcalines peut être utile.

L'étude génétique dans la forme héréditaire n'est pas toujours réalisable et ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique.

Une supplémentation orale de sulfate de zinc de 5 à 10 mg/kg/j permet une rémission rapide et complète en quelques jours à quelques semaines avec nécessité de poursuivre le traitement à vie dans la forme héréditaire. Le pronostic est excellent sous réserve d'un diagnostic précoce et d'une supplémentation en zinc appropriée.

Conclusion :

La présence de lésions cutanées érosives péri-orificielles et acrales chez l'enfant et le nourrisson doivent faire rechercher une acrodermatite entéropathique ou un déficit acquis en zinc.

L'optimisation du tableau clinique dépend d'une supplémentation efficace et durable.

Un cas de syndrome de Jaffe-Campanacci

R.Bousmara¹, F.Hali ¹, A. Guensi², S.Chiheb¹

¹ Service de Dermatologie-vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

² Service de médecine nucléaire, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION

Le syndrome de Jaffe-Campanacci est une entité très rare qui se caractérise par la présence de multiples fibromes non ossifiants associés à d'autres anomalies extra-squelettiques, telles que des taches-café-au-lait. Son association avec la neurofibromatose de type 1 (NF1) fait toujours débat. Notre but est de rapporter cette entité rare à travers le cas d'un patient âgé de 11 ans suivi jusque-là pour NF1 et nous soulignons l'intérêt de la TEP/TDM dans le diagnostic de ce syndrome.

OBSERVATION

Nous décrivons le cas d'un enfant de 11 ans, admis au service pour bilan de neurofibromatose de type 1. A l'examen, on notait la présence de multiples tâches café-au-lait sur le tronc et les membres, ainsi que des lentigines prédominantes au niveau axillaire avec une cryptorchidie bilatérale. Il n'avait pas de neurofibromes cutanés. Il présentait au fond d'œil des nodules de Lisch. Les radiographies standards objectivaient la présence d'images lytiques intra corticales, bien limitées, sans réaction périostée, situées au niveau de la partie distale des fémurs et de la partie proximale du tibia gauche. La TEP/TDM au ¹⁸FDG a montré plusieurs zones de lésions lytiques correspondant à de multiples fibromes non ossifiants. Ainsi, à partir des caractéristiques cliniques et des résultats radiologiques, un diagnostic final de syndrome de Jaffe Campanacci a été retenu.

DISCUSSION

Décrit pour la première fois en tant qu'entité clinique distincte par M Campanacci en 1958. Le syndrome de Jaffe Campanacci associe des fibromes non ossifiants et des anomalies congénitales extrasquelettiques telles que des taches café-au-lait, un retard mental, un hypogonadisme ou une cryptorchidie. Il touche habituellement l'enfant à l'âge de la puberté, et affecte principalement le tibia et le fémur. La fracture pathologique représente le mode de révélation le plus fréquent. La pathogénie de ce syndrome et son association avec la NF1 font l'objet d'un grand nombre de discussions. Bien que les deux maladies aient quelques manifestations communes, il est difficile d'établir un lien clair entre la NF1 et le syndrome de Jaffe Campanacci. D'autres études sont nécessaires pour déterminer si le syndrome de Jaffe Campanacci est une entité génétique distincte ou une variante de la NF1.

CONCLUSION

Le Syndrome de Jaffe Campanacci est une entité génétique sous-diagnostiquée. Notre étude souligne l'intérêt d'un dépistage systématique chez tous patient se présentant pour des taches café-au-lait afin de détecter les fibromes non ossifiants disséminés et d'évaluer le risque inhérent de fracture pathologique.

Mots-clés : Jaffé campanacci - Neurofibromatose type 1 – fibrome non ossifiant

Atteinte des phanères dans le syndrome de Clouston : Trois cas familiaux

M.Hammouch, FZ.El-Fetouaki, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie-vénéréologie, CHU IBN Rochd, Casablanca

Introduction :

Le syndrome de Clouston est une maladie héréditaire à transmission autosomique dominante, caractérisée par des manifestations au niveau des phanères, notamment une atteinte constante des ongles, une alopecie et une kératodermie palmoplantaire fréquente. Dans cette étude, nous décrivons les cas de trois membres d'une même famille présentant le syndrome de Clouston.

Observation :

Les trois cas étudiés comprennent une fille de onze ans, un garçon de deux ans et leur père. Ils présentaient tous une alopecie avec des cheveux fins et cassants, une rareté des cils et des sourcils, une dystrophie unguéale, une kératodermie palmoplantaire, une poikilodermie dans les plis axillaires, inguinaux, sous-ombilicaux et au niveau du cou, ainsi que des anomalies dentaires. Les symptômes étaient présents dès la naissance, mais la transpiration et le développement intellectuel étaient normaux.

Discussion :

Le syndrome de Clouston, également connu sous le nom de dysplasie ectodermique hydrotique de type 2, est une maladie génétique rare à transmission autosomique dominante. Elle se caractérise principalement par une triade de symptômes : alopecie, dystrophie unguéale et kératodermie palmoplantaire. Les patients atteints présentent des cheveux secs, fins et cassants, pouvant conduire à une alopecie totale. Les sourcils et les cils peuvent être absents ou clairsemés. La kératodermie palmoplantaire est généralement généralisée, et certains cas peuvent également présenter une sensibilité à la lumière. Cependant, la transpiration reste normale, et le développement physique et psychomoteur est généralement normal. Dans le cas des trois patients de notre étude, en plus de la triade classique du syndrome de Clouston, comprenant l'alopecie, la dystrophie unguéale et la kératodermie palmoplantaire, nous avons également observé une poikilodermie dans les plis cutanés ainsi que des anomalies dentaires.

Conclusion :

En conclusion, le syndrome de Clouston peut présenter des manifestations variables et peut être confondu avec d'autres formes de dysplasie pilaire. Une prise en charge appropriée et un suivi régulier sont nécessaires pour ces patients, afin de gérer les symptômes et de prévenir les complications éventuelles.

Le syndrome H : Une génodermatose multi systémique rare S. Zakaryaa, F. Hali, F. Marnissi, S. Chiheb Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc Introduction Le syndrome H est une génodermatose autosomique récessive rare caractérisée par une hyperpigmentation cutanée symétrique, une hypertrichose, une induration scléreuse, une camptodactylie, un hallux valgus et plusieurs manifestations multi-systémiques. Elle est causée par des mutations du gène SLC29A3 sur le chromosome 10q22, qui code pour le transporteur de nucléosides à l'équilibre humain 3 (hENT3). Depuis sa première description en 2008, moins de 100 cas ont été signalés dans le monde. Observation Un enfant de 14 ans issu d'un mariage non consanguin avec des antécédents de retard d'acquisition du langage verbal, de déficience intellectuelle et d'épisodes fébriles récurrents présentait une hyperpigmentation des membres et du tronc depuis 7 ans avec une camptodactylie progressive du 5e doigt de la main gauche et un

hallux valgus bilatéral. Sa mère présentait des taches hyperpigmentées du tronc et des membres supérieures. L'examen cutané a révélé des plaques hyperpigmentées bien délimitées, bilatérales et symétriques et quelques plaques indurées sur le tronc, les membres supérieurs, le bas du dos avec une hypertrichose. L'examen ostéoarticulaire a révélé une camptodactylie du 5e doigt de la main gauche, un hallus valgus bilatéral et une scoliose. Aucune organomégalie ni ganglion lymphatique palpable n'ont été retrouvés. La fonction hépatique et rénale, le profil thyroïdien, la glycémie étaient normaux et les anticorps antinucléaires négatifs. La radiographie thoracique était normale ; l'ECG et l'échocardiographie n'ont pas révélé d'anomalies ; l'échographie abdominale était normale sans hépatosplénomégalie. La biopsie cutanée a révélé un épiderme orthokératosique normo acanthosique avec une pigmentation basale. Les ostiums folliculaires comportaient plusieurs tiges pilaires en plus d'une fibrose dermique avec un infiltrat périvasculaire histiocytaire. Discussion Le syndrome de H est une génodermatose multi systémique extrêmement rare due à des mutations du gène SLC29A3 au niveau du chromosome 10q22 qui code pour la (hENT3), présente dans les endosomes, les lysosomes et les mitochondries. Il a été décrit pour la première fois par Molho en 2008 et est considéré comme une forme d'histiocytose. Par la suite, moins de 100 patients ont été décrits dans la littérature. Il a été nommé syndrome H car la plupart des signes cliniques commencent par la lettre "H" : hyperpigmentation, hypertrichose, épaissement sclérodermique, anomalies hématologiques et cardiaques, hyperglycémie, hépatosplénomégalie, hypoacousie, petite taille, camptodactylie et hallux valgus. Il se caractérise également par des épisodes fébriles récurrents, une agénésie de la veine cave inférieure, une exophtalmie, un hypogonadisme, une diarrhée chronique, une arthrite inflammatoire et une lymphadénopathie généralisée. Les bilans biologiques peuvent révéler une vitesse de sédimentation élevée, une anémie microcytaire ou une cytolysé hépatique. Un hypogonadisme et une azoospermie peuvent être observés. L'examen histopathologique montre un infiltrat mononucléaire interstitiel dermique et sous-cutané caractéristique, composé principalement d'histiocytes de taille petite à moyenne et de fibrose. Le diagnostic est confirmé par le dépistage génétique de mutations du SLC29A3. Nous présentons ce cas pour sensibiliser au dépistage précoce de la surdité neurosensorielle et du diabète. Le Tocilizumab s'est avéré efficace chez un certain nombre de patients.

Trichotillomanie en pédiatrie

S.Boujloud, FZ. El Fatoiki, F. Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

La trichotillomanie est un trouble compulsif caractérisé par le fait de se tirer les cheveux, entraînant ainsi des plaques alopeciques. La plupart des patients atteints de trichotillomanie s'arrachent généralement les cheveux, les sourcils et/ ou les cils ; quoique toutes les zones pileuses peuvent être atteintes.

La trichotillomanie est une cause relativement fréquente d'alopécie infantile, dont le diagnostic est facilité par la trichoscopie.

Ce trouble peut être associé à une souffrance psychologique pouvant avoir un retentissement somatique avec un impact important sur la vie sociale.

Observation :

Nous rapportons 4 cas pédiatriques, dont 75% sont des garçons. L'âge moyen de nos patients est de 11 ans (l'âge variait de 7 à 14 ans). Le délai de diagnostic était compris entre 6 mois et 2 ans d'évolution.

Les facteurs précipitants et les associations retrouvées sont : un changement d'établissement scolaire, un stress émotionnel familial (divorce, parent agressif) ou rattaché à l'école, une angoisse et un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité.

L'examen dermatologique retrouve des plaques alopeciques circonscrites mal limitées avec des cheveux de longueur différente, sans atteinte des sourcils. Pas d'onychophagie retrouvée. Le signe de traction et l'examen mycologique étaient négatifs.

La trichoscopie a montré des cheveux cassés à différentes longueurs, des points jaunes et des hémorragies péri-folliculaires.

Tous les enfants ont été adressés à un pédopsychiatre pour suivi et prise en charge spécialisée.

Résultats :

La trichotillomanie est un trouble compulsif caractérisé par l'arrachage chronique des cheveux.

La présentation clinique n'est pas typique, il est donc important d'éliminer les autres diagnostics différentiels notamment un effluvium télogène d'origine carencielle, une pelade, une teigne ou une maladie psychiatrique expliquant le trouble compulsif.

La place de la trichoscopie est essentielle au diagnostic. Elle permet de mettre en évidence des cheveux cassés à différentes longueurs, une trichoptilose, des cheveux en tulipe, le V signe, le signe de l'allumette brûlée, des cheveux en masse ainsi que des hémorragies péri-folliculaires. D'autres signes peuvent parfois être retrouvés notamment des cheveux en point d'exclamation et des points jaunes.

La prise en charge de la trichotillomanie en pédiatrie reste difficile nécessitant initialement l'identification d'une origine psychopathologique afin de proposer des thérapies adaptées à l'enfant tout en prenant en considération son entourage.

Conclusion :

La trichotillomanie en pédiatrie est une pathologie à multiples facettes qui nécessite une approche adaptée par une équipe multidisciplinaire.

Un cas du syndrome de Papillon–Lefèvre

El Kissouni; FZ. Elfetoiki ;H .Skelli ; F. Hali; S Chiheb

Introduction :

Le syndrome de Papillon-Lefèvre est une maladie héréditaire rare, caractérisée par l'apparition chez l'enfant d'une kératodermie palmoplantaire érythématosquameuse associée à une parodontite sévère avec alvéolyse avec risque de chute précoce des dents définitives. Nous rapportons ici un cas
Observation :

Patiente âgée de 13 ans issue d'un mariage consanguin , qui présente depuis l'âge de 2 ans , des lésions érythémato-squameuses au niveau du coude et genoux traitées comme psoriasis par des dermocorticoïdes avec notion d'amélioration partielle , l'évolution fut marquée par l'apparition il y a un an d'une paradontite , des dents très mobiles et une perte précoce de ses dents temporaires. L'examen clinique trouve une hyperkératose palmo-plantaire bien limitée par une bande de couleur rouge. L'examen endobuccal a montré une perte prématurée des dents temporaires, une inflammation gingivale sévère et généralisée, des récessions et des mobilités sur les dents résiduelles. Une biopsie était réalisée pour éliminer les autres diagnostics différentiels et revenue sans particularités, L'examen radiographique a montré l'existence d'une lyse très marquée de l'os alvéolaire autour des dents résiduelles. Le diagnostic du syndrome de Papillon-Lefèvre a été posé à partir des signes cliniques et radiographiques. La patiente a été mise sous préparation à base d'urée et de dermocorticoïdes et un traitement oral par rétinoïdes puis a été confiée aux chirurgiens ortho-dentistes pour la réalisation d'une prothèse amovible afin de rétablir l'esthétique et les fonctions de mastication et de déglutition

Discussion :

Le syndrome de papillon lefevre est une affection génotypique rare dont l'incidence est de 1 à 4 cas par million. Il associe des signes constants dermatologiques et dentaires qui sont l'hyperkératose palmo-plantaire diffuse et érythémateuse évoluant par poussées / rémission. . Les manifestations buccodentaires se caractérisent, après une éruption normale des dents temporaires, par l'apparition d'une inflammation gingivale qui s'accompagne d'une lyse de l'os alvéolaire, aboutissant à une exfoliation des dents temporaires vers l'âge de 4 à 5 ans. Les mêmes signes réapparaissent avec l'éruption des dents permanentes qui subissent la même évolution que les dents temporaires. Sur le plan génétique, la transmission est autosomique récessive et une consanguinité parentale est fréquemment retrouvée. Le gène responsable du syndrome de papillon lefevre qui a été localisé en 11q14/q21, code pour la cathepsine C. Le syndrome de papillon lefevre résulte d'une mutation du gène codant pour cette protéine donnant une suppression totale de son activité. Cette protéine joue un rôle essentiel dans l'établissement et le maintien de l'organisation structurale de l'épithélium des extrémités (paumes, plantes), de même que dans l'intégrité des propriétés immunologiques des tissus de soutien des dents .Le traitement est pluridisciplinaire entre dermatologue et dentiste et repose principalement sur les rétinoïdes oraux et la pose de prothèses dentaires. L'espérance de vie de ces patients n'est pas diminuée.

Conclusion

Malgré sa rareté il est primordial de connaître ce syndrome, afin de permettre un diagnostic et une prise en charge précoce

Un cas pédiatrique de macrochéilite de Miescher traitée par clarithromycine

S.Boujloud, FZ. El Fatoiki, F. Hali, S.Chiheb

Introduction :

Le syndrome de Melkersson Rosenthal est une pathologie rare qui associe classiquement : un œdème orofacial, une langue plicaturée et une paralysie faciale périphérique. La

chéilite de Miescher ou macro-chéilite granulomateuse de Miescher en représente la forme monosymptomatique.

C'est une pathologie rare dans l'enfance ; plus fréquente chez les jeunes adultes. Son étiopathogénie reste mal élucidée. Nous rapportons un cas pédiatrique de chéilite granulomateuse mono symptomatique traité par clarithromycine.

Observation :

Patiente âgée de 7 ans sans ATCD pathologique notable notamment pas d'atopie ; qui se présente pour une macrochéilite évoluant depuis 3 mois en poussée. L'anamnèse et l'examen clinique n'ont pas retrouvé de toux ni de dyspnée d'effort, pas de douleurs abdominales ni de diarrhées ou de syndrome dysentérique et pas d'atteinte de la région anopérinéale.

Une biopsie labiale a été réalisée concluant à une chéilite granulomateuse de Meischer avec présence de quelques petits granulomes épithélioïdes sans cellules géantes sous la paroi vasculaire déformant leur diamètre. Le revêtement épithélial était hyperplasique et régulier.

Une cause infectieuse, une sarcoïdose et une maladie de Crohn ont été éliminés avant de retenir le diagnostic de macrochéilite de Meischer. La décision a été de mettre la patiente sous clarithromycine 15mg/kg/j en deux prises pendant 10 jours par mois avec au contrôle une amélioration partielle après 2 mois. Le traitement sera poursuivi pendant 4 mois avec un contrôle mensuel régulier.

Discussion :

La chéilite granulomateuse a été rapporté pour la première fois par Miescher en 1945. Elle peut être isolée ou associée à un œdème orofacial, une langue plicaturée et une paralysie faciale, constituant ainsi le syndrome de Melkersson Rosenthal. L'étiopathogénie de cette affection est encore mal élucidée mais plusieurs observations suggèrent qu'il s'agirait d'une affection d'origine immunologique.

La chéilite de Meischer est rare dans l'enfance ; plus fréquente chez les jeunes adultes. Cliniquement, elle se manifeste par un œdème labial réalisant une macrochéilite évoluant par poussée ; atteignant les lèvres le plus souvent de façon asymétrique. L'œdème est ferme et élastique, parfois associé à un érythème.

Sur le plan histopathologique on retrouve principalement des granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires, sans nécrose caséuse centrale. Cet aspect peut également être retrouvé également en cas de sarcoïdose et dans la maladie de crohn.

Le traitement de la chéilite granulomateuse de Meischer est difficile. Parmi les traitements proposés nous retrouvons en chef de fil les corticoïdes per-os à dose de 0.1 à 1mg/kg, la doxycycline 100-200mg/jour, les injections intra lésionnelles de corticoïdes. D'autres thérapies ont été utilisées notamment : clofazimine, colchicine, minocycline, hydroxychloroquine, métronidazol, dapsone et macrolide.

Il est important de noter que les récurrences sont fréquentes même en cas de traitement combiné. La surveillance clinique reste donc nécessaire car une macrochéilite peut précéder de plusieurs années les manifestations digestives de la maladie de crohn.

Conclusion :

La chéilite granulomateuse est une pathologie rare, considérée comme une forme monosymptomatique ou une variante incomplète du syndrome de Melkersson Rosenthal. Son diagnostic requiert une biopsie labiale révélant la présence de granulomes histiocytaires épithéloïdes avec angiotropisme. La prise en charge reste difficile à adapter au cas par cas avec une surveillance clinique régulière.

Dermatomyosite juvénile à anticorps anti-SAE : à propos d'un cas.

**M.A. AOUZAL 1 ; S. BELLASRI 1 ; F. ELALAOUI ABID 1 ; N. AIT ABDELALI
1 ; I. OUAFIK 2 ; S. TIZKI 2 ; KH. NAINIA 2 ; R. CHAKIRI 1**

1- Service de dermatologie CHU d'AGADIR

2- Service de pédiatrie CHU d'AGADIR

Introduction :

La dermatomyosite juvénile (DMJ) est une pathologie auto-immune chronique rare caractérisée par une atteinte inflammatoire des muscles et de la peau associée à une vasculopathie. Le diagnostic de cette pathologie repose sur plusieurs critères dont la présence des anticorps spécifiques des myosites (1). Nous rapportons un cas de DMJ avec des auto-anticorps anti-SAE positifs.

Observation :

Un enfant de 5 ans et 3 mois admis au service de pédiatrie pour une bouffissure et un érythème du visage associé à des douleurs des membres inférieurs, des troubles de la marche, et des polyarthralgies inflammatoires des grosses articulations d'installation progressive évoluant depuis 2 mois. L'évolution était marquée par l'apparition de troubles de déglutition 2 jours avant son hospitalisation.

L'examen clinique a objectivé un érythème liliacé en lunette avec œdème diffus du visage, des télangiectasies péri-unguéales et des papules de Gottron en regard des articulations interphalangiennes bilatérales, et à l'examen neurologique, un syndrome myogène avec un déficit moteur à prédominance proximale au 4 membres.

L'ENMG montre un tracé myogène aux 4 membres. Le bilan biologique a trouvé une élévation des CPK à 640 UI/L et LDH à 1467UI/L. Et pour les auto-anticorps spécifiques des myosites dans le sérum, l'anticorps anti-SAE était positif.

Le diagnostic d'une dermatomyosite juvénile était retenu sur des critères cliniques et biologiques.

Le patient a été mis sous corticothérapie orale à dose de 2mg/Kg/J associée au méthotrexate à dose de 15 mg/m²/semaine avec traitement adjuvant. Après deux semaines de traitement, une nette amélioration clinique est observée avec disparition des troubles de déglutition, régression du déficit moteur, de l'érythème et de l'œdème facial.

Discussion :

Les Différents auto-anticorps spécifiques des myosites sont associés à la présence de phénotypes et pronostic spécifiques chez les patients atteints de DMJ (2).

L'auto-anticorps anti-SAE est récemment identifié et signalé pour la première fois en 2007 par Betteridge et al.(3). La positivité des auto-anticorps anti-SAE chez les adultes atteints de DM a été rapportée à 5,5 à 8 % chez les Européens et 1,5 à 3,0 % chez les Asiatiques (4) (5).

Peu de cas pédiatriques avec anticorps anti-SAE ont été signalés à ce jour, avec moins de 1 % des cas (6).

Notre patient a montré des signes cutanés typiques de DMJ, avec atteinte musculaire prononcée et trouble de déglutition. Bien que des symptômes cutanés typiques ont été

déjà signalés chez des patients porteurs d'auto-anticorps anti-SAE, l'atteinte musculaire était moins marquée.

Conclusion :

Les DMJ à anticorps anti-SAE sont rares, caractérisés par une atteinte cutanée "typique", déficit musculaire peu sévère avec risque élevé des troubles de déglutition. La définition du phénotype reste limitée par la rareté des observations.

L'alopécie androgénique pédiatrique.

S. Ait Oussous¹, I. Zouine¹, Fz. El Alaoui El Abidi¹, El Idrissi¹, H. Kherbach¹, N. Kayouh¹, R. Chakiri¹

¹Département de dermatologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc.

Introduction :

L'alopecie androgenique (AAG) est l'une des principales causes d'alopecie chez l'adulte. Dans de rares cas, elle peut survenir chez la population pediatrique. Nous rapportons deux cas d'AAG pre-pubertaire.

Observation :

Cas 1 : Une patiente de 6 ans s'est presentee en consultation pour une alopecie evoluant depuis 3 semaines, associee a un prurit du cuir chevelu. Aucun evenement traumatique ou episode infectieux prealable n'a ete identifie. L'examen clinique a revele un elargissement de la raie mediane avec preservation de la ligne d'implantation frontale. La densite capillaire au niveau occipital etait normale. Le signe de traction etait negatif. La trichoscopie a objectifue une miniaturisation pilaire, une anisotrichie, une predominance des orifices folliculaires a cheveu unique, et des points blancs, confirmant ainsi le diagnostic d'AAG. Cependant, la patiente n'avait pas une histoire familiale d'AAG. Un bilan a ete demande afin d'eliminer une anemie ou une carence en vitamine D associee. Et nous avons opte pour le minoxidil 2%. La patiente avait egalement une pediculose du cuir chevelu, traitee par la meme occasion.

Cas 2 : Une fillette de 6 ans souffrait d'une chute de cheveux depuis 2 mois. A l'anamnese nous n'avons pas souleve d'evenement declenchant. L'examen clinique a revele un elargissement de la raie mediane avec preservation de la lisiere frontale. La trichoscopie est venue appuyer notre diagnostic en mettant en evidence une anisotrichie, des cheveux duveteux, des squames interfolliculaires et des unites folliculaires a cheveu unique. L'examen de la mere par la meme occasion a revele une AAG grade 1 selon l'echelle de Ludwig. Nous les avons traites par du minoxidil 2%.

Discussion :

Chez l'enfant, la pelade et la trichotillomanie sont les causes d'alopecies les plus courantes. Neanmoins, l'AAG constitue egalement un diagnostic a garder en tete, d'autant plus s'il existe des antecedents familiaux d'AAG. Dans une revue systematique publiee dans le JAAD en 2019, 3/4 avaient 1 parent atteint et 1/4 avaient 2 parents atteints. Il semblerait que la prevalence d'AAG pediatrique soit augmentee chez cette population car elle est exposee a des taux accrus d'androgenes circulants des un jeune age, ce qui conduit a un developpement plus precoce d'AAG. La trichoscopie est un outil diagnostique indispensable. L'anisotrichie, les cheveux duveteux, les orifices folliculaires a cheveu unique, les halos peripilaires sont des signes fortement evocateurs. L'erytheme, les squames interfolliculaires, les points jaunes, et les points blancs correspondant a l'abouchement des canaux eccrines, peuvent egalement se voir en cas d'AAG.

Conclusion :

La prevalence de l'AAG pediatrique est probablement sous-estimee. Elle est associee a une forte histoire familiale d'AAG. Le diagnostic repose sur l'examen clinique et la trichoscopie. Bien qu'il n'existe aucun traitement approuve chez l'enfant, le minoxidil topique peut s'averer tres utile. Des etudes a large echelle sont necessaires afin d'ameliorer le diagnostic et la prise en charge d'AAG pediatrique et deceler

Une aplasie cutanee congenitale du scalp : un nouveau cas

H. BOUKHERROUBI ; K. AIT BELKACEM ; S. ZOBIRI

Service de dermatologie, CHU MUSTAPHA Alger

Introduction :

L'Aplasia cutis congenita est une affection congenitale rare. Elle se traduit par l'absence de tissu cutane. Acquise in utero, elle peut etre localisee ou etendue et atteindre une ou

plusieurs zones .Nous rapportons un cas chez un nouveau-né d'aplasie cutanée congénitale du scalp.

Observation : Un nouveau-né de sexe féminin âgé de 8 jours, issu d'un couple non consanguin, deuxième d'une fratrie de 2 consulte pour une large ulcération pariéto-occipitale. L'enfant est né à terme, par voie basse (APGAR : 2/10,9/10) avec un retard de croissance intra utérin.

A l'examen, on retrouve une large ulcération pariéto-occipitale de 6-7cm de diamètre, irrégulière, non épidermée mettant à nu les structures osseuses sous-jacentes. La périphérie est le siège d'une large aire d'alopecie. Le reste du tégument est indemne. L'examen général retrouvait un nouveau-né en bon état général, apyrétique, pesant 2,1kg avec une taille de 43cm.

On ne retrouvait pas de syndrome polymalformatif ni de facies particulier. L'examen cardio-respiratoire et neurologique étaient corrects. Aucun vice oculaire n'était objectivé à l'examen ophtalmologique

L'écho doppler cardiaque et l'échographie abdomino-pelvienne étaient sans anomalies. La TDM cérébrale a objectivé une déhiscence de la suture sagittale d'origine malformative congénitale probable, une distension du système ventriculaire modérée sans visualisation d'obstacle, une absence d'hémorragie cérébro- méningée et une FCP sans anomalies.

Devant ces données clinico-radiologiques, le diagnostic d'aplasie cutanée congénitale du scalp de type 1 selon la classification de Frieden était retenu. Le nouveau-né était mis sous céphalosporine 3 génération pendant 15 jours avec une cicatrisation dirigée.

Discussion : L'aplasie congénitale du scalp est une affection rare qui se présente cliniquement sous la forme d'une perte de substance de quelques centimètres, érosive et superficielle ou ulcérée et profonde, avec parfois une agénésie osseuse sous-jacente

L'atteinte osseuse, présente dans 20 à 30 % des cas, peut être un élément péjoratif en raison du risque de thromboses ou d'hémorragies du sinus longitudinal supérieur ou d'infections méningo-encéphaliques. Elle doit être systématiquement recherchée par des examens radiologiques standards et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) Cérébrale. La cause de cette aplasie est le plus souvent inconnue ; la non- fermeture du tube neural, une origine mécanique ou traumatique, vasculaire, génétique ou médicamenteuse sont les principales hypothèses avancées.

Conclusion :

L'aplasie cutanée circonscrite du cuir chevelu est une malformation rare ; sa morbi-mortalité dépend des lésions associées, de l'exposition des structures sous-jacentes telles que les méninges et le sinus longitudinal supérieur ; l'examen clinique minutieux du nouveau-né et la connaissance des syndromes poly malformatifs adjoints peut accélérer le diagnostic pour une prise en charge rapide et optimale.

Les dermatoses bulleuses auto-immunes sous-épidermiques de l'enfant :

Une série hospitalière de 8 cas

B. Merrouche ^[1], M. Smara ^[2], H. Sahel ^[1]

^[1] Service de dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie

Introduction :

Les dermatoses bulleuses auto-immunes (DBAI) sous-épidermiques sont caractérisées par la présence d'un décollement bulleux au niveau de la jonction dermo-épidermique. Chez l'enfant, ces maladies sont rares et constituent un challenge diagnostique. Nous rapportons une série pédiatrique de 8 cas.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective monocentrique, menée au service de dermatologie du CHU Bab El Oued, sur une période de 4 ans (2019-2022), incluant tous les enfants hospitalisés pour DBAI sous-épidermique confirmée.

Résultats :

Nous avons colligés 8 cas (4 garçons et 4 filles). L'âge moyen était de 5.5 ans (1–16 ans). Les DBAI sous-épidermiques confirmées par analyse histologique et immunofluorescence, étaient réparties en 4 cas de dermatose bulleuse à IgA linéaire (DIGAL), 2 cas de pemphoigoïde bulleuse (PB) et 2 cas d'épidermolyse bulleuse acquise (EBA) dont 1 de forme classique et 1 de forme inflammatoire. L'atteinte cutanée était disséminée et pluri-bulleuse dans 75 % des cas. L'atteinte muqueuse était présente chez 4 de nos enfants : buccale et génitale (n=1), buccale et oculaire (n=1) et génitale seule (n=2). Une hyperéosinophilie était notée chez 2 enfants. Une surinfection cutanée était retrouvée dans 2 cas. Sur le plan thérapeutique : la dapsonsone seule était prescrite dans 4 cas, la corticothérapie systémique (0.5 à 1mg/kg/j) dans 3 cas. Un enfant a été traité par l'association dapsonsone-corticothérapie générale. L'évolution était favorable dans la majorité des cas (87.5 %), un enfant avait une rémission partielle.

Discussion :

Notre série souligne le caractère rare et le polymorphisme clinique des DBAI sous-épidermiques chez l'enfant. La DIGAL constitue le type principal, avec une présentation typique des bulles dite en rosette. Son traitement de choix est la dapsonsone. La PB et l'EBA sont moins fréquentes et comprennent souvent une atteinte muqueuse.

Conclusion :

Les DBAI sous-épidermiques de l'enfant sont des affections hétérogènes rares et d'évolution majoritairement favorable.

Epidermolyse bulleuse acquise ou héréditaire : Un challenge diagnostique

B. Merrouche ^[1], L. Iberraken ^[1], N. Mezhoudi ^[1], M. Smara ^[2], H. Sahel ^[1]

^[1] Service de dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie

^[2] Service d'immunologie, Hôpital central de l'armée, Alger, Algérie

Introduction :

Les épidermolyses bulleuses héréditaires (EBH) sont un groupe hétérogène de maladies génétiques rares, caractérisées par une fragilité cutanée et/ou muqueuse. L'épidermolyse bulleuse acquise (EBA) est une dermatose bulleuse auto-immune (DBAI) sous-épidermique. Les EBH qui ressemblent le plus aux EBA sont les EBH dystrophiques. Nous rapportons le cas d'une EBA mimant une EBH dystrophique.

Observation :

Une fillette de 6 ans, présentait depuis l'âge de 2 ans, des lésions bulleuses et érosives provoquées par des traumatismes minimes, prédominant sur les zones de frottement (les mains, les pieds, les genoux et les coudes) avec des cicatrices dystrophiques et des grains de milium. L'interrogatoire révélait la présence d'un cas similaire chez un cousin paternel. L'examen trouvait une atteinte des ongles et de la muqueuse buccale. L'histologie cutanée montrait une bulle sous-épidermique. L'IFD était négative. L'IFI notait une positivité pour les anticorps anti-membrane basale. Le diagnostic d'EBA dans sa forme classique non inflammatoire était retenu. Un traitement par dapsons à raison de 1 mg/kg/j a été débuté permettant une bonne amélioration.

Discussion :

L'EBA, la plus rare des DBAI, est secondaire à la production d'auto-anticorps dirigés contre le collagène VII. Dans sa forme classique, elle ressemble à une EBH dystrophique. Des cas d'EBA à IFD négative ont été décrits dans la littérature.

Conclusion :

Notre observation rapporte le cas d'une EBA à IFD négative, mimant une EBH dystrophique. La négativité de l'IFD dans l'EBA est rare mais possible et ne doit pas faire éliminer ce diagnostic.

Une épidermolyse bulleuse acquise pseudo-pemphigoïde cicatricielle chez un enfant

**B. Merrouche, N. Boughestour, Y. Bouderbai, H. Sahel
Service de Dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger**

Introduction :

L'épidermolyse bulleuse acquise (EBA) appartient au groupe des dermatoses bulleuses auto-immunes (DBAI) jonctionnelles. C'est une pathologie rare liée à la production d'auto-anticorps dirigés contre le collagène de type VII. Les observations pédiatriques sont peu rapportées dans la littérature. Nous rapportons un cas atypique avec une atteinte muqueuse sévère.

Observation :

Une fille de 9 ans, présentait des érosions buccales récidivantes depuis plus de 6 mois. Cliniquement, on notait des bulles tendues reposant sur une peau érythémateuse du tronc, des zones d'extension des membres et des faces palmoplantaires. Le signe de Nikolsky était négatif. Les atteintes muqueuses buccales (érosions jugales et palatines) et oculaires (symblépharon bilatéral avec un dysfonctionnement des glandes de Meibomius) étaient sévères. L'histologie cutanée montrait un décollement bulleux avec à l'immunofluorescence directe (IFD) des dépôts linéaires d'IgG et de C3 le long de la jonction dermo-épidermique. L'immunofluorescence indirecte (IFI) sur peau clivée objectivait la présence d'anticorps anti-membrane basale sur le versant dermique. Un traitement systémique par prednisolone à 1 mg/kg/j en association avec la dapsons à 2 mg/kg/j permettait une rémission cutanée rapide avec apparition de grains de milium. L'amélioration de l'atteinte muqueuse était plus lente.

Discussion :

L'EBA ne se voit que très rarement chez l'enfant. Deux présentations cliniques distinctes ont été décrites: la forme classique ou mécano-bulleuse, caractérisée par une fragilité cutanée et des bulles sur les sites de traumatismes et la forme inflammatoire, mimant toute autre DBAI sous-épidermique. Le diagnostic d'EBA dans sa variante pseudo-pemphigoïde cicatricielle était porté chez notre malade sur des arguments cliniques (atteinte pleuri-muqueuse sévère associée à une atteinte cutanée modérée avec développement de grains de milium), histologiques (décollement bulleux) et immunologiques (dépôts linéaires d'IgG et de C3 en IFD, positivité des anticorps anti-membrane basale sur le versant dermique de la jonction dermo-épidermique en IFI sur peau clivée). Le test Elisa anti-collagène VII n'a pas pu être réalisé.

Le dysfonctionnement des glandes de Meibomius a été décrit dans les épidermolyses bulleuses héréditaires, plus rarement au cours de l'EBA.

Le traitement de l'EBA n'est pas codifié, De nombreux traitements immunosuppresseurs, anti-inflammatoires ou anti-neutrophiliques sont proposés. La dapsons en monothérapie ou associée à une corticothérapie systémique est souvent utilisée en premier intention. Les cas où le pronostic fonctionnel oculaire est compromis nécessite le recours à la ciclosporine.

Conclusion :

Notre rapportons un cas rare d'EBA pédiatrique pseudo-pemphigoïde cicatricielle illustrant la grande hétérogénéité des formes cliniques de cette affection.

La lipéido-protéinoïse d'Urbach-Wiethe : une géodermatose rarissime

B. Merrouche, H. Sahel

Service de Dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger

Introduction : La maladie d'Urbach-Wiethe, appelée aussi hyalinose cutanéomuqueuse, est une pathologie héréditaire très rare, transmise selon un mode autosomique récessif. Le gène en cause (ECM1) a été mis en évidence récemment. Nous rapportons un nouveau cas.

Observation : Un enfant de 4 ans, issu de parents consanguins de 2^{ème} degré, présentait des lésions érosives étendues, évoluant par poussées depuis l'âge de 9 mois, laissant place à des cicatrices pseudo-varioliformes. L'examen de la muqueuse buccale trouvait une langue décapillée avec des lèvres épaissies. On notait un retard statural (-2 DS) et pondéral (-3 DS). Le reste de l'examen clinique mettait en évidence une voix rauque depuis l'âge de 6 mois. L'examen de la sphère ORL par nasofibroskopie objectivait un épaississement des bandes ventriculaires du larynx. Les examens ophtalmologique et neurologique étaient sans particularité. L'interrogatoire révélait la présence de 2 cas similaires dans la fratrie. Nous avons évoqué le diagnostic de maladie d'Urbach-Wiethe, l'étude histologique des biopsies cutanée et muqueuse labiale, à la recherche de dépôts hyalins, est en cours.

Discussion : La lipido-protéinose d'Urbach-Wiethe est une génodermatose de surcharge, autosomique récessive, très rare. Dans la littérature, on relève environ 500 cas rapportés jusque-là. Toutefois, cette fréquence paraît être sous-estimée vu le nombre des cas non publiés et les formes frustes passées inaperçues. Elle touche aussi bien les hommes que les femmes. Elle se révèle le plus souvent dans les premiers mois de vie par un enrrouement de la voix. Les signes cliniques sont dominés par des lésions cicatricielles varioliformes faisant suite à des érosions. Les atteintes muqueuses sont essentiellement laryngées et buccales (langue, lèvres). Cette dernière est responsable de difficultés d'alimentation expliquant le retard staturo-pondéral. D'autres manifestations peuvent également survenir, en particulier ophtalmologiques, sous forme d'une blépharose moniliforme quasi pathognomonique, et neurologiques.

La maladie se caractérise sur le plan anatomopathologique par un dépôt d'une substance amorphe hyaline et éosinophile de la peau, des muqueuses, et de plusieurs organes internes. Il s'agit d'une affection globalement bénigne. Cependant l'atteinte laryngée peut être grave conditionnant le pronostic vital.

Conclusion : Notre observation reproduit les principaux éléments sémiologiques de la lipido-protéinose d'Urbach-Wiethe. Cette pathologie doit être évoquée devant des cicatrices varioliformes associées à une raucité de la voix.

Un lichen plan aigu éruptif : Un cas chez un adolescent

I.Chikh, M.Sakhri, H. Sahel
Service de dermatologie CHU Bab El Oued

Introduction :

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire chronique. Il survient le plus souvent chez l'adulte, rarement chez l'enfant. Nous rapportons un lichen plan aigu éruptif chez un adolescent.

Observation :

Un patient âgé de 14ans, présentait depuis 1mois et 20j des papules rose violines, prurigineuses, du tronc et de l'abdomen, sans notion de prise médicamenteuse ou d'épisodes infectieux précédant l'éruption. L'évolution s'est faite par l'extension des lésions aux quatres membres et le visage, avec apparition de lésions bulleuses sur les membres. A l'examen : papules polygonales, rouges à violines, brillantes à jour frisant, parcourus par des lignes blanc grisâtres et recouvertes de squames blanchâtres adhérentes, isolées ou en plaques diffuses, avec 3 bulles, tendues, à contenu clair ou hémorragique, reposant sur une peau érythémateuse, siégeant sur les membres. Le signe de Nikolski était négatif. Réseau blanchâtre enchevêtré sur la muqueuse jugale. Deux biopsies cutanées, l'une sur une lésion papuleuse, et l'autre sur une bulle avec IFD étaient en faveur d'une dermite d'interface avec une bulle sous épidermique et IFD négative. La prednisone à la dose de 0.5mg/kg/j permettait une amélioration des lésions, avec une hyperpigmentation post-inflammatoire.

Discussion :

Le lichen plan aigu est une forme rare de lichen plan. Il survient le plus souvent chez le sujet jeune. Il est caractérisé par un début brutal avec une éruption d'emblée diffuse et des lésions polymorphes avec des papules pseudo vésiculeuses, des placards urticariens, psoriasiformes et des bulles, avec une atteinte muqueuse rare. On retrouve fréquemment la notion de prise médicamenteuse précédant l'éruption. Les lésions disparaissent en quelques mois en laissant une hyperpigmentation post inflammatoire. Si un traitement est suspect d'être déclenchant, on discutera son arrêt. Le choix du traitement se fera en fonction de l'étendue et du degré inflammatoire des lésions : dermocorticoïdes, corticoïdes per os, photothérapie ou rétinoides, quelques immunosuppresseurs utilisés avec succès pour quelques cas rapportés. Pour notre patient, vu l'étendue et le degré inflammatoire important des lésions, nous avons préconisé une corticothérapie avec une dégression progressive des doses.

Conclusion : Le lichen plan aigu est une forme de lichen plan, rarement rapportée dans la littérature. Une prise en charge thérapeutique adéquate à l'étendue et au type lésionnel devra être mise en place.

Morphée linéaire calcifiée à propos d'un cas chez une fillette de cinq ans

A. Kacimi, I.Tablit, S.Zobiri

Service de dermatologie, CHU Mustapha, Alger, Algérie

INTRODUCTION :

Les morphées désignent une induration scléreuse circonscrite de la peau en relation avec une fibrose du derme et parfois des tissus sous-jacents.

Trois formes sont décrites : les morphées en plaques, les morphées linéaires et les morphées généralisées

Les formes linéaires sont plus fréquentes chez l'enfant

Elle peut toucher un ou plusieurs membres, voire un hémicorps, débute en haut du membre formant des bandes scléro-atrophiques de d'extension progressive selon les lignes de Blaschko

Les conséquences fonctionnelles, esthétiques et psychologiques sont souvent importantes.

La Calcification cutanée est une observation courante dans la sclérodermie systémique, mais survient rarement dans la morphée.

Nous rapportons le cas d'une Morphée linéaire calcifiée du membre inférieur chez une fillette âgée de cinq ans

OBSERVATION :

Une fillette âgée de cinq ans sans antécédents pathologiques consultait pour une lésion en bande linéaire du membre inférieur droit qui évolue depuis l'âge de deux ans dont le début était marqué par l'apparition de bande rouge inflammatoire qui évoluait vers l'apparition d'une sclérose atrophique et indurée

L'examen clinique retrouvait une bande scléro-atrophique indurée par endroit du membre inférieur droit allant de la racine de la cuisse à la région malléolaire interne

Le reste de l'examen somatique était sans anomalies

Bilan biologique objectivait une anémie microcytaire hypochrome à 11g/dl, CRP et bilan phosphocalcique sans anomalies, bilan d'auto-immunité : sans anomalies FAN =1/80,

L'examen histologique retrouve un derme collagénisé siège d'un infiltrat lymphocytaire périssudoral et périvasculaire ces derniers prennent une disposition horizontale, avec présence de classifications au niveau du derme moyen

L'échographie des parties molles du membre montrait des calcifications sous cutanées

La radiographie montrait des calcifications sous cutanées sous forme d'une bande discontinue allant de la racine de la cuisse à la région malléolaire interne

Devant l'ensemble de ces arguments clinique ; histologique et radiologique le diagnostic de Morphée linéaire calcifiée est retenu et la patiente est mise sous traitement par bolus (20 mg de méthylprednisolone/kg/j durant 3 j consécutifs chaque mois pendant 3 mois, associés au méthotrexate par os 15 mg /m²/ semaine

DISCUSSION :

Les morphées désignent une induration scléreuse circonscrite de la peau en relation avec une fibrose du derme et parfois des tissus sous-jacents

La calcinose cutanée est un syndrome rare caractérisé par le dépôt de sels de calcium insolubles dans la peau. La calcinose dystrophique (DC) est le type le plus fréquent survient dans les structures tissulaires endommagées par l'inflammation. Ce type de calcification est fréquent au cours de la sclérodermie systémique, rarement observe au cours de la Morphée

Le cas que nous rapportons et celui d'une fillette âgée de 5 ans qui présente une Morphée linéaire du membre inférieur droit apparue à l'âge de 2 ans et dont les calcifications sont survenues une année après le début de l'évolution, le diagnostic était retenu à l'histologie ; la radiographie du membre et à l'échographie Le bilan phosphocalcique était sans anomalies

Le traitement repose sur : le méthotrexate associé aux bolus mensuels de corticoïde

Le traitement des calcifications : repose sur la colchicine, la minocycline,

Les bisphosphonates, la warfarine, la ceftriaxone, le thiosulfate de sodium mais le meilleur traitement reste l'exérèse chirurgicale

CONCLUSION : Les calcifications cutanées sont rarement observées au cours des Morphée, le traitement médical est dans la plupart des cas décevant, la meilleure option thérapeutique reste la résection chirurgicale. Le traitement des Morphée réduit l'activité inflammatoire limite l'apparition des calcifications cutanées mais n'entraîne pas leur disparition .

Des grains de milium au cours d'un pemphigoïde bulleuse infantile récalcitrante

B. Merrouche, D. Boughaba, H. Sahel

Service de Dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose auto-immune sous-épidermique du sujet âgé. Elle est beaucoup plus rare chez l'enfant. Nous rapportons une PB du nourrisson posant un problème de prise en charge thérapeutique et ayant développé au cours de son évolution des grains de milium.

Observation :

Un nourrisson de sexe féminin, présentait à l'âge de 12 mois une éruption cutanée bulleuse prurigineuse profuse, associée à une atteinte muqueuse buccale et génitale. Le bilan biologique retrouvait une hyperéosinophilie à $3400/\text{mm}^3$. L'histologie cutanée montrait une bulle sous-épidermique. L'IFD était négative. L'immunofluorescence indirecte sur peau clivée objectivait la présence d'anticorps anti-membrane basale sur le versant épidermique, permettant de retenir le diagnostic de PB. Une dermocorticothérapie forte en association à la prednisone à 0.5 mg/kg/j entraînait une rémission incomplète et transitoire. La prednisone était augmentée à 1 mg/kg/j avec bonne réponse mais des poussées survenaient à chaque décroissance de la corticothérapie. L'adjonction de la dapsons (2.5 mg puis 5 mg/kg/j) n'améliorait que partiellement cette corticodépendance (rechute en dessous du seuil de 0.3 mg/kg/j). On notait par ailleurs l'apparition de grains de mélium, en particulier sur les genoux et le dos des mains.

Discussion :

La PB de l'enfant est rare et se caractérise par une atteinte palmo-plantaire et muqueuse préférentielle. Elle est classiquement traitée avec succès par corticothérapie (locale et/ou générale). En cas de corticorésistance ou de corticodépendance, la stratégie thérapeutique n'est pas codifiée. De nombreux traitements étaient utilisés pour des cas rapportés dans la littérature : dapsons le plus fréquemment, ciclosporine, azathioprine, mycophénolatémofétil, immunoglobulines intraveineuses et rituximab.

Les grains de milium sont habituels dans l'épidermolyse bulleuse acquise, ainsi que la pemphigoïde cicatricielle. Leur formation dans la PB est très rare mais possible, ils semblent s'associer à une forme de maladie plus sévère et moins cortico-sensible.

Conclusion :

Notre observation décrit une forme peu commune et atypique de PB, par sa survenue chez un nourrisson, par le développement des grains de mélium et par son évolution chronique avec une corticodépendance.

Syndrome de Goltz : un cas d'hypoplasie dermique focale

Y. Taleb, Y. Arar, S. Dehamcha S. Djoudi, R.Meghrabi, I.Tablit, S. Zobiri
Service de Dermatologie et de Vénérologie du CHU Mustapha d'Alger, Algérie

Introduction : Le syndrome de Goltz, ou hypoplasie dermique focale (HDF) est une génodermatose dominante rare liée à l'X avec des anomalies méso-ectodermiques variables, causée par une mutation du gène PORCN. Le diagnostic est essentiellement clinique. Nous rapportons un cas de syndrome de Goltz chez une fillette de 05 ans où le diagnostic était retenu devant des lésions cutanées et phanériennes évocatrices.

Observation : Fillette âgée de 5ans aux antécédents d'omphalocèle opérée à J3 de vie, issue d'un mariage non consanguin, était adressée en dermatologie pour des lésions papillomateuses vulvaires évoluant depuis 2ans. L'examen clinique trouvait sur le plan cutané des lésions papillomateuses vulvaires intéressant les grandes lèvres, des macules et des nappes atrophiques et achromiques à disposition blaschkolinéaire au niveau du tronc et les membres de manière asymétrique, hernies du tissu adipeux sous-cutané, et un mamelon droit surnuméraire. L'examen des phanères avait objectivé des plages d'alopécie cicatricielle, une dysplasie unguéale. L'examen extra dermatologique notait la présence d'une dysmorphie faciale, une Syndactylie, des anomalies dentaires ainsi qu'une fente alvéolo-palatine. Un strabisme avec un colobome irien et maculaire au niveau de l'œil gauche. Les examens radiologiques avaient objectivé une ostéopathie striée des os de l'avant bras et du fémur. La recherche de l'HPV par PCR sur une biopsie cutanée de la lésion vulvaire était négative. Devant ce tableau clinique le diagnostic de syndrome de Goltz était retenu.

Discussion : La FDH est une maladie qui affecte les tissus d'origine meso-ectodermique. Dans la littérature, il existe environ 300 cas d'FDH rapportés. Les manifestations cutanées de la FDH comprennent une aplasie cutanée congénitale (95 %) mise en évidence par des zones atrophiques et hypoplasiques de la peau qui suivent souvent les lignes de Blaschko, des hernies du tissu adipeux sous-cutané, des papillomes périurificielles prédominant autour de la bouche et des régions génitale et ou/anale. Une onychodystrophie, alopecie cicatricielle et Une atteinte squelettique. L'atteinte oculaire à type de colobome de l'iris, microphthalmie, et/ou strabisme est classique. Dans notre cas, le diagnostic de syndrome de Goltz était retenu cliniquement, Cependant, les tests génétiques moléculaires peuvent être utilisés pour confirmer le diagnostic dans certains cas où les résultats cliniques ne sont pas concluants. Une prise en charge multidisciplinaire est souvent nécessaire pour améliorer la qualité de vie de ces patients.

Conclusion : Le syndrome de Goltz est une une génodermatose dominante rare caractérisée par une présentation clinique particulière qui est l'hypoplasie dermique focale (HDF). Nous rapportons un cas supplémentaire d'HDF, illustrant les difficultés diagnostiques. La reconnaissance du tableau clinique permettra de poser le diagnostic et de proposer un conseil génétique et un traitement approprié et précoce.

References :

- 1/ Unilateral Focal Dermal Hypoplasia (Goltz Syndrome): Case Report and Literature Review. Case Rep Dermatol 2018
- 2/ Focal dermal hypoplasia: updates Oral Diseases (2014) Sichuan University Chengdu, Sichuan, China
- 3/ Three cases of focal dermal hypoplasia (Goltz syndrome) 2005 Clinical and Experimental Dermatology .Department of Dermatology, Medical University of Southern Africa, Pretoria, South Africa
- 4/ Hypoplasie dermique focale (syndrome de Goltz) associée à une bicuspidie de l'aorte . Ann Dermatol Venereol (2017)

Syndrome d'hyper IgE : a propos de deux cas

**Dr Ait Aldjet, Dr Dehamcha, Pr Tablit, Pr Zobiri
CHU Mustapha, Alger, Algerie**

Introduction :

Le syndrome d'hyper-IgE (SHIE) est un déficit immunitaire primaire. Il est caractérisé par une triade, une éruption cutanée sèche, taux élevé d'IgE et les infections cutanées et pulmonaires récurrentes. Le diagnostic de la SHIE est basé sur une clinique et des évaluations immunologiques. Il n'y a pas encore de traitement curatif spécifique. Nous rapportons deux cas de syndrome d'hyper IgE avec déficit en Dock 8.

Cas N° 1 :

Patiente âgée de 3 ans issue d'un mariage consanguin, aux antécédents personnels d'allergie aux protéines de lait de vache, un choc anaphylactique en 2022 et un syndrome de Kaposi Julesburg en 2023 nécessitant une hospitalisation. Et antécédents familiaux d'un frère décédé à l'âge de 1 an dans un tableau de choc septique.

La patiente a consulté à notre niveau pour dermatite atopique sévère entrant dans le cadre d'un syndrome d'hyper IgE diagnostiqué il y'a trois mois sur des bases anamnestiques, cliniques et immunologiques (taux d'IgE a 258 fois la normale), et une confirmation génétique par la mise en évidence d'un déficit en DOCK 8.

Sur le plan clinique, la patiente était en érythrodermie sèche, très prurigineuse associée à des lésions excoriées et érosives avec des lésions herpétiformes périonificielles.

La patiente a bénéficié d'un traitement par immunoglobulines et antibioprophyllaxie, l'aciclovir local associé à des dermocorticoïdes avec technique de wet wrapping entraînant une bonne évolution.

Cas N° 2 :

Un garçon âgé de 7 ans, issu d'un mariage consanguin, aux antécédents d'épisode de convulsion fébrile à l'âge de 13 mois était admis pour des lésions profuses de molluscum contagiosum.

L'interrogatoire révélait des manifestations atopiques à type de dermatite atopique modérée contrôlée par les corticoïdes topiques. Il n'y avait pas de cas similaire dans la famille.

L'examen clinique retrouvait des lésions papulo-nodulaires ombiliquées disséminées à tout le tégument y compris le visage et les extrémités. On notait des lésions d'eczéma discret sur le visage ainsi qu'une xérose cutanée diffuse. Il existe des polyadénopathies périphériques axillaires et inguinales. Le reste de l'examen était sans particularité.

Les examens biologiques de routine objectivaient une anémie microcytaire hypochrome, une cytolyse hépatique, ASAT à 244U/L, ALAT à 228U/L, phosphatase alcaline élevé à 842U/L, EPP en faveur d'un syndrome inflammatoire chronique avec un taux d'IgE élevé à 3200 UI/l. l'examen histologique confirmait le diagnostic de molluscum contagiosum. Une TDM thoracique révélait une pneumonie alvéolaire linguale. Le diagnostic de syndrome d'HyperIgE était suspecté sur la base des éléments anamnestiques et cliniques. Il a été confirmé par une étude génétique qui a mis en évidence une mutation du gène DOCK8.

Discussion :

Le syndrome d'hyper-IgE est un déficit immunitaire primaire qui comprend des déficits combinés de l'immunité cellulaire et humorale. La plupart des syndrome d'hyper IgE sont sporadiques, mais il existe des cas autosomiques dominants (par mutations du gène STAT3) et récessifs (par mutations des gènes TYK 2 ou DOCK8).

Le Dédicataire de la cytokinèse 8 (DOCK8) joue un rôle dans le contrôle du réarrangement du cytosquelette d'actine, et lors de son déficit, l'immunité adaptative est sévèrement compromise car l'accumulation de molécules d'adhésion et de granules cytotoxiques au niveau des sites immunologiques est altérée.

Le déficit en DOCK8 se manifeste dans l'enfance par une dermatite atopique, des allergies alimentaires et environnementales graves, de l'asthme, des infections des voies respiratoires hautes et basses récurrentes incluant otites, sinusites récurrentes, bronchites et pneumonies, infections cutanées virales et bactériennes étendues, souvent des infections herpétiques ulcératives, des verrues planes et verruqueuses, des infections cutanées à type Staphylococcus aureus ou des abcès, une candidose des muqueuses. La survenue de néoplasie est très fréquente dans ce déficit, et le taux de mortalité est élevé, en raison des affections malignes et infections graves.

Les manifestations dermatologiques de ce syndrome sont nombreuses tels que les abcès, l'alopecie, l'eczéma, l'erythrodermie, molluscum contagiosum, le granulome, les anomalies pilaires, l'ichtyose, les infections virales bactériennes et mycosiques, les réactions cutanées morbiliformes, l'urticaire et les verrues (HPV), l'atteinte unguéale, les pétéchies, la photosensibilité, l'hypo ou hyperpigmentation, le pyoderma gangrenosum ou PG like, le rash, le lupus érythémateux systémique, le dermatofibrosarcome protubérant.

Le pronostic est réservé, et le taux de mortalité élevé chez les jeunes, en raison des affections malignes et infections graves.

Le traitement fait appel aux cures d'immunoglobulines, aux antibiotiques et antifongiques au long cours, et aux dermocorticoïdes et émoullients pour traiter l'eczéma.

L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques est le seul traitement curatif dans ce déficit immunitaire.

Conclusion :

Les manifestations dermatologiques liées au syndrome d'Hyper IgE sont constantes et diverses, et la prise en charge dermatologique doit être précoces et adaptée afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

Une manifestation cutanée exceptionnelle au cours d'un syndrome rare : Syndrome de Rothmund-Thomson associé à une calcinose cutanée

Y. Taleb, S. Djoudi, R. Meghrabi, I. Tablit, S. Zobiri

Service de Dermatologie et de Vénérologie du CHU Mustapha d'Alger, Algérie

Introduction : Le syndrome de Rothmund-Thomson (RTS) est une génodermatose rare (300 cas ont été rapportés), à transmission autosomique récessive, caractérisée par une poikilodermie associée à d'autres lésions dermatologiques et extra dermatologiques. Nous en rapportons un nouveau cas associée à des lésions de calcinose cutanée illustrant la richesse sémiologique qui peut être rencontrée au cours de ce syndrome.

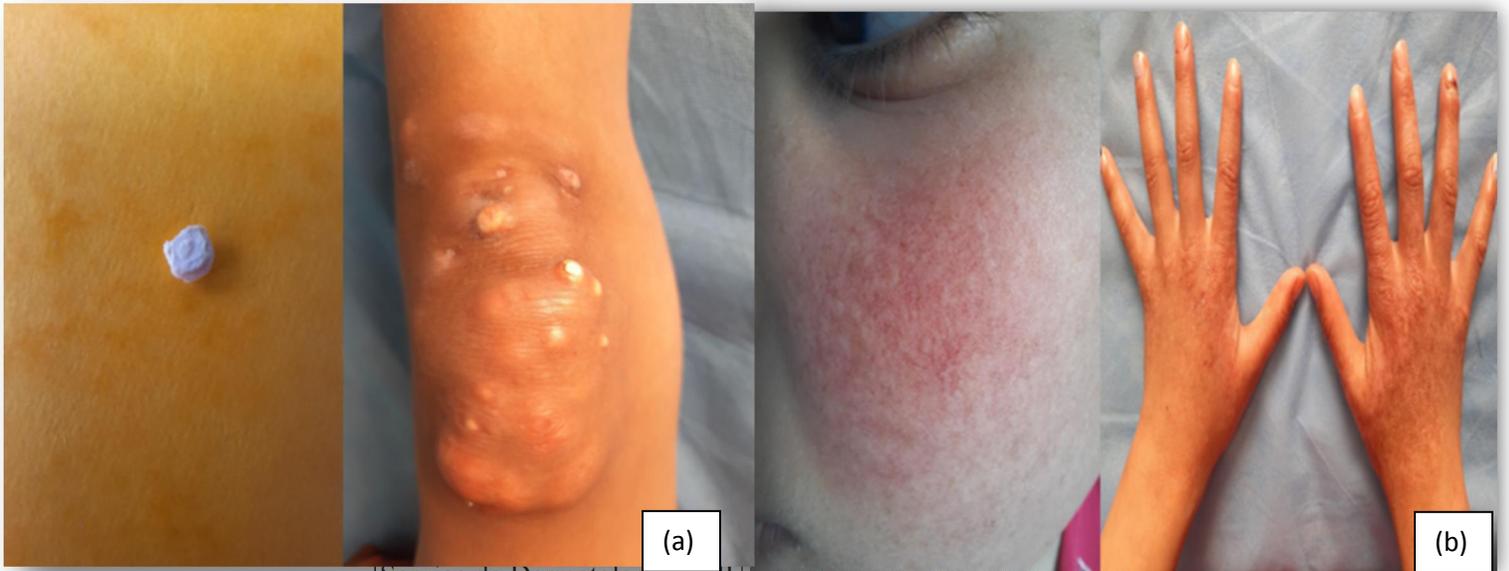
Observation : Une fille de 11 ans sans antécédents particuliers, issue d'un mariage consanguin de 2^{ème} degré, nous a été adressée pour des lésions poikilodermiques du visage et des mains évoluant depuis l'âge de 02 ans. Les lésions avaient commenc e par un érythème des joues, des mains et des fesses qui a progressivement évolué vers un aspect poikilodermique. L'examen clinique trouvait sur le plan cutanée au niveau du visage des lésions érythémateuses rouges foncées parsemées de petits points hypopigment s et des fines télangiectasies. Au niveau des mains et des fesses, on notait un aspect poikilodermique avec de l'érythème, de l'atrophie, et des lésions hypo et hyperpigmentées. Au niveau du genou gauche, de multiples nodules de 1   3 cm de diamètre, durs, douloureux à la palpation profonde avec émission d'une substance blanche dure correspondant à des calcinoses cutanées. Par ailleurs, on objectivait une douleur à la palpation du fémur gauche. La recherche d'ostéosarcome était négative. Devant ce tableau clinique et évolutif, le diagnostic de RTS associée à une calcinose cutanée a été retenu.

Discussion : Le RTS se caractérise par une poikilodermie, une photosensibilité associée à une petite taille due à un retard de croissance pré et postnatal, des cheveux épars, des cils et sourcils épars ou absents, une cataracte précoce, des anomalies squelettiques et un risque accru de développer des tumeurs malignes cutanées et osseuses. La peau est habituellement normale à la naissance mais un érythème des joues apparaît entre le 3^{ème} et 6^{ème} mois de vie s'étendant ensuite aux extrémités et éventuellement aux fesses. Le tronc et l'abdomen sont en général épargnés. Dans notre cas, le diagnostic de RTS était retenu cliniquement devant l'histoire clinique et la présence de lésions cutanées caractéristiques. En cas de doute, les tests génétiques moléculaires peuvent être réalisés pour confirmer le diagnostic. La calcinose cutanée de notre patiente est une manifestation cutanée inhabituelle au cours du syndrome de Rothmund-Thomson, Des cas exceptionnels d'association à une calcinose cutanée ont été rapportés, ce qui fait la particularité de notre observation. Une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire pour améliorer la qualité de vie des patients.

Conclusion : Nous rapportons un cas supplémentaire du syndrome de Rothmund-Thomson original du fait de son association à une calcinose cutanée. La reconnaissance du tableau clinique permet de poser le diagnostic et de proposer un conseil génétique et une prise en charge précoce appropriée.

Référence

- 1/Rothmund-Thomson syndrome: A case report M. Cenk Haytac, PhD,a Haluk O'ztunc, PhD,b Ufuk O' . Mete, PhD, MScD,c and Mehmet Kaya, PhD, MScD,c Adana, Turkey C, UKUROVA UNIVERSITY
- 2/Rothmund-Thomson syndrome Lidia Larizza1*, Gaia Roversi1,2, Ludovica Volpi3 Department of Medicine, Surgery and Dentistry, University of Milan, Italy
- 3/Syndrome de Rothmund Thomson et osthsarcome MI Mahal, JM Santalaya', A Delgadol, MI Garrote', MR Martinez', JM Indianol, C Ereio Service de pédiatrie, service d'anatomie pathologique. Hopital civil de Brrurto, avenida de Montevideo. 18. 480I3 Bilbao. Espagne
- 4/Rothmund Thomson Syndrome: A Review of Clinical and Molecular Aspects Manahel Mahmood Alsabbagh Department of Internal Medicine, Salmaniya Medical Complex, Manama, Bahrain



¹Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

(a) calcinose cutanée du genou. (b) lésions poikilodermiques du visage et des mains

² Pityriasis rubra pilaire familial de type V: à propos d'une fratrie de trois traitée par isotrétinoïne

I.El Modafar^{1,2}, M.Aboudourib^{1,2}, O.Hocar^{1,2}, S.Amal^{1,2}.

¹Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

² Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le pityriasis rubra pilaris (PRP) est une dermatose rare d'étiologie inconnue. Le sous-type familial est rare et se présente généralement comme un PRP de type V. L'utilisation de rétinoïdes oraux dans le traitement du PRP est prometteuse étant donné les rapports de son succès dans des rapports de cas.

Nous rapportons trois cas de PRP survenus chez une fratrie de trois, tout en mettant en évidence une réponse satisfaisante avec l'isotrétinoïne

Rapport de cas :

Nous présentons le cas d'une fratrie de trois dont les parents sont cousins germains. Les sœurs aînée et cadette sont âgées respectivement de 14 et 9 ans. Le diagnostic de PRP de type V était basé sur la présence de caractéristiques cliniques et histopathologiques caractéristiques. Les deux enfants présentaient des plaques érythémato-squameuses bien délimitées fusionnant en de vastes plaques entrecoupées d'îlots de peau saine, de papules folliculaires, de kératodermie palmoplantaire orangée cireuse sans modifications unguéales. Elles ont été traitées par intermittence par acitrétine et dermocorticoïdes pendant 5 ans. Compte tenu de la réponse insatisfaisante avec l'acitrétine, un traitement par isotrétinoïne 0,5 mg/kg par jour a été débuté et les deux patientes ont montré une nette amélioration dans les 2 mois.

Une enquête plus approfondie sur les antécédents familiaux a révélé qu'un type d'affection similaire semblait affliger le benjamin âgé de 10 mois qui a présenté des modifications eczémateuses de la peau et des squames ichtyosiformes sur les membres inférieurs. Il a été traité avec des émoullients et des dermocorticoïdes. L'évolution de la maladie a été identique à celle de la fratrie.

Discussion :

La forme familiale de PRP est rare et commence généralement progressivement dans la petite enfance. La plupart des cas familiaux sont de type V (type juvénile atypique) tel qu'il le cas dans le présent rapport. Elle se caractérise par une hyperkératose folliculaire importante, une kératodermie palmoplantaire diffuse et un érythème. Les patients atteints du sous-type familial peuvent présenter des signes morphologiques atypiques, tels que des caractéristiques ichtyosiformes et des modifications sclérodermiques des mains et des pieds. Cependant, sa survenue chez les membres d'une même famille semble être héritée en mode autosomique dominant. Récemment, des mutations de gain de fonction dans CARD14, qui code le membre 14 de la famille du domaine de recrutement des caspases, ont été identifiées comme une cause de PRP familial.

Étant donné la rareté de ce sous-type, la prise en charge du PRP juvénile est difficile. Dans la population pédiatrique, une approche thérapeutique conservatrice, incluant un traitement topique, est fréquemment utilisée, alors que les traitements systémiques sont réservés aux patients atteints d'une forme grave et réfractaire au traitement.

Les rétinoïdes systémiques sont considérés comme des agents systémiques de première ligne dans la forme modérée à sévère. D'autres thérapies comprennent le méthotrexate, ciclosporine, l'azathioprine, la photothérapie et la biothérapie dont l'ustekinumab

Conclusion:

La connaissance du PRP familial est importante pour un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

Cytostéatonécrose néonatale: à propos d'un cas.

Oumaima Markouk, Asmaa Lahrougui, Maryem Aboudourib, Said Amal, Ouafa Hocar
Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI
Laboratoire de Biosciences, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc

Introduction :

La cytotéatonecrose du nouveau-né est une hypodermite aigue survenant lors des premières semaines de vie. Il s'agit d'indurations nodulaires ou en placards, de taille et de forme variables, associées le plus souvent à un contexte de souffrance chez le nouveau-né à terme ou post terme. Son évolution est généralement bénigne, mais certaines complications peuvent survenir et engendrer le pronostic vital.

Observation :

Nous illustrons à travers cette observation le cas d'un nouveau-né de sexe féminin, issu d'une mère diabétique sous insuline depuis 3 ans, né à terme par voie basse avec un poids de naissance de 4200g, ayant présenté une asphyxie périnatale nécessitant une réanimation néonatale. Il a développé à J11 de vie deux lésions nodulaires indurées et violacées au niveau de la face antérieure des deux cuisses et une lésion nodulaire indurée surmontée de croûtes mélicériques au niveau du cuir chevelu.

Au bilan, on a noté une légère hypercalcémie à 116,5 mg/l (85-110 mg/l), une hypertriglycéridémie à 1,86 g/l (< à 150g/l) avec un déficit en vitamine D < 3ng/ml, le reste du bilan était sans particularités. Une échographie rénale est toujours en cours. Une biopsie cutanée a été réalisée qui a objectivé des foyers de cytotéatonecrose au niveau du derme et de l'hypoderme plus au moins confluents entourés d'un infiltrat cellulaire avec des dépôts d'hemosidérine.

L'évolution était marquée par une légère régression des lésions cutanées. Notre prise en charge était de surveiller la patiente sur le plan clinique et biologique.

Discussion :

La cytotéatonecrose est une panniculite rare, probablement due à une anomalie des tissus graisseux. Les principales situations à risque classiquement rapportées sont la macrosomie fœtale souvent dans un contexte de mère diabétique, l'asphyxie périnatale, l'hypothermie sévère et les traumatismes tissulaires au cours de manœuvres instrumentales.

Elle se présente sous forme de placards cutanés indurés et violacés sur peau claire ou hyperchromiques sur peau noire, localisés souvent au niveau de la face, du tronc, des fesses et de la racine des membres.

La principale complication est l'hypercalcémie qui est directement corrélée à l'extension des lésions cutanées. L'hypercalcémie majeure comporte le risque de dépôts tissulaires, en particulier la néphrocalcinose.

Conclusion :

La cytotéatonecrose néonatale est une affection rarement rencontrée en pratique courante. La principale complication est l'hypercalcémie qui est souvent asymptomatique mais peut parfois être menaçante, justifiant une surveillance prolongée du taux de calcium.

Association de pyoderma gangrenosum et le syndrome de Job-Buckley : à propos d'un cas

LS. Echarif, O.Lafdali, M. Aboudourib, S Amal, O Hocar
Service de Dermatologie – Vénérologie, CHU
Mohammed VI, Marrakech

Introduction :

Le syndrome d'hyper Ig E ou syndrome de Job-Buckley est une immunodéficience primaire rare, due au dysfonctionnement du gène STAT3. Il se caractérise par des infections sévères à staphylocoque, des lésions cutanées eczématiformes et une élévation du taux sérique des Immunoglobulines E (IgE).

Nous rapportons le cas d'une association de Pyoderma gangrenosum et le syndrome d'hyper IgE.

Observation :

Un enfant de 9ans connu porteur d'une cardiomyopathie dilatée depuis l'âge de 1an, suivi en pédiatrie pour sd d'hyper IgE depuis 2021 sous sulfaméthoxazole + triméthoprime se présentait avec des ulcères chroniques douloureux des deux membres inférieurs évoluant depuis 1 ans.

L'examen clinique objectivait :

- Multiples ulcérations profondes en regard des articulations des genoux et chevilles des deux membres inférieurs, douloureuses, grossièrement arrondies, à bords violacés saillants et à fond rouge bourgeonnant.
- Associés à des papules érythémato-squameuses (dermatite atopique like) au niveau du visage, des plis et du tronc évoluant en poussées rémission en rapport avec son atteinte syndromique.

Les bilans biologiques ainsi que le prélèvement cyto bactériologiques étaient négatifs.

L'étude histologique était en faveur d'une dermatite neutrophilique.

Le diagnostic de Pyoderma Gangrenosum était retenu devant les données cliniques et histologiques, et il était mis sous corticothérapie par voie orale au long cours à dose de 1mg/kg par jour pendant 5 mois et l'évolution clinique était favorable, et aucune rechute n'était rapportée lors de la dégression du traitement.

Discussion :

Le syndrome de Job-Buckley est défini par un ensemble de signes cliniques associant des infections sévères et récidivantes de la peau et du tractus sino-pulmonaire, une dermatose chronique eczématiforme et un début précoce de la maladie. À cette triade clinique, sont associés des signes biologiques : une hyperimmunoglobulinémie E (> 2 000 UI/mL) associée à des taux sériques normaux pour les autres immunoglobulines et à une éosinophilie modérée.

Sur le plan clinique et pathologique, les patients atteints du syndrome d'hyper-IgE présentent des manifestations cutanées similaires à celles de la dermatite atopique commune qui apparaissent dans les premières semaines de la vie mais peuvent être plus tardifs lors de l'adolescence ou à l'âge adulte

Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique inflammatoire qui touche rarement les enfants, qui se présente classiquement par des ulcérations cutanées inflammatoires et douloureuses prises à tort pour des lésions infectieuses ou ischémiques.

Les pathologies les plus fréquemment associées au PG pédiatrique dans la littérature sont les maladies inflammatoires de l'intestin, suivies par les troubles hématologiques, les vascularites, les déficits immunitaires et l'arthrite pyogénique. la prise en charge du PG repose exclusivement sur un traitement systémique de corticoïdes associés ou non à d'autres immuno-modulateurs.

Conclusion :

L'association de PG et sd d'hyper IgE n'a pas été décrite dans la littérature, bien qu'il ait été associé à quelques cas de déficit immunitaire (déficit en LAD 1, mutation RAG 1, DICV, leucémie, syndrome myélodysplasique).il s'agit du premier cas associant un PG au syndrome de Job Buckley.



A.Des photos prise au court de son admission montrant des ulcérations multiples en regard du genou(à gauche) et cheville (à droite)



B.Des photos prise après 4 mois de corticothérapie orale montrant la cicatrisation des ulcères.

Erythème desquamatif palmo-plantaire récidivant : Quel diagnostic ?

I.Biygjoine, M.Aboudourib, S.Amal, O.Hocar
Service de dermatologie et vénérologie
Laboratoire de biosciences et santé
CHU Mohammed VI Marrakech ; Maroc

Introduction:

L'érythème palmo-plantaire desquamatif est un motif fréquent de consultation en dermatologie. Plusieurs diagnostics sont à discuter. Nous rapportons le cas d'un nourrisson qui présente un érythème acral desquamatif récidivant en rapport avec une maladie de Féréol-Besnier.

Observation:

Il s'agit d'un nourrisson de 1 an et demi de sexe féminin, issu d'un mariage consanguin de 1^{er} degré, qui présente depuis l'âge d'1 an, des épisodes récidivants d'érythème desquamatif en lambeaux au niveau palmo-plantaire, aggravés par l'exposition à l'eau, espacées de 4 à 8 semaines d'intervalle et régressant en 3 jours. Il y'avait pas de notion d'infections concomitantes, de prise médicamenteuse, de trouble digestif ni de cas similaires dans la famille. L'examen clinique objectivait un nourrisson bien portant en bon état général et un érythème desquamatif palmo-plantaire avec un signe de seuil positif, sans adénopathies ni hyperhidrose associés (figure 1).



Figure 1 : Eruption érythémateuse scarlatiniforme chez notre patiente

Devant ce tableau plusieurs diagnostic ont été discutés notamment la maladie de Féréol-Besnier dans sa forme localisée, la kératose palmo-plantaire aquagénique, la maladie de Lane, le syndrome de la peau qui pèle de l'acral et d'autres. Le nourrisson était mis sous un émollient et une antibiothérapie à base d'amoxicilline avec une bonne évolution.

Discussion:

L'absence de cas similaire dans la famille et la survenue de l'érythème desquamatif même en dehors de l'exposition à l'eau ont permis de porter le diagnostic de la maladie

de Féréol-Besnier ou l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant (ESDR). Dans la littérature, peu de cas ont été rapportés.

La maladie fut décrite pour la première fois par Féréol en 1876, d'origine inconnue ; des réactions hyperallergiques aux médicaments et aux infections ont été suggérées. Deux variantes de la maladie sont connues : une forme généralisée, précédée de symptômes grippaux, et une forme localisée aux paumes et aux plantes, souvent asymptomatique, avec peu de prodromes. Il est caractérisé sur le plan clinique dans sa forme localisée par une éruption maculo-érythémateuse suivie d'une desquamation lamellaire (**figure 2**). La maladie guérit spontanément en deux à quatre semaines. A ce jour, il n'y a pas de recommandation thérapeutique spécifique. Les stéroïdes topiques et les antibiotiques systémiques n'influencent pas ou peu le décours naturel de la maladie et ne permettent pas de prévenir les récurrences. L'ESDR reste une maladie bénigne et autolimitée. Le traitement le plus adapté est la prise en charge symptomatique (émollients et kératolitiques).



Figure 2. Desquamation palmaire en lambeaux sur un fond érythémateux

Conclusion:

La maladie de Féréol-Besnier est une entité sous-diagnostiquée et peu connue, particulièrement dans la forme localisée. La reconnaissance de cette affection est importante et permet de prévenir une escalade diagnostique et thérapeutique.

Lentiginose unilatérale partielle isolée chez un enfant de 9 ans : à propos d'un cas

i.Kial, G.Erramli, M.Aboudourib, O.Hocar, S.AmalService de dermatologie
vénérologie du CHU Mohamed VI de Marrakech, faculté de médecine et de
pharmacie de Marrakech.

Introduction:

La lentiginose unilatérale partielle (LUP) est un trouble rare de la pigmentation caractérisée par la présence de multiples lentigines groupées sur une zone de peau normalement pigmentée, touchant un segment de corps avec une limite nette au niveau de la ligne médiane. Nous présentons une nouvelle observation d'un patient de 9 ans qui présentait une lentiginose unilatérale partielle isolée posant un problème diagnostique.

Observation:

Patient âgé de 9 ans sans antécédents pathologiques notables qui présentait depuis 2ans de multiples lentigines au niveau de la partie droite de la face augmentant progressivement en nombre en respectant la limite nette de la ligne medio-faciale. L'examen physique trouvait de nombreuses macules hyperpigmentées brunes et jaunes chamois de 1 à 3 mm de diamètre circonscrites, déposées sur une peau de couleur normale. Ces lésions formaient un placard bien limité couvrant la joue et la paupière inférieure droite avec limite nette selon la ligne médiane. Le reste de l'examen clinique était normal. Il n'y avait pas, en particulier, de neurofibrome, de lentigine, ou de déformations osseuses ou rachidiennes évoquant une neurofibromatose. L'examen ophtalmologique était sans anomalie. Il n'y avait pas de nodules de Lisch et le tonus oculaire était correct. Le diagnostic de lentiginose unilatérale partielle était porté.

Discussion:

La lentiginose unilatérale partielle est un trouble de la pigmentation caractérisé par de multiples lentigines brunes déposées sur une peau de couleur normale, circonscrites avec démarcation unilatérale nette selon la ligne médiane. Ces lésions sont présentes à la naissance ou apparaissent durant la petite enfance et se localisent avec prédilection sur la partie supérieure du corps : cou, visage, épaules, thorax et haut du dos. Le diagnostic différentiel se pose avec le nævus spilus.

Certains auteurs considèrent la lentiginose unilatérale partielle comme une forme particulière de neurofibromatose segmentaire, hypothèse confortée par les rares observations d'association de lentiginose unilatérale partielle et de neurofibromes uni- ou bilatéraux. Dans notre cas, l'examen physique n'avait pas trouvé d'autres lésions cutanées ni de nodules de Lisch. Sur le plan thérapeutique, il n'y a habituellement pas d'indication à traiter ces lentigines car elles sont rarement foncées, et n'ont aucun potentiel de dégénérescence. Des tentatives de traitement par laser ont cependant été réalisées avec des résultats le plus souvent décevants.

Conclusion:

La particularité de notre observation réside dans le caractère rare de cette entité et ses frontières floues avec la neurofibromatose.

Rhabdomyosarcome congénital à cellules fusiformes de la main chez un nouveau-né

M. Khallouki^{1,3}; H. Boumehdi^{1,3}; M. Aboudourib^{1,3}; S. Amal^{1,3}; O. Hocar^{1,3}
H.khadraoui^{2,3}; H. Rais^{2,3}

¹Service de dermatologie, chu Mohamed vi, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc; ²Service d'anatomopathologie, Chu Mohamed VI, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc ³Laboratoire Biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech -Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction:

Le rhabdomyosarcome congénital (RMS) est une tumeur rare des tissus mous dont les sites les plus fréquents sont l'appareil génito-urinaire, la tête et le cou. Les extrémités qui sont plus rarement touchées. On distingue trois types histologiques : embryonnaire, alvéolaire et pléomorphe. Les variantes du type embryonnaire et les tumeurs apparentées comprennent les types botryoïde, pléomorphe, à cellules claires, rhabdoïde et à cellules fusiformes et sclérosant. Nous rapportons le cas d'un RMS congénital à cellules fusiformes de la main d'un nouveau-né de sexe féminin avec atteinte ganglionnaire régionale ; l'âge, le sexe et le site étant des caractéristiques inhabituelles de ce type de rhabdomyosarcome.

Observation :

Un nouveau-né de sexe féminin à J5 de vie issue d'un mariage non consanguin se présentait pour une tuméfaction congénitale de la main gauche. A l'examen, la masse s'étendait de la face palmaire jusqu'au pli du poignet. Elle était ferme, compressible, non pulsatile et non transilluminante. Une imagerie par angio-TDM a montré une formation tissulaire centrée sur la face palmaire de la main gauche. Elle était spontanément isodense et associée à une adénopathie axillaire homolatérale. Une biopsie cutanée a mis en évidence une prolifération tumorale maligne à cellules fusiformes ; l'étude immunohistochimique a révélé une forte positivité de l'anti-Desmine et l'anti-Myogénine. La recherche moléculaire de VGLL2 /NCOA2 était souhaitable mais non disponible dans notre centre. Devant l'aspect clinique, radiologique et histopathologique, le diagnostic de rhabdomyosarcome à cellules fusiformes au stade 3 de l'IRS (Intergroup Rhabdomyosarcoma Study Group) a été retenu. Le nourrisson a bénéficié d'une résection chirurgicale complète, un curage ganglionnaire suivis d'une chimiothérapie. L'analyse histologique de la pièce opératoire a montré une prolifération infiltrante à cellules fusiformes avec localisation ganglionnaire du RMS. L'étude immunohistochimique a objectivé une positivité de l'anti-Desmine et de l'anti-Myod1.

Discussion:

Le rhabdomyosarcome (RMS) à cellules fusiformes est une variante rare du RMS qui représente 10 % des cas chez les nourrissons. Une cohorte internationale récente de nourrissons âgés de moins de 12 mois et diagnostiqués avec un RMS à cellules fusiformes a rapporté un patient avec une maladie métastatique et 39 patients avec une maladie localisée, dont 10 patients avaient une localisation au niveau des extrémités. Un seul nourrisson présentait une atteinte régionale des ganglions lymphatiques et dont le site primitif était primitif au niveau de l'extrémité. Le traitement consistait sur la combinaison

de chimiothérapie, la chirurgie et la radiothérapie (RT) en fonction des stades IRS. La survie globale à 5 ans était de 91%, ce qui suggère un pronostic favorable des RMS à cellules fusiformes. L'étendue de la résection a été définie comme un facteur pronostique. Sur la base de cette large étude ; le traitement de première ligne risque. L'originalité de notre cas réside dans l'extrême rareté du RMS chez les nouveau-nés. De plus, à notre connaissance, il s'agit du deuxième cas de RMS congénital survenant au niveau d'une extrémité avec une extension ganglionnaire. La plupart des RMS congénitaux précédemment rapportés avaient une prédominance masculine alors que notre cas était de sexe féminin.

Conclusion:

Il est important de garder à l'esprit que le RMS peut se manifester sous la forme d'une masse congénitale au niveau d'une extrémité comme la main chez les nouveau-nés.

Devant une masse congénitale accouchée par le vagin, penser au rhabdomyosarcome botryoïde

B. Bennour¹; S. abdel-ilah¹; M. Aboudourib¹; S. Amal¹; O. Hocar¹
**1Service de dermatologie et de vénéréologie, C .H.U Mohammed VI, Marrakech,
Maroc**

Introduction :Les néoplasmes du tractus génital sont rares dans la population pédiatrique.

Le

rhabdomyosarcome (RMS) est une tumeur mésenchymateuse maligne dérivant des précurseurs myogéniques. Il représente l'un des sarcomes des tissus mous les plus fréquents chez l'enfant. Il survient généralement chez les nourrissons et les enfants et il peut être exceptionnellement congénital. Nous rapportons un cas rare de rhabdomyosarcome botryoïde vaginal congénital.

Observations :Un nouveau-né de sexe féminin se présentait pour une tumeur papillomateuse

congénitale vaginale étendue à la vulve et à la région anale. L'étude histologique révélait une prolifération fusocellulaire en faisceaux avec un pléomorphisme prononcé, l'épiderme était hyperplasique et pseudo-sarcomateux.

L'immunohistochimie montrait une expression modérée des marqueurs desmine, myogénine et Ki67. Le diagnostic de rhabdomyosarcome botryoïde vulvaire congénital était retenu. La prise en charge thérapeutique consistait à mettre la patiente sous chimiothérapie selon le protocole Vincristine, Dactinomycine et Cyclophosphamide (VAC) et à réaliser une résection tumorale après régression des lésions afin d'éviter les délabrements anatomiques de la région ano-vulvaire.

Discussion :Les RMS sont extrêmement rares chez les nouveau-nés. Dans une large étude

multicentrique portant sur 3217 patients atteints de RMS, seuls 14 cas étaient congénitaux (0,4%). Quatre sous-types histologiques majeurs de RMS sont identifiés : embryonnaire, alvéolaire, pléomorphe et sclérosant. Le RMS embryonnaire (RMSE) est le type le plus commun de tous les RMS. Il résulte d'une mutation somatique ou germinale du DICER1. Il survient fréquemment chez les petites filles au niveau de l'appareil génito-urinaire. Une série d'enfants de sexe féminin atteints de RMSE a montré que chez les adolescentes, l'utérus était la localisation majoritaire tandis que chez les enfants de 0 à 9 ans la localisation la plus fréquente était le vagin. La variante botryoïde est un type d'RMSE survenant fréquemment dans le vagin, caractérisé par un aspect en grappe de raisin gélatineux. Le diagnostic différentiel se pose avec le tératome sacro-coccygien, le neuroblastome et le lymphome de Burkitt facilement éliminés par l'étude histologique. L'association de la chirurgie et de la chimiothérapie (vincristine, dactinomycine et cyclophosphamide) avec ou sans radiothérapie ou curiethérapie donne habituellement de bons résultats dans les stades précoces des RMSE génitaux.

Conclusion :Nous avons rapporté un cas rare de RMS botryoïde congénital se présentant sous

la forme d'une tumeur papillomateuse accouchée par le vagin. Les cliniciens devraient connaître cette présentation particulière afin d'assurer une prise en charge rapide et optimale.

Syndrome de Noonan et ulérythème ophryogène : une association rare

O. Handi ; K. El Machichi ; M. Abaoudouraib ; S. Amal; O. Hocar
Service de Dermatologie , CHU MOHAMED VI MARRAKECH , Maroc

Introduction

Le syndrome de Noonan est une affection autosomique dominante relativement courante associant multiples anomalies congénitales. Parmi ses manifestations cliniques typiques: une petite taille, les traits faciaux typiques et les malformations cardiaques congénitales. L'association avec l'ulérythème ophryogène a rarement été décrite.

Nous rapportons ici un patient atteint du syndrome de Noonan présentant un ulérythème ophryogène.

Observations

Un garçon de 3 ans atteint du syndrome de Noonan présentant une sténose pulmonaire modérée été référé en consultation pour une évaluation dermatologique.

À l'examen physique, on a noté la présence de papules hyperkératosiques folliculaires sur le cou , le tronc, les extrémités et les sourcils, associées à une alopécie des sourcils.

Ces résultats étaient compatibles avec un ulérythème ophryogène. Le patient avait également une petite taille, une micrognathie, un hypertélorisme avec implantation basse des oreilles et un thorax en carène.

On lui a prescrit un gel nettoyant à base d'acide salicylique et une crème à base d'urée. Les lésions ont montré une légère amélioration après traitement.

Discussion

Le syndrome de Noonan est une maladie congénitale autosomique dominante à pénétrance variable. Elle se caractérise par une petite taille, un hypertélorisme, un ptosis et des anomalies cutanées et cardiaques. Parmi les manifestations cutanées les plus fréquemment décrites : les ongles dystrophiques, les naevi pigmentés multiples, les cheveux bouclés, le lymphoedème et la formation de chéloïdes.

L'association entre ulérythème ophryogène et syndrome de Noonan a été initialement suggérée dans une seule série de cas de cinq patients en 1979, après cela, moins de 20 cas ont été signalés.

Les patients présentent souvent dans les mois suivant la naissance des papules folliculaires impliquant les sourcils, et l'évolution se fait vers une alopécie cicatricielle du sourcil. Une kératose pilaire des bras, des cuisses et des fesses y est fréquemment associée.

Histologiquement, l'ulérythème ophryogène se caractérise par un cheveu dystrophique à l'intérieur d'un follicule dilaté obstrué par de la kératine entraînant ainsi un processus d'inflammation et de fibrose à l'origine de la perte des sourcils.

Conclusion

Chez les enfants présentant un ulérythème ophryogène et une dysmorphie faciale, les praticiens doivent suspecter le diagnostic de syndrome de Noonan et référer le patient pour un bilan des autres atteintes notamment cardiaques.

Une pyélonéphrite aiguë révélant un cas de syndrome de desquamation continue acrale (SDCA)

FZ.AFRYAD ; M.ABOUDOURIB ; O.HOCAR ; S.AMAL

Service de dermatologie de l'hôpital universitaire Mohamed VI Marrakech

Introduction

Le syndrome de desquamation continue ou « peeling skin syndrome » est une génodermatose rare, de transmission autosomique récessive, caractérisée par une desquamation superficielle spontanée sans tendance à l'amélioration. Elle peut être de type localisée acrale ou généralisée. L'âge du début est variable, mais dans la majorité des cas rapportés, la maladie se développe à la naissance ou dans les premières années de vie. Nous rapportons un cas de syndrome de desquamation continue acrale (SDCA) révélé et aggravé par un épisode de pyélonéphrite aiguë.

Observation :

Un enfant de 9 ans, issu d'un mariage consanguin, hospitalisé en pédiatrie pour une pyélonéphrite aiguë fébrile, présentait une desquamation spontanée et continue des mains et des pieds deux jours après son admission. L'examen clinique trouvait une desquamation superficielle en lambeaux non douloureuse laissant rapidement place à une peau saine au niveau des paumes et des plantes. Il n'y avait pas de notion d'hyperhidrose palmo-plantaire ni d'aggravation aquagénique. Le reste de l'examen général et systémique était sans anomalies. L'interrogatoire avec les parents avait révélé par ailleurs des épisodes similaires chez notre patient depuis la jeune enfance et ce lors des périodes de haute chaleur en été. Des cas similaires avaient été également rapportés chez deux frères ainés. L'examen histologique après biopsie a mis en évidence une couche cornée qui se décollait en bloc de la couche granuleuse. Le diagnostic de SDCA aggravé par un état fébrile a été retenu. Le patient a été mis sous émollient et crèmes kératolytiques à base d'urée, associée à des mesures visant à réduire la macération et les traumatismes, avec amélioration partielle.

Discussion

Le syndrome de desquamation continue est une génodermatose rare, qui appartient au groupe des ichtyoses héréditaires. Sa forme acrale ou syndrome de desquamation continue acrale (SDCA) a été décrite en 1997 par Hashimoto et al. L'âge du début est variable, mais dans la majorité des cas rapportés, la maladie se développe à la naissance ou dans les premières années de vie. Cliniquement, le SDCA est caractérisé par une desquamation non douloureuse, continue et superficielle affectant principalement la partie dorsale des mains et des pieds, cependant d'autres auteurs ont rapporté l'atteinte palmo-plantaire. La chaleur constitue un facteur d'aggravation décrit dans la littérature. Dans le cas de notre patient, l'état fébrile qu'il présentait dans le cadre de son infection a causé l'apparition des lésions. D'autres facteurs aggravants ont été rapportés tels que l'hyperhidrose palmo-plantaire, le contact avec l'eau et la friction. L'histologie met en évidence un décollement en bloc superficiel de la couche cornée, ce qui était le cas de notre patient. Il n'existe pas de traitement efficace du SDCA, ainsi la prise en charge est surtout symptomatique. Plusieurs traitements ont été essayés : dermocorticoïdes, émollients, photothérapie et kératolytiques topiques sans résultats satisfaisants.

Conclusion

Le syndrome de desquamation continue acral est une génodermatose rare qui constitue un groupe de maladies hétérogènes sur le plan clinique et génétique. Il n'existe pas de traitement codifié à ce jour, d'où l'importance de la prévention en évitant les facteurs aggravants.

La dysplasie ectodermique anhidrotique : un syndrome rare.

L. Benchekroun ; O.Essadeq ; M. Meziane ; N. Ismaili ; L. Benzekri ; K. Senouci

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V Souissi, Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Introduction :

La dysplasie ectodermique anhidrotique ou syndrome de Christ-Siemens-Touraine est une génodermatose héréditaire, rare, le plus souvent récessive liée au chromosome X. Il s'agit de la plus fréquente des dysplasies ectodermiques, mais cette affection est tout de même rare, puisque son incidence est estimée à 1/100 000 naissance.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient de 28 ans, qui a comme antécédent un asthme depuis l'enfance et qui consulte en dermatologie pour une anhidrose.

A l'examen, on retrouve un faciès dysmorphique, des lèvres épaisses, une impression d'enophtalmie par hypertrophie du cadre orbitaire. La triade de la dysplasie ectodermique anhidrotique est retrouvée, à savoir une hypodontie, une hypotrichose, et une anhidrose.

La dentition du patient est caractérisée par la persistance de 5 incisives uniquement, de forme conique, et des caries.

La pilosité est pauvre globalement, avec des sourcils quasi inexistantes, une madarose (absence de cils), un duvet au niveau axillaire, et pas de poils au pubis. La peau est glabre au niveau du tronc, des membres supérieurs et inférieurs. Les poils de la barbe et de la moustache sont épargnés. Quant au cuir chevelu, les cheveux sont présents mais fins, clairsemés, avec à la dermoscopie un poil par orifice, pas d'anisotrichie, quelques poils coudés et cassés.

La peau est sèche, et on note une hyperpigmentation palpébrale responsable de cernes très marqués, s'étendant autour du nez et de la bouche. Des petites papules blanches sont observées au niveau du visage, sur le menton, les ailes du nez, et en intersourciliers, en rapport avec une hyperplasie des glandes sébacées. Il n'y a pas d'atteinte unguéale.

Le développement psychologique et staturo pondéral quant à lui est normal, et il n'y a pas de cas similaires dans la famille.

Discussion :

La dysplasie ectodermique anhidrotique est une affection caractérisée par de nombreuses anomalies de l'épiderme et de ses annexes, dont l'origine est un défaut du développement embryonnaire du feuillet ectodermique et dont la nature est jusqu'à présent inconnue. La triade anhidrose, hypotrichose, et hypodontie, en représente les principaux signes cliniques.

La rareté des glandes sudoripares est à l'origine d'une hypohidrose, rarement d'une anhidrose. Cette pauvreté de la sueur explique l'aspect de la peau, sèche, de couleur ambrée, hyperkératosique, craquelée aux commissures des yeux et des lèvres.

La pauvreté des glandes sébacées est fréquente, mais des micro-adénomes cutanés peuvent siéger à la face (nez, joues) et aux fesses. Ils reflètent une hyperplasie des glandes sébacées présentes, qui se manifestent sous la forme de petites élevures blanches, de la taille d'une tête d'épingle.

La pilosité est pauvre globalement (aisselles, pubis), tandis que seules la barbe et les moustaches sont respectées. Les cheveux sont rares, clairsemés, fins, secs, rêches, cassants, souvent blancs ou dépigmentés et facilement extirpables. La calvitie est précoce. Les cils et les sourcils présentent les mêmes anomalies.

L'absence ou la rareté des bourgeons dentaires touche les 2 dentures. En règle générale, l'hypodontie est plus sévère à la mandibule qu'au maxillaire. La forme des dents est aussi affectée, les dents sont coniques. L'émail est fragilisé, responsable de caries précoces. L'absence ou l'hypoplasie des glandes séro-muqueuses de l'appareil respiratoire est assez fréquente. Ceci favorise le développement d'infections respiratoires : broncho-pneumopathies à répétition, infections rhinopharyngées et asthme.

L'affection peut être accompagnée d'aplasie des glandes lacrymales ainsi que d'agénésie des canaux lacrymaux pouvant engendrer une conjonctivite chronique qui peut évoluer vers une kératite. On peut aussi observer une blépharite par atrophie ou absence des glandes de Meibomius

Si le caractère héréditaire de la DEA ne fait aucun doute, il semble que plusieurs mécanismes de transmission soient possibles. Le mode récessif lié au chromosome X est de loin le plus fréquent. Seuls les hommes sont atteints (50 % touchés, 50 % sains) et montrent la forme complète du syndrome, alors que les femmes, conductrices, n'expriment que peu ou pas de signes cliniques de la dysplasie ectodermique anhidrotique.

La biopsie cutanée est l'examen clé du diagnostic. Elle est pratiquée au niveau d'une zone riche en glandes sudoripares (paumes, plantes, régions axillaires). On y retrouve une diminution ou une disparition des glandes sudoripares et des follicules pilo-sébacés.

Le panoramique dentaire chez un sujet jeune oriente fortement le diagnostic et précise l'étendue des anomalies dentaires.

Par ailleurs, le bilan minimal doit comporter un examen ophtalmologique, ORL et pneumologique.

Le traitement a pour objectif le rétablissement du capital dentaire pour améliorer le côté esthétique et fonctionnel, par le biais de prothèses dentaires.

Conclusion :

La dysplasie ectodermique anhidrotique reste un syndrome encore mal connu. Elle est responsable d'un préjudice esthétique et fonctionnel important. Il est indispensable pour le dermatologue de savoir reconnaître ce syndrome, fait de la triade hypodontie, hypotrichose et anhidrose, pour faire un diagnostic précoce afin d'améliorer la qualité de vie du patient en optimisant la prise en charge, qui se doit d'être pluridisciplinaire impliquant le dermatologue et le chirurgien maxillo-facial.

Le syndrome de desquamation continue acral

N.Er-rachdy¹, A.Fliti¹, M.Elomari Alaoui¹, S.Hamada¹, M.Meziane¹, L.Benzekri¹,
N.Ismaili¹, K.Senouci¹

Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn
Sina, Maroc

Introduction : Le syndrome de desquamation continue acral ou peeling skin syndrome acral (PSSA) est une forme clinique du syndrome de desquamation continue. C'est une génodermatose cliniquement et génétiquement hétérogène caractérisée par un manque de cohésion des cellules de la couche cornée, aboutissant à une desquamation superficielle spontanée ou suite à des traumatismes minimes affectant principalement le dos des mains et des pieds. Cette affection est rare et sa prévalence est inconnue. Les cas décrits dans la littérature sont peu nombreux.

Matériel et méthodes : Nous rapportons ainsi le cas d'un petit garçon âgé de 3 mois, de parents consanguins, vu en consultation de dermatologie. L'examen clinique révélait une desquamation en lambeaux très superficiels laissant rapidement place à une peau saine au niveau des paumes et plantes. Cette desquamation était spontanée et transitoire sans laisser de cicatrices. La symptomatologie était aggravée par la chaleur, notamment en été, sans notion de douleur, ni de prurit ni de cas similaires dans la famille. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. L'enfant a été mis sous émollient avec bonne évolution.

Discussion : Le syndrome de desquamation continue est une génodermatose rare, qui appartient au groupe des ichtyoses héréditaires définies par des formes généralisées de désordres mendéliens de cornifications. Sa forme acrale ou le PSSA est de transmission autosomique récessive débutant à la naissance ou dans les premières années de vie, associée à des mutations du gène de la transglutaminase 5 (TGM5) et du gène codant pour la cystatine A (CSTA).

La maladie se manifeste par une desquamation superficielle indolore affectant les faces palmaires, plantaires et dorsales des mains et des pieds, donnant lieu à un érythème résiduel. Des bulles superficielles peuvent être observées. La zone palmoplantaire de la peau peut également être hyperkératosique. Des variations saisonnières sont généralement observées. Les lésions sont classiquement aggravées par la chaleur, l'humidité, l'occlusion, l'exposition à l'eau et les frottements ou les traumatismes mineurs. Les lésions ne sont généralement pas douloureuses et guérissent sans cicatrice, mais une sensation de brûlure peut être ressentie avant ou après la desquamation.

La présentation clinique est très évocatrice de la maladie et le diagnostic reste clinique. L'examen histologique des biopsies de lésions cutanées révèle un décollement des tissus à la jonction entre la couche granuleuse et la couche cornée. L'analyse moléculaire, s'il y a lieu, peut révéler une mutation de TGM5 ou de CSTA. Le mode de transmission est autosomique récessif. Un conseil génétique doit être proposé

Il n'existe pas de traitement efficace de la maladie, ainsi la prise en charge est surtout symptomatique. Plusieurs traitements ont été essayés : dermocorticoïdes, émollients, photothérapie et kératolytiques topiques sans résultats satisfaisants. Les rétinoïdes systémiques sont réservés aux cas handicapants. Les patients doivent éviter toute immersion dans l'eau et il leur est recommandé d'utiliser des poudres absorbantes ou des antisudorifiques à base d'aluminium.

Conclusion

Le syndrome de pelage acral est une maladie génétique très rare. Elle n'est pas guérissable, mais il n'entraîne que rarement des complications, n'affecte pas la qualité de vie des patients de manière significative et le traitement est généralement symptomatique.

Dermatomyofibrome chez l'enfant: à propos d'un cas

***I. SABOUNI, *V. BOUKANDOU, **M. RIMANI, *M. AIT OURHROUI**
***Dermatologie, Hôpital Universitaire Cheikh Zaid, UIASS. Rabat**
****Anatomopathologie, Hôpital Cheikh Zaid. Rabat**
Auteur correspondant : dr.sabouniilham@gmail.com

Introduction Le dermatomyofibrome (DMF) est une tumeur cutanée mésoenchymateuse myofibroblastique rare et bénigne, qui survient le plus souvent chez la femme adulte jeune.

Dans notre étude on rapporte un cas avec étude clinico-anatomopathologique.

Observation Il s'agissait d'une patiente de 13 ans, qui présentait une lésion au niveau du flanc droit. Elle est faite, cliniquement d'une plaque réticulaire sclérosante rouge brun, très douloureuse.

La biopsie cutanée et étude anatomopathologique avait révélé une prolifération de cellules claires fusiformes regroupées en faisceaux horizontaux au niveau du derme, s'étendant au couches hypodermiques supérieurs, ainsi que la présence de fibres de collagène ondulées formant des faisceaux parallèles à la surface cutanée.

L'immunohistochimie avait exprimé la vimentine et l'actine musculaire.

Le diagnostic de dermatomyofibrome a été confirmé cliniquement et histologiquement, éliminant ainsi le diagnostic de morphee et de panniculite.

La patiente avait refusé le traitement chirurgical.

Discussion La DMF est une pathologie rare avec uniquement 100 cas décrits dans la littérature. D'où l'importance des résultats histo-pathologiques. Elle se voit plus fréquemment chez les adolescents et adultes jeunes avec une féminine et un âge moyen de 28 ans. Cependant un cas a été reporté d'un nourrisson de 4 mois de sexe masculin. C'est une tumeur non douloureuse, qui peut être multiple, le plus souvent localisée au niveau du tronc, du dos, du cou et du visage. La DMF peut facilement être confondue avec plusieurs autres pathologies ce qui conduit à la prescription de traitement inutiles. La présentation la plus commune est une plaque asymptomatique composée de cellules fusiformes fades disposées en faisceaux dermiques orientés parallèlement à l'épiderme. L'immunohistochimie montre quant à elle l'expression de calponine, actine du muscle lisse, et strié. Le traitement curatif du dermatomyofibrome est chirurgical avec un excellent pronostic.

Conclusion La DMF peut facilement être confondue avec d'autres pathologies. C'est pour cela qu'elle doit commencer à figurer dans les hypothèses diagnostiques des dermatologues.

Mots clés : dermatomyofibrome, tumeur bénigne, enfant, plaque sclérosante, douleur, cellules fusiformes, vimentine, actine.

Dermatomyosite juvénile : Quel traitement est à préconiser ?

K.Bennani, O.El Jouari, S.Gallouj
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Tanger

Introduction :

La dermatomyosite juvénile est une maladie auto-immune chronique de l'enfance. Elle est caractérisée par une atteinte inflammatoire de la peau et des muscles striés, responsable d'une faiblesse musculaire, avec élévation des enzymes musculaires et des signes myogènes à l'électromyogramme (EMG).

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective des patients ayant une dermatomyosite juvénile pris en charge au service de dermatologie du CHU Med VI Tanger.

Nous avons évalué les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, dermoscopiques, électriques, biologiques, thérapeutiques et évolutifs chez quatre enfants suivis dans notre formation pour dermatomyosite juvénile.

Résultats :

Nous avons colligé 4 patients ayant une dermatomyosite juvénile confirmée l'âge moyen était de 9.5années, sex ratio= 1.

L'examen dermatologique avait objectivé : un érythème héliotrope ($n = 3$), des papules de Gottron ($n = 4$), une poïkilodermie ($n = 2$), un érythème périunguéal douloureux ($n = 2$) et une calcinose ($n = 1$). Le signe de la manucure ($n=3$), la capillaroscopie montraient des mégacapillaires ($n=4$).

Les manifestations musculaires étaient dominées par le déficit musculaire proximal ($n = 4$). Des myalgies étaient notées ($n = 3$) et une amyotrophie ($n = 2$). Les enzymes musculaires étaient perturbées et l'électromyogramme était en faveur d'une atteinte myogène ($n = 4$). La biopsie musculaire a été faite chez un seul patient revenu en faveur ($n=1$). Un seul patient présentait des arthralgies inflammatoires généralisées.

Un seul patient présentait des troubles de déglutition. Les principaux traitements utilisés étaient : la corticothérapie générale ($n = 4$), le méthotrexate ($n = 2$) les antipaludéens de synthèse ($n= 2$).

Deux de nos patients ont été mis sous corticothérapie (bolus 30

Erythème desquamatif flexural chez les enfants, quel diagnostic ? Z. GAFSI1; N. Fetoui Ghariani1; D. Afli1; M. BEN KAHLA1; S. Saad1; M. LAHOUAL EP GAIED1; M. Ben rejeb1; A. Aounallah1; N. Ghariani1; S. Mokni1; M. Denguezli1 1Université de Sousse, Faculté de médecine de sousse, Service de Dermatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie Introduction L'érythème périnéal desquamatif est une manifestation rare, bénigne et récidivante en rapport avec les toxines libérées lors des infections à streptocoques. Nous rapportons un nouveau cas d'érythème périnéal toxinique de l'enfant. Observations

Une fille âgée de 5 ans consultait pour une éruption prurigineuse au niveau des plis inguinaux, faisant suite à un syndrome grippal avec angine érythémateuse. L'interrogatoire ne relevait pas la notion d'épisodes similaires antérieurs. A l'examen, elle était en bon état général sans fièvre ni adénopathies. L'examen cutané montrait un érythème périnéal avec atteinte des plis inguinaux caractérisé par une collerette desquamative périphérique, associé à une atteinte similaire des plis palpébraux et narinaires et une atteinte muqueuse associant une langue framboisée, une perlèche et une chéilite. Par ailleurs, il n'y avait pas d'atteinte palmoplantaire. L'examen mycologique de l'intertrigo inguinal revenait négatif. Les examens biologiques appuyaient le diagnostic d'érythème périnéal toxinique en montrant un titre élevé des ASLO. L'évolution était rapidement favorable sous traitement symptomatique. Discussion L'érythème périnéal toxinique est une affection rare touchant volontiers les enfants et les adolescents, médiée par des super-antigènes, qui sont des toxines produites par le streptocoque et le staphylocoque. Celles-ci induisent une activation des lymphocytes T qui sécrètent des cytokines pro-inflammatoires responsables de l'ensemble des manifestations cliniques des éruptions scarlatiniformes. L'érythème périnéal toxinique est considéré comme une forme abortive de la scarlatine. La présentation clinique associe typiquement un énanthème avec langue framboisée, et un érythème desquamatif des grands plis, des paumes et des plantes et de la région médio-faciale, sans altération de l'état général. L'atteinte cutanéomuqueuse survient quelques jours après un épisode infectieux fébrile le plus souvent dû à une angine streptococcique. L'évolution est généralement, marquée par une desquamation rapide en 5 à 10 jours. Conclusion L'érythème périnéal desquamatif est une entité bénigne souvent méconnue, considérée comme une forme abortive de la scarlatine. Quoique les récurrences sont possibles, il est nécessaire de rassurer les parents, le pronostic étant souvent favorable

Des nodules jaunâtres chez un enfant de 10 ans : un signe d'alarme vers une maladie parfois fatale

Turki K, Hammami F, Ben Ammou S, Bessaad L, Bahloul E, Turki H
Service de dermatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction :

Les maladies endocriniennes constituent d'excellents exemples du lien entre les maladies internes et la peau. Nous rapportons un cas qui illustre bien cette relation.

Observation :

Un garçon âgé de 10 ans nous a consulté pour des lésions cutanées asymptomatiques des faces d'extension des articulations évoluant depuis 5 ans. L'examen physique a révélé des papules et des nodules jaunâtres au niveau des genoux et des coudes (figure A) qui étaient compatibles avec des xanthomes. La dermoscopie a montré des aires jaunes sans structures entourées d'un halo brunâtre (figure B). Il avait aussi une opacité annulaire blanc-grisâtre à la périphérie de la cornée, qui correspond à un arc juvénile (figure C). A l'interrogatoire, nous avons noté des antécédents familiaux d'hyperlipidémie et d'infarctus du myocarde à un âge précoce. Le bilan lipidique a montré des taux élevés de cholestérol total et de LDL-cholestérol à 12.4 mmol/L et 11.3 mmol/L respectivement et un taux normal de triglycérides (0,6 mmol/L). Un diagnostic d'hypercholestérolémie familiale (HF) avec des xanthomes tubéreux a été posé. L'enfant a été traité par l'atorvastatine. L'enquête génétique est en cours.

Discussion :

L'HF est une affection héréditaire qui se présente avec une prévalence de 1/300 dans le monde mais qui reste sous diagnostiquée. Elle est due à une mutation touchant le récepteur de lipoprotéine de basse densité (LDL) ou de l'un de ses ligands (apolipoprotéine B et PCSK9). L'accumulation de LDLc est à l'origine d'une maladie athéromateuse précoce avec un risque accru de survenue de maladies cardiovasculaires (CV), parfois fatales.

Les manifestations dermatologiques, telles que des xanthomes tendineux ou tubéreux, sont importants à connaître par le clinicien afin de faire un diagnostic précoce et d'instaurer le traitement rapidement. Plus rarement, les patients atteints de HF peuvent se présenter par un arc cornéen comme le cas de notre patient.

Mots clés :

Hypercholestérolémie familiale - Xanthomes - Arc cornéen juvénile

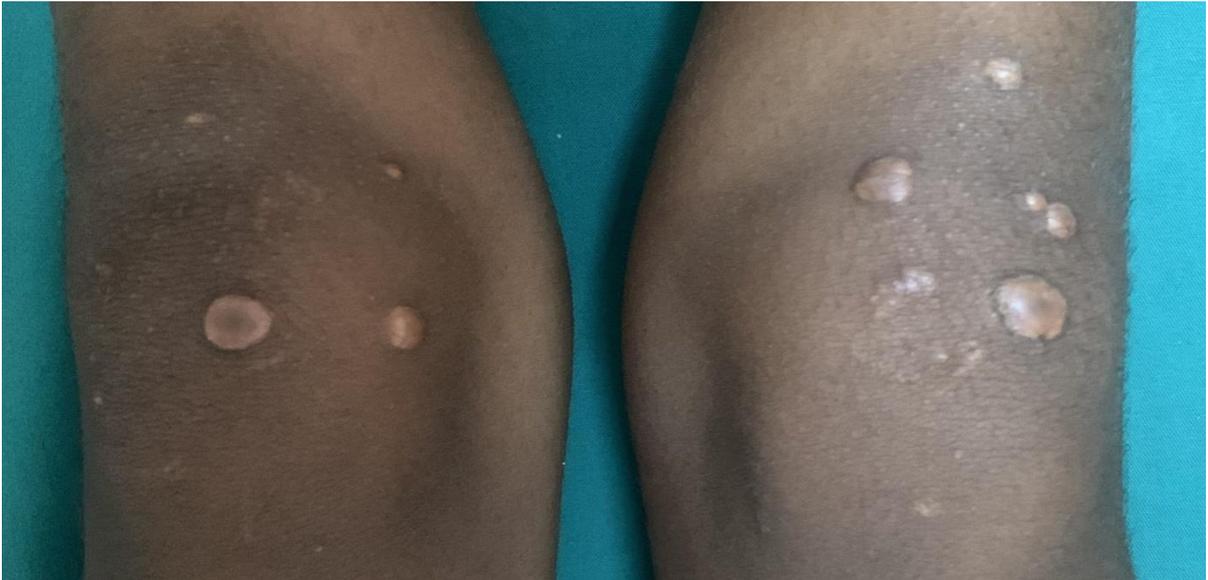


Figure A : Xanthomes des genoux

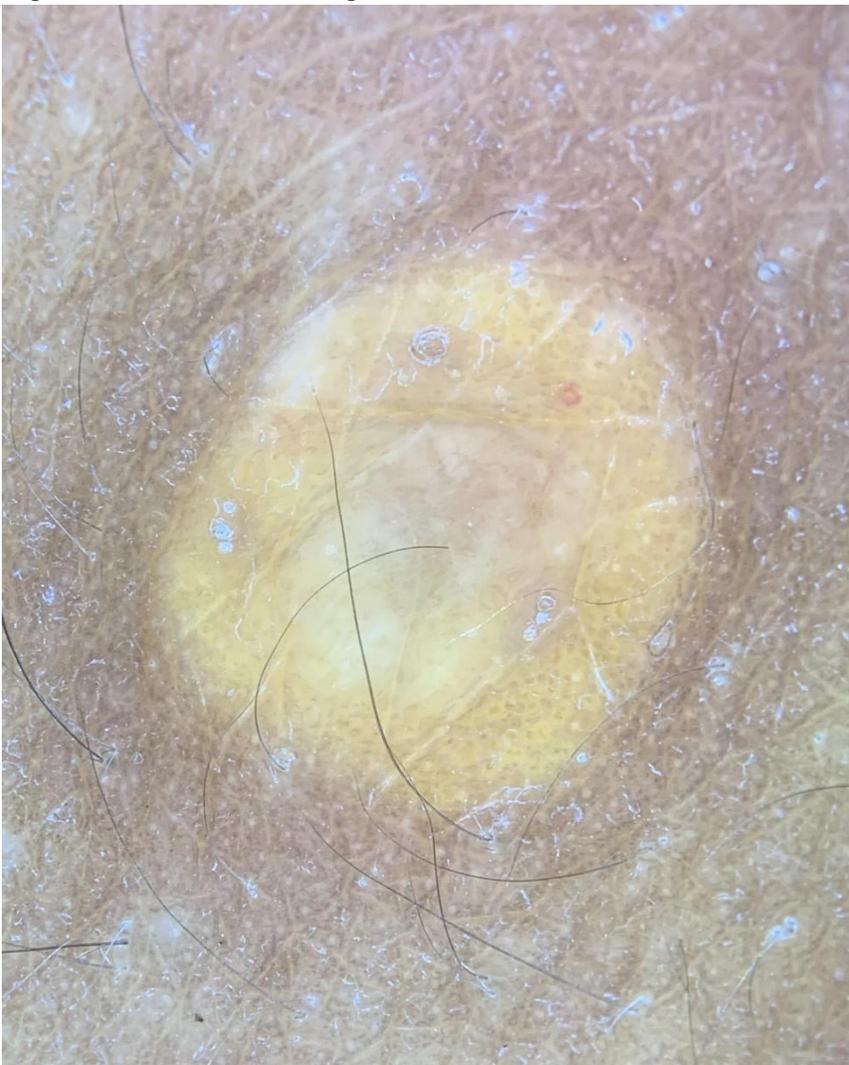


Figure B : Aspect dermoscopique d'un xanthome : des aires jaunes sans structures entourées d'un halo brunâtre



Figure C : Arc cornéen juvénile

Prescription de l'acitrétine dans la population pédiatrique: Expérience de notre service

Zmiti R, Chabchoub I, Saad M, Gara S, Bacha T, Litaïem N, Jones M, Zeglaoui F
Service de dermatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction

Les ichtyoses héréditaires sont des affections génétiques monogéniques causées par des mutations de gènes codant pour des composants de la barrière cutanée protectrice épidermique. Les anomalies cutanées apparaissent en général dès la naissance, plus rarement dans l'enfance. La base du traitement repose sur l'application d'émollients. Les formes sévères peuvent relever d'une prescription de rétinoïdes par voie orale. L'acitrétine est disponible dans le commerce uniquement sous forme de capsule enrobée de gélatine (10 mg et 25 mg). L'absence de formulation de sirop pose un problème chez les enfants qui ont besoin de moins de 10 mg d'acitrétine ce qui implique de prescrire des préparations magistrales. Nous décrivons notre expérience avec deux enfants traités pour ichtyose congénitale par acitrétine.

Observations

Le patient A est un nourrisson de 1 an et 4 mois issu d'un mariage consanguin, qui nous a été adressé à l'âge de 40 jours pour une érythrodermie ichtyosiforme. A l'examen, il présentait une érythrodermie généralisée couverte de squames sèches, une xérose cutanée manifeste, un ectropion bilatéral des paupières, un eclabion, et une hyperkératose sous unguéale des gros orteils.

Le patient B, âgé de 4 ans, issu d'un mariage non consanguin, consulte pour une érythrodermie congénitale diffuse avec apparition secondaire de lésions bulleuses et décollement cutané. Une biopsie cutanée a été faite concluant à une érythrodermie ichtyosiforme congénitale bulleuse.

Un diagnostic d'ichtyose a été retenu chez les deux patients et ils ont été traités avec des bains biquotidiens suivis d'une pommade emolliente sans vraie amélioration. Nous avons alors initié un traitement par novatretine à la dose de 0.5mg/kg dissoute dans 1 ml de huile d'olive administrée par une seringue selon le poids dans les 5 à 6 minutes suivant la préparation de la formule finale.

Discussion :

L'acitrétine est une poudre lipophile cristalline vert-jaune pratiquement insoluble dans l'eau (< 0,1mg/100 ml). Elle est sensible à l'air, à l'humidité, à la chaleur et à la lumière et doit être conservée à une température comprise entre 2 et 8 °C. L'acitrétine non encapsulée se désintègre en 5 à 6 minutes. La poudre d'acitrétine séchée par pulvérisation et les excipients présents dans la capsule sont recouverts d'une enveloppe à base de gélatine qui sert à empêcher la désintégration du médicament, sans effet sur la libération spécifique au site intestinal et la biodisponibilité de l'acitrétine.

Les étapes pour la préparation d'une solution à base d'acitrétine sont comme suit : La gélule de 10 mg est torsadée, puis la substance jaune verdâtre extraite de l'acitrétine est immédiatement dissoute dans 1 ml d'huile à la saveur plaisante telle que l'huile d'olive, l'huile de colza ou l'huile de soja, dans un flacon, La dose nécessaire en fonction du poids doit être administrée dans les 5 à 6 minutes suivant la préparation de la formule finale en utilisant une seringue pour le titrage de la dose. A noter que le flacon doit être de couleur ambre résistant à la lumière, Le reste de la préparation doit être jeté. Pour faciliter la préparation à domicile et l'administration par les parents, une démonstration clinique doit être faite.

description épidémiologique et clinique des hémangiomes infantiles segmentaires :a propos dune cohorte .CHU Tlemcen Algérie

**Z.HIMEUR,L.Henaoui,G henaoui ,A.Salhi,O.Boudghene stambouli B Dahmani
CHU TLEMEN
HCA
Algérie**

Résumé :

La majorité des HI de l'enfant se présente sous la forme d'une lésion unique et de petite taille. Ils peuvent toutefois dans certains cas être caractérisés de « **segmentaires** » c'est-à-dire occupant un territoire anatomique et sont alors le plus souvent de grande taille (>5cm).

Ces hémangiomes segmentaires peuvent être associés à diverses anomalies. On décrit alors essentiellement deux entités : le **syndrome PHACES** lorsque l'HI segmentaire se trouve au niveau de la face et du cou et le **syndrome SACRAL ou LUMBAR** lorsqu'il se retrouve en région sacrale .

Concernant la localisation céphalique, Haggstrom et al a établi en 2015 une classification des atteintes différenciant 4 segments : segment 1 (fronto-temporal), segment 2 (maxillaire), segment 3 (mandibulaire) et segment 4 (fronto-nasal), 9 ceux-ci pouvant être isolés ou associés entre eux.

Cette segmentation fournit des informations complémentaires importantes quant à la compréhension de la physiopathologie de ces HI segmentaires. En effet, là où les segments 2 et 3 semblent correspondre aux régions embryologiques maxillaires et mandibulaires que nous connaissons, les segments 1 et 4 en diffèrent.

Ce pattern de segmentation est un argument en faveur du rôle primordial de l'environnement périvasculaire et en particulier des cellules dérivant des crêtes neurales dans la formation des HI segmentaires. En effet, les angioblastes ne répondent pas à une distribution segmentaire. Cette segmentation pourrait également avoir un impact pronostique. Ainsi, des études préliminaires ont montré une fréquence plus importante d'atteinte cérébrale du syndrome PHACES dans les atteintes du segment 1 et d'atteinte cardiaque dans les atteintes du segment 3.

Nous décrivons une cohorte de nourrissons, ayant en commun un hémangiome segmentaire. Le recrutement des malades a été fait au niveau du service de dermatologie, chu Tlemcen, dans le cadre d'une prise en charge.

EEC syndrome: a propos d'un cas

A Chabbouh, I Chabchoub, K Sboui , S Gara, N Litaïem, M Jones, F Zeglaoui
Service de dermatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunisie

Introduction :

L'EEC syndrome (Ectrodactylie - Ectodermal dysplasia - Clefting syndrome) est une maladie génétique rare, autosomique dominante, caractérisée par son polymorphisme clinique. Dans l'EEC syndrome, la variabilité d'expression au sein d'une même famille est habituelle. Il associe une malformation spécifique de type « pince de homard » palmo-plantaire à une fente labio-palatine, une dysplasie ectodermique cutanée et oculaire, une atteinte des phanères sévère. Nous rapportons le cas d'un nourrisson présentant un EEC syndrome dans sa forme complète.

Observation

Il s'agissait d'un nourrisson de 13mois, de sexe féminin, issue d'un mariage non consanguin, ayant 2 sœurs en bonne santé apparente, aux antécédents de fente labiale-palatine opérée et amenée par ses parents pour des cheveux fins et clairs. L'examen dermatologique retrouvait une peau sèche, une ectrodactylie des mains et des pieds leur conférant un aspect en pince de homard; des cheveux fins, blancs et clairsemés; ainsi qu'une raréfaction des cils. Les ongles étaient sains. Le diagnostic d'EEC était retenu devant les données cliniques; et de multiples explorations ont été demandées. Le caryotype, l'échographie cardiaque, l'échographie rénale ainsi que l'échographie transfontanellaire étaient sans anomalies.

Conclusion

L'EEC syndrome est une maladie génétique rare caractérisée par des anomalies variables du développement du sillon médian des extrémités (ectrodactylie), une fente labiale avec ou sans fente palatine, et des anomalies dans diverses structures ectodermiques comme la peau (hypopigmentation, peau sèche, hyperkératose, atrophie cutanée), les cheveux (cheveux et sourcils fins et épars), les dents (petites, absentes ou dysplasiques), les ongles (dystrophie) et les glandes exocrines (réduction/absence de glandes sudoripares, sébacées, salivaires). D'autres anomalies peuvent être associées, bien que plus rares, comme un retard psychomoteur, des anomalies oculaires, urogénitales ou auditives. Sa transmission est autosomique dominante. Le gène causal a été identifié au locus 3q28, il s'agit du gène TP63 codant pour un facteur de transcription de la famille p 53 . Moins de 200 cas ont été rapportés dans la littérature dont moins de 100 cas étant des formes complètes. La prise en charge est pluridisciplinaire : chirurgicale, odontologique, dermatologique, ORL et orthophonique.

Ichtyose en maillot de bain : à propos d'un cas

M Saad, S Gara, A Chabbouh, I Chabchoub, N Litaïem, M Jones, F Zegloui
Service de dermatologie, hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

L'ichtyose en maillot de bain est une génodermatose rare faisant partie du groupe des ichtyoses congénitales autosomiques récessives (ARCI) non syndromiques. C'est une forme localisée d'ichtyose caractérisée par un état squameux du tronc et des racines des membres et épargnant les extrémités et la partie centrale du visage.

Nous rapportons un cas d'ichtyose en maillot de bain chez un nourrisson né bébé collodion.

Observation :

Il s'agit d'un nourrisson âgé de deux ans et sept mois, issu d'un mariage consanguin du deuxième degré. Il était né prématurément et avait présenté à la naissance une membrane collodionnée avec un ectropion. La membrane s'est ensuite desséchée, remplacée progressivement par des squames recouvrant tout le corps. La mère rapportait une complète disparition des squames en hiver et une réapparition dès le début de la saison chaude. A l'examen, on avait objectivé des squames lamellaires, brunâtres, larges et polygonales, localisées au niveau du tronc, des plis axillaires et inguinaux, sur les racines des membres et sur les faces latérales du visage. La partie distale des membres inférieurs et supérieurs et la région centro-faciale étaient épargnées. Il s'y associait une kératodermie palmo-plantaire. Le diagnostic d'une ichtyose en maillot de bain a été ainsi posé. IL n'y avait pas de cas similaires dans la famille. Le patient a été mis sous traitement local à base de pommade à l'urée à une concentration de 10%. L'enquête génétique a été lancée.

Discussion :

L'ichtyose en maillot de bain est un phénotype rare d'ichtyose faisant partie du spectre des ichtyoses à transmission autosomique récessive non syndromiques. Seulement une série de cas est rapportée dans la littérature. Elle est secondaire à une mutation homozygote ou hétérozygote composée du gène codant pour la transglutaminase 1, enzyme qui intervient dans la formation de l'enveloppe cornée. Le caractère thermosensible de la mutation est responsable de l'évolution saisonnière avec aggravation estivale et localisation de l'atteinte au niveau du tronc et la racine des membres, zones les plus chaudes de l'organisme. Des antécédents de bébé collodion ont été retrouvés chez la plupart des patients présentant ce phénotype. Sur le plan clinique, elle se manifeste par des squames lamellaires épaisses brunâtres confinées au tronc et à la racine des membres et épargnant les extrémités et le visage. L'évolution est différente d'un patient à un autre : l'ichtyose en maillot de bain peut rester stable, régresser spontanément (bébé collodion à guérison spontanée) ou se généraliser de nouveau.

e lichen plan pigmentogène chez l'enfant : aspects clinico-dermoscopiques Abid M. , Hammami F. , Kouki C. , Châabouni R. , Sellami K. , Bahloul E. , Turki H. Service de dermatologie , CHU Hédi Chaker, Sfax - Tunisie Introduction : Le lichen plan pigmentaire (LPP) est l'un des sous-types les plus rares de lichen plan pédiatrique, caractérisé par une « pigmentation maculaire gris foncé située sur les zones

photoexposées du visage, du cou et des plis de flexions. Nous rapportons un nouveau cas de LPP chez un enfant et nous décrivons ses aspects épidémio-cliniques. Cas clinique : Une fille de 12 ans, sans antécédents notables nous a consulté avec de multiples plaques pigmentées asymptomatiques évoluant depuis des mois. Elle était de phototype III. Elle a nié la présence de lésions préexistantes ou d'une phase inflammatoire initiale. On observait de nombreuses macules pigmentées de taille et d'aspect variable siégeant au niveau du tronc, abdomen et du dos. La dermoscopie a montré un aspect de papping avec des globules bruns multiples sans érythème. Le reste de l'examen cutanéomuqueux était sans anomalies. L'examen histologique a montré une incontinence pigmentaire avec des mélanophages, une dermite d'interface avec une dégénérescence des kératinocytes de la membrane basale avec un infiltrat inflammatoire lymphocytaire. Le diagnostic de LPP a été posé. La patiente a été mise sous dermocorticoïdes. Discussion : Nous rapportons une nouvelle observation d'une forme rare de LP chez l'enfant. Récemment une revue systématique a été menée, montrant que seule 24 cas de LPP pédiatrique ont été rapportés. Le phototype foncé était le plus rapporté avec une prédominance dans les populations indiennes et moyen-orientales. L'âge moyen au diagnostic était de 10,67ans. Le type commun était le plus fréquent chez l'enfant, suivi des types inversés et linéaires. Plusieurs études ont illustré les aspects dermoscopiques du LPP chez l'adulte, mais les données étaient pauvres chez l'enfant. L'histologie demeure le gold standard pour le diagnostic positif. Bien que les traitements utilisés soient variables, l'amélioration clinique est limitée avec une récurrence fréquente.

Le lichen scléreux généralisé : intérêt de l'acitrétine Abid M. , Châabouni R. , Kouki C. , Sellami K. , Hammami F. , Bahloul E. , Turki H. Service de dermatologie , CHU Hédi Chaker, Sfax - Tunisie Introduction : Le lichen scléreux (LS) est une dermatose inflammatoire et fibrosante décrite pour la première fois en 1887 par Hallopeau. Il touche essentiellement la région génitale. Nous rapportons un cas de LS généralisée survenue chez une petite fille prépubère en soulignant l'intérêt de l'acitrétine dans cette forme clinique. Observation : Fille de 10 ans, sans antécédents pathologiques consultait pour des lésions blanchâtres prurigineuses diffuses avec un prurit vulvaire. L'examen a montré de multiples papules achromiques scléreuses brillantes, confluentes par endroit en plaques siégeant au niveau des membres supérieurs et inférieurs, dos, abdomen et du tronc. On retrouvait une vulvite avec un érythème et des plaques blanches au niveau des deux grandes lèvres. Une biopsie cutanée a été réalisée confirmant le diagnostic de LS cutané. La patiente était mise initialement sous corticoïde générale sans amélioration significative. L'acitrétine à une dose de 10mg par jour était prescrit avec un schéma progressif associé aux dermocorticoïdes. L'évolution à 6 mois était marquée par une nette amélioration avec une régression de lésions cutanées et amélioration de signes vulvaires. Aucune récurrence n'a été notée à 1 an de suivi. Discussion : Contrairement au LS génital, l'atteinte extra-génitale est relativement rare dans seulement 2,5 % des cas. L'atteinte généralisée affectant plus de 2 régions anatomiques, comme dans notre cas est très rare. Elle pose essentiellement un problème esthétique et fonctionnel par son évolution chronique et atrophique. Le traitement de cette forme demeure encore mal établi. L'acitrétine s'est avérée efficace dans un essai contrôlé randomisé pour réduire à la fois les signes et les symptômes du lichen scléreux vulvaire modérée à sévère. Il a été choisi pour notre patiente en raison des résultats limités de la corticothérapie générale, son efficacité démontrée et de l'absence d'effets immunosuppresseurs associés. Cependant, des études futures plus larges sont nécessaires pour confirmer ce résultat

L'acrodermatite entéropathique une complication d'une leucinose

Zmiti R, Souissi A, Tabka M, Alaoui FZ, Mokni M
Service de dermatologie , La Rabta , Tunis , Tunisie

Introduction

L'acrodermatite entéropathique est une maladie rare autosomique récessive, liée à une anomalie de l'absorption intestinale du zinc. Elle se manifeste par une dermatite péri-orale et une dermatite du siège persistante. La leucinose ou maladie de l'urine de sirop d'érable est une aminoacidopathie due à déficit en déshydrogénases des alpha-céto-acides à chaîne ramifiée. Elle entraîne une intoxication aiguë ou progressive liée à l'accumulation de composés toxiques en amont du bloc enzymatique en valine et en isoleucine. Son traitement consiste en une épuration de ces acides aminés en excès. Nous décrivons le cas d'un nourrisson atteint qui a développé une pseudo-acrodermatite en raison d'une carence iatrogène

Observation

Un nourrisson de 18 mois, ayant des antécédents familiaux de leucinose chez ses trois sœurs, a été diagnostiqué avec la même maladie et des niveaux extrêmement élevés des ces trois acides aminés (leucine, valine et isoleucine) dans le plasma et l'urine depuis l'âge de trois mois. Il a été traité par épuration endogène qui consiste en un régime alimentaire excluant ces acides aminés à chaîne ramifiée. Il a présenté une dermatite péri-orificielle et une diarrhée. La zincémie était normale. Un diagnostic de pseudo-acrodermatite entéropathique (PAE) secondaire à une carence en isoleucine et en valine a été suspecté devant la résolution rapide de l'éruption après supplémentation de ces acides aminés.

Discussion

La PAE chez notre patient était iatrogène et résulte d'une carence en acides aminés à chaîne ramifiée, ce qui souligne leur importance pour une croissance et une différenciation normales des kératinocytes.

Conclusion

Le traitement de la leucinose consiste en un régime alimentaire pauvre en acides ramifiés. Un régime trop restrictif, en particulier pour l'isoleucine, entraîne un tableau carenciel associant une atteinte cutanée à type de pseudo-acrodermatite entéropathique, une diarrhée et une pancytopenie.

Milium colloïde juvénile familial : A propos d'un cas

M Saad, K Sboui, I Chabchoub, S Gara, N Litaiem, M Jones, S Rammeh*, F Zeglaoui

Service de dermatologie, *Service d'anatomopathologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunisie

Introduction :

Le milium colloïde est une affection rare qui touche essentiellement les adultes âgés. La forme juvénile est encore plus rare. Elle se manifeste en âge pré-pubertaire par des papules groupées translucides et jaunâtres sur les régions photo-exposées. Les formes familiales sont exceptionnelles. Nous rapportons un cas de milium colloïde juvénile familial.

Observation :

Un garçon de 15 ans, né d'un mariage consanguin, nous a consulté pour des lésions papuleuses asymptomatiques du visage et des mains évoluant depuis l'âge de 10 ans. Ces papules saignaient après un traumatisme minime. Elles évoluaient par poussées saisonnières s'exacerbant en été et s'améliorant partiellement en hiver. L'examen a montré des papules translucides jaunâtres dures siégeant au niveau du nez, joues, lèvres, menton, hélix des oreilles et face dorsale des deux mains. La pression d'une papule laissait sourdre un liquide gélatineux jaunâtre. La sœur du patient présentait une symptomatologie similaire. L'étude histologique d'une papule du visage a montré une atrophie épidermique, une vacuolisation des kératinocytes et un dépôt de substance amorphe éosinophile dans le derme papillaire. La coloration au rouge Congo était négative. Le diagnostic de milium colloïde juvénile familial a été retenu. Une photoprotection a été indiquée chez le patient et sa sœur.

Conclusion :

Le milium colloïde juvénile est une dermatose rare, bénigne mais inesthétique. Comme dans la forme de l'adulte, le rôle de l'exposition solaire est manifeste expliquant le caractère photo-distribué des lésions et l'évolution saisonnière. La forme familiale est rare, et serait due à une anomalie héréditaire des kératinocytes entraînant leur dégénérescence après exposition aux UV. Dans le cas de notre patient, la transmission serait autosomique récessive. L'histologie permet de confirmer le diagnostic et d'éliminer les diagnostics différentiels essentiellement l'amylose et le pseudo-milium colloïde. Les options thérapeutiques sont très limitées et la plupart n'ont pas prouvé leur efficacité. La protection solaire stricte est nécessaire.

Pityriasis rosé de Gibert de l'enfant : à propos d'une présentation clinique particulière

Introduction :

Le pityriasis rosé de Gibert est une dermatose bénigne, caractérisée par des plaques érythémato-squameuses qui se localisent essentiellement au niveau du tronc et du dos, mais la morphologie et la distribution des lésions chez les enfants peuvent être atypiques, rendant le diagnostic difficile. Nous en rapportons une nouvelle observation mimant cliniquement un hydroa vacciniforme.

Observation :

Un enfant âgé de 8 ans, aux antécédents d'atopie familiale, de rhinite allergique et de dermatite atopique, s'est présenté à notre consultation pour une éruption d'installation aiguë évoluant depuis une semaine, légèrement prurigineuse, touchant le visage, le cou, le décolleté et les membres supérieurs. L'interrogatoire révélait la présence de tableau similaire chez la sœur d'évolution favorable. Les parents rapportaient la notion d'exposition solaire et de baignade précédant la symptomatologie. Il n'y avait pas de prodromes associés. L'examen physique trouvait des lésions arrondies, bien limitées, maculopapuleuses à centre squameux et à bordure rosée, au niveau du visage, du haut du tronc et des bras. L'examen anatomopathologique a montré un épiderme acanthosique papillomateux siège d'une exocytose marquée et étagée de lymphocytes réguliers, entraînant de larges lésions de spongiose, cet infiltrat inflammatoire s'étend aux papilles dermiques entraînant leur élargissement, et forme des manchons périvasculaires avec quelques polynucléaires éosinophiles. Le diagnostic de pityriasis rosé de Gibert était établi devant les signes cliniques et histopathologiques. Le patient était mis sous traitement symptomatique (antihistaminiques et émoullient) avec régression des lésions au bout de 2 semaines.

Discussion :

Le pityriasis rosé de Gibert (PRG) est une dermatose bénigne relativement fréquente et autolimitée, qui apparaît principalement entre l'âge de 10 et 35 ans. Son étiologie n'a pas été clairement établie, mais une origine virale est suspectée depuis des années. L'immunité à médiation cellulaire semble jouer un rôle dans la pathogenèse de cette maladie. En effet, des quantités accrues de cellules T CD4 et de cellules de Langerhans ont été trouvées dans le derme. D'après des études, L'immunophénotypage des lymphocytes T du PRG est similaire à celui de la dermatite atopique. Dans sa forme typique, le PRG ne devrait pas soulever de doutes diagnostiques. Les formes atypiques représentent 20 % des cas, avec des variantes diverses en ce qui concerne la morphologie et la localisation des lésions. Dans sa présentation typique, l'éruption du PRG est précédée d'une plaque solitaire appelée "médaillon", principalement située sur le tronc. Quelques jours plus tard, une éruption secondaire apparaît, avec de petites macules roses, ovales, entourées d'une collerette grisâtre. Les lésions secondaires adoptent une distribution caractéristique le long des lignes de clivage du tronc, en "arbre de Noël". Cette éruption se localise au niveau du tronc et des extrémités proximales, et épargne généralement le visage. La particularité du tableau clinique de notre patient réside sur l'âge du patient (8ans), la localisation en zones photoexposées avec prédominance de l'atteinte du visage, et la présentation clinique atypique « hydroa vacciniforme like ». Les lésions préexistantes de la dermatite atopique chez ce patient peuvent expliquer l'atteinte faciale atypique.

Conclusion : Le pityriasis rosé de Gibert est une dermatose érythémato-squameuse courante qui est presque toujours facile à diagnostiquer. Néanmoins, ses présentations atypiques, comme chez notre patient, peuvent constituer un défi pour le clinicien. Un diagnostic rapide de la maladie est nécessaire pour éviter des investigations inutiles.







Variabilité phénotypique du syndrome APECED

O. mani¹; N. Fetoui Ghariani¹; H. El Mabrouk²; M. BEN KAHLA¹; C. Hamza²; S. Saad¹; M. LAHOUALEP GAIED¹; M. Ben rejeb¹; A. Aounallah¹; D. Hmida²; N. Ghariani¹; S. Mokni¹; M. Denguezli¹ ¹Service de Dermatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie; ²Laboratoire de cytogénétique, Université de Sousse, Faculté de médecine de Sousse, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction

Le syndrome APECED ou la polyendocrinopathie auto-immune de type 1, est une maladie héréditaire monogénique, à transmission autosomique récessive, liée à des mutations du gène AIRE. A travers une série de 5 patients, nous nous proposons d'analyser les particularités épidémiocliniques de cette pathologie.

Matériel (ou patient) et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, colligeant tous les patients qui ont été hospitalisés dans notre service pour le syndrome APECED, sur une période de 12 ans (2011-2023). Les données épidémiologiques et cliniques pertinentes ont été recueillies dans tous les cas. L'étude génétique a été pratiquée pour tous ces patients.

Résultats

Nous avons recensé 5 enfants, avec un âge moyen de 11 ans. Le sex-ratio homme/femme était de 1,5. Tous ces patients avaient des critères en commun, notamment la consanguinité du deuxième degré, la même mutation du gène AIRE, et la présence de la candidose cutanéomuqueuse chronique (CCMC). Le premier symptôme chez tous nos patients était la CCMC, avec une moyenne d'âge d'apparition de 2 ans. Nous avons pu identifier plusieurs maladies auto-immunes associées, notamment l'hypoparathyroïdie chez 3 patients, l'insuffisance surrénalienne chez 3 patients, la thyroïdite auto-immune chez un patient, le diabète de type 1 découvert dans sa phase silencieuse chez deux patients, la maladie de Biermer chez 2 patients et l'hépatite auto-immune chez un patient. Les dystrophies ectodermiques identifiées étaient la pelade (3 cas) et la dysplasie de l'émail dentaire (3 cas). Le séquençage du gène AIRE avait révélé la mutation homozygote dans l'exon 2: c.173 C>A, p.Ala58Asp chez tous les patients. La concertation pluridisciplinaire entre dermatologues, pédiatres et endocrinologues avait amélioré la prise en charge de ces patients.

Discussion

Le syndrome APECED est une maladie génétique rare, caractérisé par l'association de multiples endocrinopathies auto-immunes, d'une candidose cutanéomuqueuse chronique, et de dystrophies ectodermiques. Il est plus fréquent dans les populations où le taux de consanguinité est élevé, comme notre pays. Tous les patients étaient porteurs de la même mutation AIRE alors qu'ils présentent des phénotypes cliniques différents, ce qui met en évidence la variabilité du tableau clinique du syndrome APECED, au sein même d'une fratrie. En raison de cette variabilité phénotypique, certaines formes atypiques ou paucisymptomatiques peuvent rester méconnues. La particularité de notre série réside sur la

présence de la CCMC chez tous nos patients. Celle-ci était, également, la manifestation la plus précoce, qui nous a permis de découvrir d'autres pathologies, même au stade précoce comme le diabète. Par ailleurs, les dermatologues sont probablement les premiers cliniciens à rencontrer les enfants présentant le syndrome APECED.

Conclusion

Il est important d'évoquer le syndrome APECED devant toute candidose cutanéomuqueuse chronique, afin de rechercher précocement les éventuelles endocrinopathies associées et d'en prévenir les complications potentiellement fatales. La prise en charge peut s'avérer difficile. Par conséquent, une approche multidisciplinaire coordonnée est nécessaire.



Bilan des hospitalisations pédiatriques du service de dermatologie-vénérologie Mohammed VI de Oujda

M. Benkaraache¹, H.Deflaoui, S.Bensalem, N. ZIZI^{1,2}, S. DIKHAYE^{1,2}

1- Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

2- Laboratoire d'épidémiologie, de recherche scientifique et de santé publique.

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Maroc.

INTRODUCTION :

La pathologie dermatologique au sein de la population pédiatrique est fréquente, certaines affections sont transitoires et bénignes et peuvent se prendre en charge en ambulatoire, alors que d'autres sont chroniques et récurrentes et nécessitent une prise en charge hospitalière.

Le but de ce travail est d'établir le profil épidémiologique et diagnostique des dermatoses pédiatriques en milieu hospitalier dans notre service.

MATERIELS ET METHODES :

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 63 dossiers de patients dont l'âge est inférieur ou égal à 15 ans au service de dermatologie vénérologie du CHU Mohamed VI de Oujda sur une période de 6 ans allant du Novembre 2016 jusqu'au Aout 2022.

RESULTATS :

Nous avons étudié 1170 dossiers au total, nos critères d'inclusion nous ont permis de colliger 82 hospitalisations pédiatriques, avec des hospitalisations fréquentes pour le même patient, soit une incidence de 7 %.

Le nombre d'enfants hospitalisés durant la période d'étude était de 67, l'âge moyen de 7 ans et 6 mois avec un sexe ratio F/H de 1,91 et des extrêmes d'âge allant de 2 mois à 15 ans, neuf des enfants étaient issus d'un mariage consanguin soit une fréquence de 13,43%.

Parmi les 67 enfants hospitalisés, 21 cas de malformations vasculaires soit une fréquence de 31,32 % dont 17 hémangiomes soit 80 % des anomalies vasculaires chez 4 garçons et 13 filles, deux cas du Syndrome de Klippel Trenauney, un angiome en touffe et un lymphangiome superficiel un cas chacun.

Les génodermatoses et dermatoses inflammatoires représentaient 25 % des cas, dont 35 % atteints de psoriasis, 25 % des enfants souffrent d'Xeroderma Pigmentosum, 15 % d'ichtyose et 25 % des cas regroupant la neurofibromatose type 1, l'incontinence pigmentaire, le pityriasis rubra pilaris et la dermatose cendrée, suivi des dermatoses auto immunes chez 15 % des enfants, faites essentiellement de pelade et vitiligo, avec une fréquence de 75 % et 25 % respectivement.

La pathologie infectieuse arrive en troisième rang, avec une fréquence de 12 %, prédominés par les dermo-hypodermite non nécrosantes chez 37,5 % des cas, l'érythème polymorphe post-herpétique et le Syndrome de Kaposi-Julesburg chez 25 % des cas, la tuberculose cutanée ainsi que la leishmaniose représentaient 12,5 % des cas.

Les toxidermies médicamenteuses, l'urticaire, les maladies de systèmes, la pathologie tumorale ainsi que les dermatoses bulleuses congénitales venaient en dernier lieu avec une fréquence de 3 %.

DISCUSSION :

Dans notre série, les hospitalisations pédiatriques représentent 7 % de l'ensemble des hospitalisations, avec une prédominance féminine ce qui rejoint les résultats de la série du CHU de Marrakech, une étude française rapporte un taux d'hospitalisation de 8,2 %, au service de dermatologie à l'hôpital Ambroise Paré, mais ce taux reste inférieur à celui retrouvé en consultations aux urgences pédiatriques et ceci est due à la prise en charge des dermatoses infantiles transitoires bénignes qui se fait le plus souvent en ambulatoires rejoignant ainsi la série espagnole.

Dans notre série, on note une prédominance féminine (65%) et des résultats similaires ont été retrouvés dans une série togolaise avec un taux de 53,7 %.

Dans notre étude 78 % étaient en âge scolaire et d'adolescence, les patients d'âge préscolaire et les nourrissons venaient en deuxième rang et représentaient 22 % des patients ce qui concorde avec les résultats de la série Turque où 81,5% des enfants avaient un âge de 6 à 16 ans avec une prédominance des adolescents (47,6% des enfants).

Les différents diagnostics rencontrés dans notre étude étaient classés par groupes étiologiques. La pathologie inflammatoire et les génodermatoses constituaient les premiers motifs d'hospitalisation avec 35 % des cas, ce qui pourrait s'expliquer par la fréquence des mariages consanguins au sein de notre société, nos résultats sont proches de ceux de la série de Marrakech, qui ont rapporté 62 % des cas de génodermatoses et 15 % des cas de pathologies inflammatoires, suivis des dermatoses infectieuses dominées par les dermatohypodermes non nécrosantes, ensuite les pathologies auto immunes et les toxidermies médicamenteuses ainsi que les maladies de systèmes qui étaient moins fréquentes dans notre formation ce qui rejoint les résultats des séries marocaines.

Notre étude a mis en évidence l'importance de l'activité hospitalière en matière des dermatoses pédiatriques et a permis de déceler le profil épidémiologique et diagnostique des enfants hospitalisés, à noter que plusieurs séries des motifs de consultation pédiatrique en dermatologie sont publiées, par contre les motifs d'hospitalisation en dermatologie pédiatrique restent un peu rares.

CONCLUSION :

La pathologie dermatologique est fréquente dans la population pédiatrique.

La fragilité de cette tranche d'âge constitue un important défi pour le dermatologue vu le risque des complications, l'impact sur la qualité de vie et le préjugé esthétique, d'où l'intérêt d'établir des stratégies de dépistage précoce en collaboration avec les pédiatres afin d'assurer des soins adéquats.

Lymphangiome cutané superficiel : à propos d'un cas

M.Benkaraache 1. S .Aouali 1. K.Khadija 1. N. Tahri 1 . S.Dikhaye 1,2 . N. Zizi 1,2.

3-Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

4- Laboratoire d'épidémiologie, de recherche scientifique et de santé publique.

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Maroc.

Introduction :

Les malformations lymphatiques kystiques cutanées sont des dilatations plus ou moins importantes développées à partir du système lymphatique. Elles sont macrokystiques, microkystiques ou mixtes

Observation:

Nous rapportons le cas d'une patiente de 16 ans présentant des vésicules translucides douloureuses et saignant au contact disposées en bande au niveau axillaire, associées à une héli hypertrophie évoluant depuis la première enfance diagnostiquées comme lymphangiome superficiel.

La patiente a bénéficié d'une biopsie cutanée objectivant une malformation lymphatique micro et macro kystique , et une IRM a été faite pour apprécier la profondeur des lésions te pour éliminer des agénésie du muscles pectoraux devant la forte suspicion du syndrome de Poland qui était sans anomalies.

Nous avons mis la patiente sous Sirolimus par voie orale.

Discussion :

Les lymphangiomes cutanées présentent plusieurs aspects cliniques de gravité variable, et peuvent s'inscrire dans le cadre de syndromes malformatifs , elles surviennent précocement, beaucoup plus rarement, elles se révèlent à l'âge adulte.

Le diagnostic est évoqué, cliniquement, devant une tuméfaction rénitente ou une plaque infiltrée surmontée de vésicules, voire simplement quelques vésicules sur une peau d'apparence normale. Les principales complications sont des poussées inflammatoires, des saignements intra kystiques et des manifestations compressives.

L'histologie met en évidence des dilatations lymphatiques dermiques ou épidermiques.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'examen le plus précis pour évaluer l'étendue des lésions, c'est l'examen à réaliser avant tout geste thérapeutique.

L'évolution peut être émaillée de poussées inflammatoires, une disparition spontanée est possible mais rare.

Le but du traitement peut être esthétique mais surtout, fonctionnel, ou préventif afin d'éviter de traiter en urgence au cours d'une poussée évolutive, il dépend de la localisation et la forme clinique, il repose sur la sclérothérapie, l'électrocoagulation, le laser CO2, l'excision chirurgicale ,les inhibiteurs du mTOR ou l'abstention

Conclusion :

Les lymphangiomes sont des anomalies vasculaires bénignes qui peuvent entraîner une déformation, une gêne fonctionnelle .Leur diagnostic et prise en charge est un sujet transversal entre la dermatologie, la chirurgie et la radiologie .

Rosacée de l'enfant: ce que l'œil peut cacher

C.FIKRI, M.ABOUDOURIB, S.AMAL, O.HOCAR

Service de dermatologie, Laboratoire Biosciences et santé, CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc, Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad

Introduction :

La rosacée pédiatrique est une maladie chronique rare qui affecte la peau et les yeux, cette association doit toujours être recherchée pour prévenir les complications. Nous rapportons une série de 11 cas de rosacée pédiatrique diagnostiqués dans notre service, entre 2019 et 2023.

Observation :

Nous avons examiné rétrospectivement les dossiers médicaux de 11 patients atteints de rosacée, âgés de moins de 15 ans au moment du diagnostic à l'hôpital Mohamed VI entre décembre 2019 et mai 2023. L'âge moyen du diagnostic était de 7,25 ans, avec prédominance féminine (75 %). Aucun patient n'avait d'antécédents familiaux de rosacée. L'examen clinique a montré une atteinte cutanée avec des papules-pustules associées à des télangiectasies chez 7 patients (87,5 %), une atteinte oculaire avec de multiples chalazions ou blépharites chez 4 patients (50 %). 3 patients (37,5 %) avaient une atteinte cutanée et oculaire concomitante. Un patient (12,5 %) présentait une forme oculaire isolée. Tous les patients ont reçu un traitement local, quelle que soit la gravité de la maladie. Sept patients (87,5%) ont été traités avec des macrolides et un seul patient (12,5%) avec des cyclines. Le choix du traitement était principalement basé sur le critère d'âge, avec les cyclines chez les enfants de plus de 8 ans. Pour les enfants plus jeunes, l'érythromycine ou le métronidazole ont été proposés. Cependant, certains patients ont été traités par macrolide devant un état dentaire incomplet, ou si le traitement a été initié par des ophtalmologistes.

Discussion :

La rosacée est une affection inflammatoire chronique qui touche la peau et les yeux. Dans la rosacée pédiatrique, les symptômes oculaires sont souvent prédominants et peuvent précéder les symptômes cutanés chez près de 50 % des enfants, ce qui rend le diagnostic plus difficile. Les signes oculaires comprennent une gêne oculaire, une photophobie, un œil rouge chronique, une meibomite, une blépharoconjonctivite, une épisclérite, un chalazion récurrent, kératite, un ulcère cornéen, télangiectasie du bord de la paupière et une hyperémie conjonctivale avec ou sans vascularisation cornéenne. Le traitement topique comprend le métronidazole 0,75 % en gel ou en crème appliqué deux fois par jour pendant un mois, puis une fois par jour jusqu'à ce que l'éruption disparaisse complètement. L'acide azélaïque en gel à 15 %, perméthrine en crème à 5 %, ivermectine en crème à 1 %, tacrolimus en pommade à 0,03 % ou 0,1 %, ou pimécrolimus en crème à 1 %. Les agents oraux sont indiqués dans les cas modérés à graves, en association avec un traitement topique, y compris les cyclines chez les enfants de plus de 8 ans. Pour les enfants plus jeunes, l'érythromycine ou le métronidazole sont suggérés.

Conclusion :

La rosacée chez l'enfant est une pathologie rare. Le rôle du dermatologue est crucial dans la recherche de l'atteinte oculaire, pour éviter le retard diagnostic et les complications consécutives. Les différents protocoles thérapeutiques donnent d'excellents résultats à court et à long terme, encore meilleurs si le diagnostic est précoce.

Maladies de systemes et endocrinopathies

Association d'un lichen, du lupus et de la thyroïdite d'Hashimoto

K.Barbri F.Hali S.Chiheb

Introduction

Le lichen plan pigmentaire (LPP) est une variante peu fréquente du lichen plan. L'association du lichen, du lupus et de la maladie de Hashimoto a rarement été rapportée.

Nous rapportons le cas d'une patiente qui présentait simultanément un lichen plan pigmentaire et une thyroïdite de Hashimoto.

Observation

R.A, femme, âge : 60 ans, présentant une thyroïdite d'Hashimoto depuis 2016. Lupus érythémateux systémique depuis 2019 avec atteinte cutanée, articulaire et rénale de type V néphropathie lupique. A l'examen : elle présentait une hyperpigmentation réticulée sur les zones malaires, frontales et péribuccales sur un fond d'érythème, d'hyperpigmentation et de stries de wickham sur les lèvres .

Examen dermoscopique : fond brun, structure vasculaire, dépôt pigmentaire périvasculaire.

La biopsie cutanée est en faveur d'un lichen plan pigmentaire de type réticulaire.

Discussion

L'association du lichen plan pigmentaire à d'autres processus auto-immuns laisse entrevoir la possibilité que les patients atteints de LPP développent en fait un statut auto-immun qui les prédispose à l'auto-agression contre différentes cibles.

Une étude sur l'association entre le lichen plan buccal et la thyroïdite de hashimoto chez 245 patients a montré que 46 % des femmes atteintes de lichen plan buccal avaient une thyroïdite d' hashimoto.

Cependant, aucune étude n'a été réalisée sur l'association entre le lichen plan pigmentaire et la thyroïdite d'hashimoto.

Le lupus érythémateux cutané et le lichen plan pigmentaire sont considérés comme des dermatoses photo-aggravées mais il n'y a pas d'étude sur l'association des deux ou sur le lien de causalité.

Cependant la particularité de notre patient est l'association de trois pathologies auto-immunes ce qui pose la question de savoir si une maladie auto-immune appelle l'autre.

Dermatomyosite et cancer broncho-pulmonaire : présentation d'un cas

F. CHEMSY, F. EI FATOIKI, S. CHIHEB

Service de dermatologie et de vénéréologie, Centre hospitalier Ibn Roched, Casablanca, Maroc

Introduction :

Les syndromes paranéoplasiques cutanés sont beaucoup plus rares et regroupent l'acanthosis nigricans, l'acrokératose de Bazex, l'érythema gyratum repens, la dermatomyosite et l'érythrodermie. Nous rapportons une observation de dermatomyosite associée à un cancer broncho-pulmonaire primitif.

Observation :

Un homme âgé de 67ans, tabagique chronique, consultant pour des lésions cutanées prurigineuses, associées à une fatigabilité musculaire, et à une dysphagie, évoluant depuis un mois, dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen clinique avait montré un érythème héliotrope, un signe de châte positif, des érosions cutanées, des lésions poikilodermiques, un érythème violacé des membres et des fesses, un érythème péri-unguéal, et un épaississement de la cuticule. Le reste de l'examen clinique avait révélé un signe de peigne et de tabouret positifs, avec abolition des vibrations vocales au niveau du champs pulmonaire gauche. Les explorations avaient montré, une élévation du taux sérique des enzymes musculaires, une VS accélérée, un tracé myogène à l'ENMG, et un bilan immunologique normal. Un scanner thoracique avait mis en évidence une masse médiastin-pulmonaire gauche d'allure tumorale. Au terme de ce bilan, la dermatomyosite paranéoplasique était retenue, et le patient était mis sous une corticothérapie avec une amélioration partielle.

Après la confirmation histologique de la tumeur, une chimiothérapie était indiquée. L'évolution était marquée par une amélioration spectaculaire des lésions cutanées et de l'atteinte musculaire sur le plan clinique et biologique.

Discussion et conclusion :

La dermatomyosite est une maladie systémique idiopathique rare, peut s'associer à des pathologies néoplasiques avec une fréquence d'environ 18 à 32%. Elle peut précéder, coïncider ou suivre le diagnostic du cancer. La physiopathologie de la DM paranéoplasique reste encore mal connue. La présence des lésions érosives, associées à une dysphagie et à un prurit, chez un sujet âgé de plus de 60, avec une VS accélérée, sont des critères en faveur du caractère paranéoplasique de la DM. Pour notre patient, tous ces critères étaient présents, et chez qui un cancer broncho-pulmonaire était diagnostiqué. Le traitement de cette pathologie passe impérativement par la prise en charge de la néoplasie, tel était le cas de notre malade ou on avait observé une rémission complète de sa symptomatologie après avoir instaurer la chimiothérapie.

Profil sérologique et phénotype clinique des dermatomyosites : série de 50 cas

F. BENHAYOUN, F. HALI, J. ELBAKOURI, S. CHIHEB
Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La dermatomyosite (DM) est une connectivite auto-immune à expression systémique, dotée d'un grand polymorphisme clinique et évolutif. Bien que son étiologie reste inconnue, l'incrimination de trouble immunologique (auto-anticorps) a été établie dans la pathogénie de la DM. L'objectif de notre travail est d'étudier la corrélation entre le phénotype clinique et le profil sérologique chez nos patients atteints de DM.

Patients et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive et analytique portant sur les cas de DM recrutés de janvier 2017 à mai 2023. Les données ont été saisies sur le logiciel Excel, et analysées grâce au logiciel SPSS.

Résultats :

50 cas de DM ont été colligés. 70% étaient des femmes avec un sexe-ratio F/H de 2,3. La moyenne d'âge était de 46,5. Le délai de consultation moyen était de 5,39 mois. Les signes généraux étaient présents chez 88%. Les manifestations cutanées étaient révélatrices dans 98% des cas, suivies des signes musculaires (88%), tandis que les signes de gravité étaient présents chez 54% des cas. Les atteintes pulmonaire, cardiaque et articulaire étaient présentes dans 34%, 14% et 68% des cas respectivement. L'atteinte cutanée évocatrice de la DM était présente chez 68,5% des patients dominée par l'érythème héliotrope (96%), l'érythroedème (88%), l'érythème du décolleté et le signe de gottron (80% chacun). La DM était classique chez 62% des cas, paranéoplasique dans 16% des cas, associée à un syndrome de chevauchement dans 12% des cas, et médicamenteuse (post vaccin anti COVID 19) dans 2% des cas. Le profil immunologique était variable. Son analyse en fonction des différentes manifestations cliniques, nous a permis d'établir des associations significatives ($p < 0,05$). Les AAM étaient retrouvés chez 44% des cas avec une prédominance des AAN (44%) et de l'anti-SSA (8%). Ces derniers étaient associés à la dermatomyosite de chevauchement. L'Ac anti PM-Scl était associé à la dysphagie et aux troubles de déglutition. Pour ce qui est des ASM, ils étaient retrouvés chez 42% des cas avec une prédominance des anti-Mi2 (14%) et anti SAE (12%). L'Ac anti Mi2 était associé aux signes cutanés spécifiques de la DM, avec un risque plus faible de complication extra-cutanée et de forme paranéoplasique. Il est également associé à une bonne réponse thérapeutique. Les Ac anti SAE et anti TIF1 étaient retrouvés chez 25% chacun de DM paranéoplasiques sans association significative. L'Ac anti JO1 était associé à l'aspect en main de mécaniciens, le syndrome des anti synthétases et la lymphopénie.

Discussion

Devant le polymorphisme clinico-biologique de la DM, que nous avons également retrouvé dans notre série, l'étude du profil immunologique peut constituer un outil pour identifier le phénotype clinique et le profil évolutif des patients atteints de DM. Notre étude a mis en évidence une fréquence élevée des AAM, essentiellement les AAN et l'anti-SSA, et une prédominance des anti-Mi2 et anti SAE pour ce qui est des ASM. Par ailleurs, les corrélations clinico-immunologiques objectivées dans notre série concordent généralement avec les différentes séries de la littérature.

Conclusion

L'étude des anticorps de la DM a un rôle diagnostique et pronostique important, permettant de définir des sous-groupes homogènes de patients, aboutissant ainsi à une meilleure prise en charge.

Descriptive study of paraneoplastic dermatomyositis :

L.Elyamani 1 ; N.Zerrouki 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda,

Maroc

Introduction :

Dermatomyositis (DM) is an idiopathic inflammatory myopathy characterized by an inflammatory infiltrate primarily affecting the skeletal muscle and skin. It can also affect other organs such as lungs and joints [1]. DM is a rare disease, it's more common among females [1] and in low geographical latitude countries [2]. The association between malignancy and dermatomyositis has been widely described and confirmed by numerous epidemiological studies.

The aim of this study is to describe the prevalence and types of cancer among patients with dermatomyositis and the clinical features of paraneoplastic dermatomyositis.

Patients and methods :

We retrospectively reviewed the case records of all patients diagnosed with dermatomyositis from June , 2014 to June, 2022 in the Dermatology and Venereology Department of Mohammed VI University Hospital in Oujda city. All patients with a diagnosis of DM (with or without associated malignancy) fulfilling Bohan and Peter's criteria and/or the European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology (EULAR/ACR) were included. Information obtained included patient demographics and clinical data.

Results :

Twenty seven patients were included, with a mean age of $49,5 \pm 21$ years (range: 12–82 years). Twenty patients were female (74,1%) and seven patients were male (25,9 %).

The diagnosis of cancer was retained in 8 patients (29.6%) of our series. The mean age of patients with paraneoplastic dermatomyositis was 57.7 years (+/- 16.6) (range: 36-80 years). We noted a female predominance with a sex ratio F/H of 1.6. All our patients presented general symptoms , dominated by asthenia which was present in all patients, followed by significant weight loss in 6 patients (75%) and prolonged fever in 4 patients (50%).

Skin involvement was present in all patients, dominated by heliotropic erythema of the eyelids in all patients, followed by Gottron's papules and Gottron's sign in (87.5%) of

patients, were V sign in 100 % and Shawl sign in 87,5%. Pruritus was present in 87.5% (7 cases), skin ulcerations were present in 62.5% (5 cases), necrotic lesions in 25% (2 cases) and vesiculo-bullous lesions in 37.5% (3 cases). The other skin manifestations noted were the mechanic hand in 50% , poikiloderma in 37,5% erythroderma in 12,5% and livedo in 12,5%.

Muscle involvement was noted in all our patients, it was a bilateral, proximal and symmetrical muscle deficit. Involvement of the axial muscles of the neck and distal muscles was noted in 2 patients (25%). Myalgias were present in 4 patients (50%), contractures in 3 patients (37.5%) and amyotrophy in 2 patients (25%). Dysphagia was reported in 5 patients (62.5%) . Joint involvement was present in 3 patients (37.5%). Pulmonary involvement was noted in 2 patients (25%) with dyspnea without other associated signs, notably the absence of cough or crackling rales on auscultation.

The most frequent cancer in our study was nasopharyngeal cancer in 3 patients (37.5%), followed by breast cancer in 2 patients (25%), larynx, endometrium and stomach cancer in 1 case each . Nasopharyngeal cancer was the most frequent cancer among men, while breast cancer was the most frequent type of cancer among women. The diagnosis of cancer preceded dermatomyositis in 3 cases (37.5%), was concurrent with dermatomyositis in 3 cases (37.5%), and followed the diagnosis of DM in 2 cases (25%). The median time from cancer diagnosis to dermatomyositis was 3 months [15days , 47 months].

Discussion :

The association between malignancy and dermatomyositis has been widely described and confirmed by numerous epidemiological studies. Approximately 13-42% of patients with DM may develop cancer [3] , which is consistent with the results of our study where the diagnosis of paraneoplastic DM was made in 29 .6% of cases.

A wide variety of malignancies have been reported in patients with DM. In our serie the most common cancer associated with DM was nasopharyngeal cancer present in (37.5%), followed by breast cancer (25%). Nasopharyngeal cancer was the most common cancer in men, while breast cancer was the most common in women. Our results are closest to the Asian series in singapoure [4] , Taiwan [5] , and China [11] where nasopharyngeal cancer was the most frequent. This could be explained by common environmental factors.

Cancer can be diagnosed before, simultaneously with, or after the diagnosis of inflammatory myopathy. The peak incidence of cancer diagnosis in patients with DM occurs concurrently and within the first year after the diagnosis of DM, and gradually decreases over the next 5 years of follow-up, although there may still be some an increased risk of cancer beyond 5 years [6],[7]-[10] .

This is consistent with the results of our study where the peak incidence of cancer diagnosis was noted simultaneously and within the first year after the diagnosis of DM in

50% of cases (4 cases). On the other hand, cancer was diagnosed in 1 case (12.5%) during the second year of follow-up and preceded the diagnosis of DM in 3 cases (37.5%).

Conclusion :

The association of dermatomyositis with cancer is frequent and represents the main cause of mortality. We recommend a systematic nasofibroscopy in all patients with dermatomyositis in view of the frequency of nasopharyngeal cancer in our context, especially in male patients of advanced age.

References :

- 1- The clinical features, diagnosis and classification of dermatomyositis Luca Iaccarino, Anna Ghirardello, Silvano Bettio, Margherita Zen, Mariele Gatto, Leonardo Punzi, Andrea Doria* Rheumatology Unit, Department of Medicine-DIMED, University of Padova, Via Giustiniani, 2, 35128 Padova, Italy
- 2- S. Okada, E. Weatherhead, I. N. Targoff, R. Wesley, and F. W. Miller, "Global surface ultraviolet radiation intensity may modulate the clinical and immunologic expression of autoimmune muscle disease," *Arthritis Rheum*, vol. 48, no. 8, pp. 2285–2293, Aug. 2003, doi: 10.1002/art.11090.
- 3- J. Wang, G. Guo, G. Chen, B. Wu, L. Lu, and L. Bao, "Meta-analysis of the association of dermatomyositis and polymyositis with cancer," *British Journal of Dermatology*, vol. 169, no. 4, pp. 838–847, Oct. 2013, doi: 10.1111/bjd.12564.
- 4- Y.-H. Leow, C. L. Goh, Yung-Hian, and -S " Leow, "Malignancy in adult dermatomyositis," 1997.
- 5- C. F. Kuo *et al.*, "Incidence, cancer risk and mortality of dermatomyositis and polymyositis in Taiwan: A nationwide population study," *British Journal of Dermatology*, vol. 165, no. 6, pp. 1273–1279, Dec. 2011, doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10595.x.
- 6- Oldroyd A, Sergeant JC, and et al. New P, "The temporal relationship between cancer and adult onset anti-transcriptional intermediary factor 1 antibody-positive dermatomyositis.," *Rheumatology (Oxford)* 2019; 58:650..
- 7- N Engl J Med 1992; 326:363., " Risk of cancer in patients with dermatomyositis or polymyositis. A population-based study.," *Sigurgeirsson B, Lindelöf B, Edhag O, Allander E.*
- 8- Chen YJ, Wu CY, and Huang YL, " Cancer risks of dermatomyositis and polymyositis: a nationwide cohort study in Taiwan. ," *Arthritis Res Ther* 2010; 12:R70..
- 9- Targoff IN, Mamyrova G, and Trieu EP, " A novel autoantibody to a 155-kd protein is associated with dermatomyositis. ," *Arthritis Rheum* 2006; 54:3682..
- 10- Chen YJ, Wu CY, and Shen JL., " Predicting factors of malignancy in dermatomyositis and polymyositis: a case-control study. ," *Br J Dermatol* 2001; 144:825..
- 11- Zhang W, Jiang SP, and Huang L., " Dermatomyositis and malignancy: a retrospective study of 115 cases.," *Eur Rev Med Pharmacol* , Mar. 2009.

Risk factors associated with paraneoplastic dermatomyositis :

L.Elyamani 1 ; N.Zerrouki 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda,
Maroc

Introduction : Dermatomyositis (DM) is an idiopathic inflammatory myopathy characterized by an inflammatory infiltrate primarily affecting the skeletal muscle and skin. It can also affect other organs such as lungs and joints [1]. DM is a rare disease, it's more common among females [1] and in low geographical latitude countries [2]. The association between malignancy and dermatomyositis has been widely described and confirmed by numerous epidemiological studies.

The aim of this study is to determine the risk factors associated with paraneoplastic dermatomyositis.

Patients and methods : We retrospectively reviewed the case records of all patients diagnosed with dermatomyositis from June , 2014 to June, 2022 in the Dermatology and Venereology and internal medicine Departements of Mohammed VI University Hospital in Oujda city. All patients with a diagnosis of DM fulfilling Bohan and Peter's criteria and/or the European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology (EULAR/ACR) were included. Information obtained included patient demographics and clinical and paraclinical data. We defined two groups ; a group of paraneoplastic dermatomyositis and a group of non paraneoplastic dermatomyositis. We compared age , sex, skin necrosis, dysphagia , **erythrocyte sedimentation rat(ESR)**, reactive protein C (CRP) value and anti-TIF-1 gamma antibodies between the 2 groups. The analytical study was performed using the Chi-2 test or Fisher's exact test to compare qualitative variables and the Student's T test or Mann-Whitney test to compare quantitative variables. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results : Twenty seven patients were included, with a mean age of $49,5 \pm 21$ years (range: 12–82 years). Twenty patients were female (74,1%) and seven patients were male (25,9 %). The diagnosis of cancer was retained in 8 patients (29.6%) of our series. The mean age of patients with paraneoplastic dermatomyositis was 57.7 years (+/- 16.6) (range: 36-80 years). We noted a female predominance with a sex ratio F/H of 1.6. The most frequent cancer in our serie was nasopharangeal cancer in 3 patients (37.5%), followed by breast cancer in 2 patients (25%), larynx, endometrium and stomach cancer in 1 case each . Nasopharangeal cancer was the most frequent cancer in men, while breast cancer was the most frequent type of cancer in women.

The difference was statistically insignificant ($p > 0.05$) between the 2 groups for mean age, sex, skin necrosis, dysphagia, and anti-TIF-1 gamma antibody positivity. In addition, we noted a statistically significant difference ($p < 0.05$) for sedimentation rate and C-reactive protein level. It should be noted that the elevation of ESR and CRP was not explained by any intercurrent infection. The results of the statistical analysis are detailed in **the table 1.**

Discussion : The association between malignancy and dermatomyositis has been widely described and confirmed by numerous epidemiological studies. Approximately 13-42% of patients with DM may develop cancer [3].

We noted a statistically significant difference ($p < 0.05$) for ESR and CRP levels between the 2 groups. Our results are supported by a meta-analysis where accelerated sedimentation rate and C-reactive protein positivity represented risk factors for association with cancer in DM [4].

However, our results are discordant with the majority of studies in the literature where age, gender, skin necrosis, dysphagia antibodies and anti-TIF-1 γ antibodies are considered risk factors for cancer association in DM. Notably, an Asian study from Taiwan where older age at disease onset (>45 years) represented a predictive factor for malignancy ($P < 0.05$) in DM/PM patients [5] and in a meta-analysis [6] evaluating twenty studies involving 380 patients and 1575 controls. Risk factors for association with cancer in patients with DM or PM were advanced age, male gender, skin necrosis (and dysphagi.

In another study [7] enrolling 213 patients with DM. The association with cancer was associated with advanced age, male sex, anti-NXP-2 antibodies, and anti-TIF-1 γ antibodies on multivariate analysis.

Conclusion : The association of dermatomyositis with cancer is frequent and represents the main cause of mortality. A paraneoplastic screening is systematically performed, especially in the presence of clinical and paraclinical risk factors.

References :

- 1- The clinical features, diagnosis and classification of dermatomyositis Luca Iaccarino, Anna Ghirardello, Silvano Bettio, Margherita Zen, Mariele Gatto, Leonardo Punzi, Andrea Doria* Rheumatology Unit, Department of Medicine-DIMED, University of Padova, Via Giustiniani, 2, 35128 Padova, Italy
- 2- S. Okada, E. Weatherhead, I. N. Targoff, R. Wesley, and F. W. Miller, "Global surface ultraviolet radiation intensity may modulate the clinical and immunologic expression of autoimmune muscle disease," *Arthritis Rheum*, vol. 48, no. 8, pp. 2285–2293, Aug. 2003, doi: 10.1002/art.11090.
- 3- J. Wang, G. Guo, G. Chen, B. Wu, L. Lu, and L. Bao, "Meta-analysis of the association of dermatomyositis and polymyositis with cancer," *British Journal of Dermatology*, vol. 169, no. 4, pp. 838–847, Oct. 2013, doi: 10.1111/bjd.12564.
- 4- Lu X, Yang H, Shu X, Chen F, Zhang Y, Zhang S, Peng Q, Tian X, Wang G. Factors predicting malignancy in patients with polymyositis and dermatomyositis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014 Apr 8;9(4):e94128. doi: 10.1371/journal.pone.0094128. PMID: 24713868; PMCID: PMC3979740.
- 5- Chen YJ, Wu CY, and Shen JL., "Predicting factors of malignancy in dermatomyositis and polymyositis: a case-control study.," *Br J Dermatol* 2001; 144:825.
- 6- Wang J, Guo G, and Chen G, "Meta-analysis of the association of dermatomyositis and polymyositis with cancer.," *Br J Dermatol* 2013; 169:838..
- 7- D. F. Fiorentino *et al.*, "Most patients with cancer-associated dermatomyositis have antibodies to nuclear matrix protein NXP-2 or transcription intermediary factor 1 γ ," *Arthritis Rheum*, vol. 65, no. 11, pp. 2954–2962, Nov. 2013, doi: 10.1002/art.38093.

Association dermatomyosite-érythrodermie, une entité très rare : à propos d'un cas

Y. Zarouali¹, CH. Naji¹, I. Biygoine¹, M. Aboudourib¹, O. Hocar¹, S. Amal¹

1 Service de dermatologie et vénéréologie

Faculté de médecine et de pharmacie – Marrakech-Maroc

INTRODUCTION :

L'association dermatomyosite et érythrodermie est une entité rare et généralement associée à une néoplasie. Une érythrodermie est définie par la survenue d'un érythème généralisé, avec ou sans intervalle de peau saine, affectant au moins 90 % de la surface corporelle. Il s'agit d'une urgence dermatologique, peu fréquente mais pouvant menacer dans certaines situations le pronostic vital, L'examen histologique permet de poser un diagnostic étiologique dans 53 à 66 % des cas, le nombre de cas d'association entre dermatomyosite et érythrodermie décrit dans la littérature est très rare et généralement associé à une pathologie tumorale du tractus gastro-intestinal (estomac et foie).

OBSERVATION :

Mme R.B âgée de 54 ans suivie depuis 06 mois pour une dermatomyosite retenue devant un érythème œdémateux rose violacé des paupières, des macules érythémateuses et violacées étendues et symétriques intéressant le décolleté (en V), des papules de Gottron et une faiblesse musculaire prédominant sur les muscles proximaux de la ceinture scapulaire et pelvienne, avec un CPK initial à 1077UI/l, la patiente était mise initialement sous corticothérapie (prednisolone 60 mg/jour) avec une dégression progressive. 06 mois après le début de la symptomatologie, la patiente a présenté une érythrodermie sèche associée à une bouffissure de visage et un œdème des paupières. le bilan fait à objectivé : Hémoglobine à 13,4 g/dl, Leucocytes à 7260/mm³, neutrophiles à 4940/mm³, éosinophiles à 755/mm³, lymphocytes à 1370/mm³, CPK à 86 UI/L, ALAT à 9U/L, ASAT à 22 U/L, urée à 0.24 g/l, créatinine à 5,8 g/l, protéinurie à 0,18 g /24h, lipasémie à 22 u/l, CEA à 26.56, CA15.3 à 37.2, BHCG est négatif, frottis sanguin : absence de cellules de Cezary ou cellules jeunes ou atypiques, une biopsie cutané a évoqué une dermatomyosite avec une IFD négatif, l'électromyographie a objectivé une atteinte musculaire diffuse et modérée au niveau des membres inférieurs rentrant dans le cadre de la dermatomyosite, la mammographie et l'échographie mammaire n'ont pas objectivé une lésion suspecte, l'échographie abdomino-pelvienne est sans anomalie notable, le frottis cervico vaginale est sans signe de malignité, l'électrophorèse des protéines a montré un syndrome inflammatoire avec déformation de la fonction beta2globulines.

La patiente a été mis sous Hydroxychloroquine (Palquenil 200 mg *2 /jour), prednisolone : 30 mg /jour et une photoprotection avec une régression progressive de son érythrodermie.

DISSCUSSION :

L'érythrodermie se définit par un érythème inflammatoire de plus de 90 % de la peau associé ou non avec une desquamation et d'évolution prolongée. C'est une situation grave qui nécessite le plus souvent l'hospitalisation. L'aspect clinique de l'érythrodermie ne préjuge pas de sa cause. Quatre diagnostics étiologiques prédominent : le psoriasis, l'eczéma, les lymphomes épidermiques, les toxidermies. Environ un quart des érythrodermies reste inexpliqué, certaines se révèlent être un lymphome cutané. Des

complications infectieuses, cardiovasculaires, sont à rechercher au début. Lors des formes prolongées, la dénutrition peut être problématique. Les traitements symptomatiques et étiologiques doivent être débutés au plus tôt. La mortalité est majorée, pas seulement avec les formes secondaires aux lymphomes, mais également avec les étiologies non tumorales. L'examen histologique reste non spécifique, nécessitant parfois de multiples biopsies et une meilleure confrontation avec les données cliniques et évolutives. 7% Des érythrodermies idiopathiques nécessitant une confrontation épidémiologique, clinique, histologique et évolutive. Le pronostic de l'érythrodermie s'est amélioré avec l'avènement de nouvelles thérapies dermatologiques et les progrès dans la gestion des manifestations systémiques.

Dans notre cas, la survenue d'une érythrodermie sur une dermatomyosite est l'un des rares situations décrites dans la littérature, Malgré une recherche intentionnelle, aucune preuve de néoplasie n'a été trouvée.

CONCLUSION :

Bien que les rapports concernant l'association entre dermatomyosite et érythrodermie soient rares, la découverte d'un cancer dans la moitié d'entre eux justifie une recherche intentionnelle d'une néoplasie.

Dermatoses révélant des maladies internes : étude descriptive sur une période de 10 ans

S.LAZOUZI, F.HALI, S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

La peau est le site d'atteinte prédilectif dans diverses maladies. Par ailleurs, certaines lésions seraient de surcroît un indicateur de pathologies internes sous-jacentes et ainsi un moyen de diagnostic et de prise en charge précoce, d'où l'intérêt de ce travail.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive menée au sein de notre structure sur une période de 10 ans (janvier 2013 - mai 2023). Ont été inclus les patients porteurs d'une dermatose ayant permis le diagnostic d'une maladie interne. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients, et répertoriées dans un fichier d'exploitation standardisé.

Résultats :

L'étude a inclus 48 patients. L'âge médian était de 55 ans (5 mois à 82 ans). Le sexe ratio était de 1,5H/1F. Les signes dermatologiques étaient les premiers à apparaître dans 91,7% des cas, et constituaient le motif de consultation dans 95,8% des cas (lésions érythémateuses ou érythémato-squameuses (31,4%), perte de substance (18,8%), nodules (10,5%), squames ichtyosiformes, purpura, vésiculo-bulles, langue noire, machrochéilite, ongles jaunes, prurit). Les délais médians de diagnostic de la dermatose et de la maladie interne étaient respectivement de 3 et 3,25 mois. Ont été retrouvées des dermatoses paranéoplasiques dans 56,3% (13 dermatomyosites, 3 pemphigus, 2 syndromes des ongles jaunes, 2 ichtyoses, 1 syndrome de Sweet, 1 syndrome de Bazex, 1 ulcère de jambe, 1 amylose cutanée, 1 leucémie aleucémique, 1 nodule de Sœur Marie Josèphe) ; ou non paranéoplasiques dans 43,7% (1 épidermomycose, 1 pseudo-acrodermatite enthéropathique, 1 érythrodermie, 1 zona, 1 gale norvégienne, 1 molluscum contagiosum, 1 machrochéilite, 1 vascularite urticarienne, 1 mal perforant plantaire, 1 syndrome de la langue noire chevelue, 3 pathomimies, 4 pustuloses, 3 lésions nodulaires et 2 ulcéreuses) ; révélant 6 infections rétrovirales, 3 syndromes de Fahr, 1 hypocalcémie, 1 diabète, 1 maladie de Crohn, 1 sclérose tubéreuse de Bourneville, 1 maladie cœliaque, 1 maladie de crohn, 1 dysthyroïdie, 1 pneumopathie, 1 néphropathie, 1 intoxication à la phytothérapie, et 3 dépressions.

Discussion :

L'originalité de notre travail réside dans la variété de signes cutanés révélant des maladies internes et la diversité de celles-ci.

Les atteintes dermatologiques sont variées et pour la plupart non spécifiques. Toutefois, il existe des dermatoses connues pour leur possible associations à des néoplasies (dermatomyosite, pemphigus, syndrome de Sweet...) ou à l'atteinte d'autres organes dont la découverte doit faire rechercher ces atteintes.

Par ailleurs, certaines dermatoses plus courantes mais de présentation atypique (zona multimétamérique, épidermomycose étendue, molluscum contagiosum profus...) doivent quant à eux faire rechercher un terrain sous-jacent (diabète, infection rétro-virale...).

Le traitement de la pathologie interne est indispensable, surtout en cas de néoplasie, étant le seul garant d'une résolution éventuelle des symptômes.

Conclusion :

La peau est le siège fréquent de pathologies multiples, pouvant révéler des atteintes profondes. La connaissance de ces dermatoses est primordiale en vue d'un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.

Pneumopathie focale au cours de la dermatomyosite : perspectives diagnostiques et implications thérapeutiques d'une entité rare

S.LAZOUZI, F.HALI, S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

La dermatomyosite est une maladie auto-immune rare affectant principalement la peau et les muscles, mais pouvant être associée à d'autres manifestations viscérales. L'atteinte pulmonaire, notamment, est de fréquence variable et potentiellement grave. Outre les formes classiques, la pneumopathie focale est une forme moins commune et de connaissance primordiale du fait de sa gravité potentielle et la nécessité d'un traitement adapté.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 44 ans, ayant comme antécédent une tuberculose pulmonaire traitée il y a 25 ans ; admise pour un érythème du visage et du dos des mains évoluant depuis 4 mois et associé à des arthralgies et une dyspnée stade II de NYHA sans autre signe associé. L'examen clinique retrouvait des signes cutanéomusculaires évocateurs de dermatomyosite. Le bilan retrouvait une élévation des enzymes musculaires, un bilan immunologique négatif, et un tracé myogène à l'électroneuromyogramme. Le scanner thoracique révélait un foyer de condensation alvéolaire antébasal gauche, les biopsies réalisées lors d'une bronchoscopie montraient des remaniements fibro-inflammatoires non spécifiques, et la recherche de *Mycobacterium tuberculosis*, *Aspergillus* et *Pneumocystis jirovecii* était négative. La patiente a été mise sous antibiothérapie prophylactique et corticothérapie 1mg/kg/j après élimination d'une origine infectieuse, avec amélioration.

Discussion :

L'originalité de notre travail réside dans la rareté de l'atteinte pulmonaire focale de la dermatomyosite.

La dermatomyosite est une pathologie multisystémique potentiellement grave. L'atteinte pulmonaire, retrouvée dans 30-50% des cas, doit être impérativement dépistée car elle est une cause majeure de mortalité et est typiquement due à une atteinte interstitielle, une hypoventilation par atteinte des muscles respiratoires, ou une pneumopathie d'inhalation secondaire aux troubles de déglutition. Toutefois, il existe des formes peu communes de pronostic pourtant similaire, telles que la pneumonie organisée qui est de manifestation variable allant de formes asymptomatiques à des tableaux de dyspnée, toux, voire de symptômes respiratoires aigus.

La tomodynamétrie haute résolution, examen radiologique de choix, montre des zones de condensation sous-pleurales et des opacités linéaires siègeant préférentiellement dans les lobes inférieurs et les régions postérieures. Les signes histologiques correspondent à des lésions inflammatoires non spécifiques.

Enfin, le traitement de 1ère intention repose sur les corticoïdes à la dose de 1mg/kg/j, associés en cas de non réponse à un immunosuppresseur.

Conclusion :

L'association dermatomyosite – pneumonie organisée est rare. Les données la concernant sont limitées mais elle est importante à connaître du fait de son impact pronostic et de l'adaptation thérapeutique qu'elle implique.

n emphysème sous-cutané spontané associé à un pneumomédiastin: une complication rare de la dermatomyosite à anticorps anti MDA-5 Z. GAFSI¹; N. Fetoui Ghariani¹; W. Benzarti²; R. Said El Mabrouk ¹; S. Aissa ²; M. BEN KAHLA;¹ M. LAHOUAL EP GAIED¹; S. Saad¹; M. Ben rejeb¹; A. Aounallah¹; A. Abdelghani²; N. Ghariani¹; S. Mokni¹; M. Denguezli¹ ¹Université de Sousse, Faculté de médecine de sousse, Service de Dermatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie; ²Université de Sousse, Faculté de médecine de sousse, Service de Pneumologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction La dermatomyosite (DM) est une connectivite caractérisée par l'atteinte de la peau et des muscles. Elle peut s'associer à une atteinte multi-systémique, parfois grave et fatale. Le pneumomédiastin en est un exemple rare, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Nous rapportons le cas d'une DM compliquée d'un pneumomédiastin et d'un emphysème sous-cutané. **Observations** Il s'agit d'une patiente âgée de 49 ans, suivie pour dermatomyosite de l'adulte depuis 3 ans. Le bilan initial des atteintes systémiques était sans anomalie, de que le bilan d'auto-immunité et le bilan paranéoplasique. La patiente a été traitée par une corticothérapie générale. L'évolution était marquée par la survenue une année plus tard d'une pneumopathie interstitielle diffuse, associée à une élévation des anticorps (Ac) antinucléaires à un titre de 1/200 avec positivité des Ac anti-SSA et des Ac anti-MDA5. La patiente a développé par la suite des lésions de calcinose sous-cutanées, secondairement fistulisées à la peau au niveau des 2 coudes et de l'épaule gauche. Le bilan paranéoplasique était toujours négatif. Lors de sa dernière visite de contrôle, la patiente s'est présentée dans un tableau de dyspnée modérée avec une tuméfaction du cou et de l'hémi thorax gauches, dont la palpation faisait entendre des crépitations. La patiente était, par ailleurs, amyotrophique avec une atteinte cutanée minime. Un scanner thoracique fait en urgence, objectivait, en plus de sa pneumopathie interstitielle diffuse, un pneumomédiastin de grande abondance et un emphysème sous cutané cervico- thoracique de grande abondance disséquant les espaces musculoaponévrotiques, sans pneumothorax et sans évidence de perforation œsophagienne. La conduite thérapeutique était de préconiser un repos strict, une oxygénothérapie et une surveillance clinique rapprochée des constantes respiratoires et hémodynamiques. **Discussion** La survenue d'un pneumomédiastin au cours de la DM est peu décrite, et serait expliquée par un barotraumatisme induisant la rupture d'une bronchiole terminale. Les hypothèses physiopathologiques suggèrent l'effet nocif de la corticothérapie générale sur l'interstitium pulmonaire, les infections virales, la dégénérescence kystique de la fibrose pulmonaire créant des blebs en endoparenchymateux et l'infarctus parenchymateux avec atteinte des alvéoles. Cette complication survient volontiers chez le sujet jeune et s'associe préférentiellement à la présence d'ulcérations cutanées, aux formes amyopathiques, à la pneumopathie interstitielle et à la positivité des anticorps anti-MDA5. Le diagnostic est suspecté devant des crépitations sous cutanées, et confirmé par la radiographie standard et le scanner thoracique. Le traitement est rarement chirurgical et repose, comme chez notre patiente, sur le repos strict et l'oxygénothérapie. Le recours aux immunoglobulines intraveineuses, au rituximab ou aux immunosuppresseurs a été décrit dans des observations ponctuelles. L'évolution de cette atteinte est souvent favorable. Toutefois, elle peut avoir une évolution fatale par défaillance respiratoire. **Conclusion** Nous décrivons une nouvelle observation de dermatomyosite à anticorps anti MDA5, compliquée de pneumomédiastin, et associée à une pneumopathie interstitielle diffuse et des calcinose souscutanées.

Syndrome de Fahr à révélation dermatologique : 6 cas

F. BENHAYOUN, F. HALI, L. ARAQI, S. CHIHEB

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

Les pustuloses amicrobiennes correspondent à un groupe de dermatoses qui peuvent être déclenchées par plusieurs facteurs dont l'hypocalcémie, et qui représentent une manifestation cutanée exceptionnelle du syndrome de Fahr. Nous rapportons 6 observations de pustulose amicrobienne révélant un syndrome de Fahr.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant les cas de syndrome de Fahr, hospitalisés au service de dermatologie, sur une période de 5 ans, entre Janvier 2018 et Janvier 2023.

Résultats

Au total 6 patients ont été colligés. Il s'agissait de 5 femmes et 1 homme. L'âge moyen des patients était de 36,66 ans. Un antécédent de thyroïdectomie a été retrouvé chez 2 cas. Les troubles neuropsychiatriques étaient retrouvés chez tous les patients : une épilepsie (4 cas), une schizophrénie (1 cas), des troubles de comportement (1 cas) et un trouble de conscience (1 cas). Tous les patients étaient admis dans un tableau de pustulose généralisée fébrile. La biopsie cutanée de nos patients avait mis en évidence une pustulose sous cornée non spécifique. Les prélèvements bactériologique et mycologique des pustules étaient stériles. Le bilan phosphocalcique était perturbé dans tous les cas objectivant une hypocalcémie, une hyperphosphorémie et une PTH basse. La TDM cérébrale objectivait des calcifications bilatérales au niveau des noyaux gris centraux confirmant un syndrome de Fahr.

Le traitement reposait sur la supplémentation en calcium et en vitamine D, et des soins locaux.

L'évolution était marquée par un blanchiment cutané concomitant avec la correction de la calcémie.

Discussion et conclusion

Le syndrome de Fahr ou calcinose striopallidotée bilatérale est une entité anatomoclinique rare caractérisée par la présence de calcifications intracérébrales bilatérales et symétriques, non artériosclérotiques, le plus souvent au niveau des noyaux gris centraux.

La triade de Fahr se définit par l'association de calcifications symétriques des noyaux gris centraux, de symptômes neuropsychiatriques et d'une hypoparathyroïdie retrouvée chez nos patients.

Le diagnostic reste difficile vu le polymorphisme clinique peu spécifique.

L'expression dermatologique de ce syndrome reste exceptionnelle. Elle est liée à l'hypoparathyroïdie et l'hypocalcémie puisque les cadhérines essentielles à l'adhésion kératinocytaire sont des molécules calcium-dépendantes.

Le traitement repose sur la correction des troubles phosphocalciques permettant une amélioration clinique spectaculaire, d'où l'intérêt de rechercher le syndrome de Fahr systématiquement devant toute pustulose amicrobienne associée à des manifestations neuropsychiatriques.

Syndrome de Parry-Romberg chez l'enfant : Présentations cliniques et implications thérapeutiques

A. Abbour - FZ. Elfatoiki - H. Skalli - F. Hali - S. Chiheb.

Introduction :

L'atrophie hémifaciale progressive, également connue sous le nom de syndrome de Parry-Romberg, est une maladie dégénérative peu courante caractérisée par une atrophie lente, progressive et généralement unilatérale des tissus faciaux, notamment des muscles, des os et de la peau.

Nous rapportons 2 cas de deux jeunes patientes présentant des caractéristiques emblématiques de l'atrophie hémifaciale progressive.

Cas 1 : Patiente de 7 ans, sans antécédents médicaux notables, présente depuis l'âge de 5 ans une alopecie progressive du sourcil droit en bande ainsi qu'une asymétrie faciale.

L'examen clinique a montré une hémiatrophie faciale droite avec une alopecie en bande au niveau du sourcil droit ainsi que de multiples macules arrondies hypochromes mesurant environ 1 cm chacune. L'examen ophtalmologique a révélé une énoptalmie droite avec une baisse de l'acuité visuelle à 8/10.

Un scanner cranio-facial a été réalisé et a montré un amincissement de l'os frontal droit et une atrophie des tissus mous du cuir chevelu de l'hémisphère droit au niveau cérébral ainsi qu'une atrophie des tissus mous de l'hémiface droite. Il a également montré une asymétrie des globes oculaires, un épaississement des sinus maxillaires avec comblement de certaines cellules ethmoïdales et un amincissement de la branche ascendante de l'os mandibulaire droit.

La patiente a été mise sous corticothérapie orale à raison de 1mg/kg/jour, soit 20mg/jour, associée à des injections de méthotrexate à 0,3mg/kg/semaine, soit 7,5mg/semaine.

Cas 2 : Patiente de 8 ans, sans antécédents médicaux significatifs, présente depuis l'âge de 3 ans une alopecie du sourcil droit en bande d'évolution progressive.

L'examen clinique a objectivé une alopecie en bande au niveau du sourcil droit avec une hémiatrophie faciale droite. L'examen ophtalmologique a révélé une énoptalmie avec une baisse de l'acuité visuelle à 9/10.

Un scanner cranio-facial a montré une atrophie des tissus mous du cuir chevelu de l'hémisphère droit au niveau cérébral, une atrophie des tissus mous de l'hémiface droite et une asymétrie des globes oculaires.

La décision thérapeutique a été de mettre la patiente sous corticothérapie orale à raison de 1mg/kg/jour, soit 25mg/jour, associée à des injections de méthotrexate à 0,3mg/kg/semaine, soit 7,5mg/semaine.

Discussion : Le syndrome de Parry Romberg est une maladie très rare dont l'étiopathogénie reste obscure. Cliniquement, il se caractérise par une atrophie hémifaciale lente et progressive de la peau et des tissus mous, et parfois même des os. Les muscles faciaux peuvent s'atrophier et entraîner une perte osseuse au niveau du visage. Les manifestations ophtalmologiques sont fréquentes dans 10 à 35 % des cas, l'énoptalmie étant la plus fréquente, comme dans les cas de nos patients où nous avons trouvé de nombreuses similitudes cliniques et radiologiques. La prise en charge est à la fois symptomatique, psychologique et chirurgicale (réparatrice) de patients parfois socialement brisés.

Conclusion : L'intérêt de notre étude réside dans la rareté du syndrome de Parry Romberg en particulier dans la population pédiatrique, pour une meilleure compréhension de ses caractéristiques cliniques et thérapeutiques afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

Association entre maladie de behçet, vitiligo segmentaire, poliose et pelade.

S. Ait Oussous¹, Fz. El Alaoui El Abidi¹, B. El Idrissi¹, H. Kherbach¹, N. Kayouh¹, R. Chakiri¹

¹ Département de dermatologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc.

Introduction :

La maladie de Behçet (MB) est une affection auto-immune multisystémique, caractérisée par une aphtose bipolaire, une inflammation oculaire et des lésions cutanées. Bien que sa pathogénie exacte demeure incertaine, des études suggèrent qu'il existe une forte association entre la MB et certains marqueurs génétiques ainsi que d'autres maladies auto-immunes.

Observation :

Une femme de 28 ans a été admise dans notre formation pour la prise en charge d'un vitiligo segmentaire associé à une pelade. Ses antécédents médicaux comprenaient des aphtes buccaux récidivants, ainsi qu'une baisse d'acuité visuelle précédée de vertiges et de céphalées rebelles aux antalgiques. Elle n'a rapporté aucun autre signe neurologique ou auditif. L'examen physique a révélé des nappes achromiques, disposées de façon métamérique sur la face latérale du cou, en latéro-sternale, et sur le membre supérieur droit. Au niveau du cuir chevelu on notait une poliose homolatérale et des plaques alopeciques non cicatricielles. La patiente présentait également une pseudofolliculite au niveau du dos. L'examen ophtalmologique a révélé une atrophie optique avec une vasculite artério-veineuse séquellaire. Le test de pathergie était négatif. Le bilan biologique n'a objectivé qu'une anémie ferriprive et une carence en vitamine D. L'IRM a décelé de petits kystes du plexus choroïde au niveau des deux carrefours ventriculaires postérieurs et une atrophie des nerfs optiques. Le diagnostic de MB a été retenu selon les critères « ICBBD » de 2014. En plus de la supplémentation en fer et en vitamine D, la patiente a été mise sous colchicine orale à raison de 1mg/J. Pour la pelade, nous avons opté pour du clobetasol topique en association avec du minoxidil 2%.

Discussion :

A notre connaissance, cette association inhabituelle n'a jamais été rapporté auparavant. Il existe néanmoins quelques cas dans la littérature portant sur la coexistence de la MB et du vitiligo avec des résultats conflictuels. Dans le premier cas le vitiligo est survenu sur le site d'une ulcération génitale. Dans les deux autres il s'agissait d'un vitiligo généralisé. Cependant, Oran et al. ont démontré que la fréquence du vitiligo n'était pas plus élevée chez les patients atteints de MB. L'atteinte oculaire, le vitiligo segmentaire, la poliose et la pelade pourraient faire penser au syndrome de Vogt–Koyanagi–Harada, mais notre patiente ne remplissait pas les critères de diagnostiques. L'auto-immunité étant le point commun de ces affections, devrait faire guetter la survenue d'autres maladies auto-immunes chez notre patiente.

Conclusion :

Nous rapportons ici le cas d'une patiente ayant été diagnostiquée avec une maladie de Behçet, un vitiligo segmentaire, une poliose et une pelade. Il s'agit d'une condition très rare qui offre l'opportunité de comprendre les similitudes et différences dans la pathogénèse de ces affections.

Le lupus bulleux : une manifestation rare du lupus érythémateux systémique

B. Merrouche, N. Mezhoudi, H. Sahel

^[1] Service de Dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger

Introduction :

Le lupus bulleux (LB), appartenant au groupe des dermatoses bulleuses auto-immunes sous-épidermiques, est une manifestation cutanée rare du lupus érythémateux systémique (LES). Il touche principalement les femmes jeunes. Nous rapportons un nouveau cas.

Observation :

Une patiente âgée de 20 ans, suivie pour un LES depuis l'âge de 12 ans, présentait une poussée systémique (néphropathie lupique stade II, hématologique et oculaire) de son lupus, traitée par prednisone orale à la dose initiale de 1 mg/kg/j. Un mois après, on notait l'apparition de placards pseudo-urticariens, surmontés de vésiculo-bulles, sur le cou, le tronc et les membres supérieurs. L'histologie cutanée montrait une bulle sous-épidermique associée à un infiltrat inflammatoire dermique polymorphe. L'IFD notait des dépôts linéaires d'IgG et C3 à la jonction dermo-épidermique. L'IFI à la recherche d'anticorps anti-membrane basale était positive. Le diagnostic de LB était retenu et la patiente était mise sous dapsone à raison de 100 mg/j. L'évolution était marquée par la disparition complète des lésions bulleuses en quelques jours.

Discussion :

Le LB est rare, faisant partie des lésions cutanées non lupiques non vasculaires du LES. Il touche avec prédilection les femmes jeunes et se caractérise cliniquement par des bulles ou des vésiculo-bulles, sur peau érythémateuse ou saine. Les lésions siègent sur des zones couvertes ou découvertes. Cette manifestation bulleuse peut parfois être inaugurale de la maladie lupique.

Sur le plan histologique, il s'agit de bulles sous-épidermiques avec un infiltrat inflammatoire de neutrophiles et d'éosinophiles. Le clivage est situé dans le derme superficiel. L'IFD est positive, avec des dépôts d'IgG, d'IgM ou d'IgA à la jonction dermoépidermique. Le LB est typiquement caractérisé par la présence d'anticorps anti-collagène de type VII.

L'association à une néphropathie lupique est fréquente, comme c'était le cas de notre patiente. Le LB répond de façon spectaculaire à la dapsone avec disparition des bulles sans cicatrice.

Conclusion :

Le lupus bulleux illustre le grand polymorphisme clinique de la maladie lupique. Il est souvent associé à des atteintes viscérales graves, notamment rénale. Son traitement de choix est la dapsone.

Lupus bulleux chez un patient de sexe masculin

Maha HABIBI , Meryeme MARHRAOUI , Asmae BENZEKRI , syrine HAMADA ,
Laila BENZEKRI , Mariam Meziane , Karima SENOUCI .

Service de dermatologie et venerologie ,CHU Ibn Sina , Universite Mohamed V,
RABAT

Centre Anatomopathologique Nations Unies .

Introduction :

Le lupus bulleux est une forme rare du lupus érythémateux systémique .

Ces lésions cutanées apparaissent sous forme de vésiculo-bulles avec une prédilection pour les extrémités, le tronc, le visage et le cou, guérissant généralement sans cicatrice ni grain de milium .

Nous rapportons à travers cette observation le cas d'un lupus bulleux chez un patient de 74 ans traité par Dapsone .

Observation :

Il s'agit d'un patient de 74 ans ayant comme ATCD Diabète sous insuline vitiligo non suivi depuis 10 ans , hospitalisé pour PEC d'une éruption bulleuse cutanée et muqueuse évoluant depuis 2 ans avec notion de photosensibilité .

L'analyse histologique et IFD d'une biopsie cutanée réalisées étaient en faveur d'un lupus bulleux .

Le bilan biologique a objectivé une anémie normochrome normocytaire , une lymphopénie à 850 des Ac anti-nucléaire et des Ac anti-DNA positifs .

Un traitement par la Dapsone à raison de 2mg/kg/j soit 100 mg /j a été instauré pendant 1 mois puis arrêté suite à l'aggravation de l'anémie et relais par corticothérapie à 0,5mg/kg/j avec très bonne évolution .

Discussion : Le lupus érythémateux systémique bulleux affecte plus de femmes que d'hommes,

généralement d'ascendance africaine de la deuxième à la quatrième décennie de la vie.

Néanmoins, il peut être vu dans toutes les races, tous les âges ou tous les hommes.

L'incidence signalée est limitée, mais estimée à environ 2 % de toutes les affections cutanées bulleuses auto-immunes sous-épidermiques .

Le lupus bulleux se manifeste cliniquement par des vésicules ou des bulles , apparaissant en peau saine sur les zones exposées et non exposées .

Histologiquement, il s'agit de bulles sous-épidermiques avec un infiltrat de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles et souvent une vascularite leucocytoclasique dermique.

L'immunofluorescence directe est généralement positive avec des dépôts d'IgG ou IgM et d'IgA à la jonction dermo-épidermique. Le clivage de la bulle est dermique superficiel en microscopie électronique.

Les lésions bulleuses régressent habituellement avec la dapsone.

Conclusion :

Bien que rare, le LEB devrait être évoqué devant toute dermatose bulleuse siégeant surtout au niveau des extrémités et du visage et guérissant sans cicatrice avec notion de photosensibilité .

Ses principaux diagnostics différentiels sont : l'épidermolyse bulleuse acquise, les autres dermatoses bulleuses auto-immunes, et les toxidermies bulleuses.

Les traitements de choix restent la Dapsone et la corticothérapie pour les cas sévères .

Cutaneous lupus association Patterns (Subacute lupus and Lupus tumidus): A Case Report

S.Hazmiri ,I. Bygjoine , Z.Mernissi , M .Aboudourib ,S .Amal ,O.Hocar

Department of Dermatology Venerology Mohamed VI Hospital, Marrakech

Introduction & Objectives:

Lupus erythematosus (LE) is an autoimmune disease with a chronic-relapsing course in which periods of remission alternate with periods of activity of the disease. In addition to the skin, which is involved in over 80% of cases, all the organs can be involved. Two main forms are considered: systemic lupus erythematosus (SLE) and cutaneous lupus erythematosus (CLE).

Through this work, we will discuss a case report identifying the association of two different CLE patterns: subacute lupus erythematosus (SCLE) and lupus erythematosus tumidus (LET) and identify clinical and histological features and association with SLE.

Case Report:

A forty eight -year-old patient with a history of depression using Cilentra since 2014, a spontaneous abortion in 1993 . Who presented infiltrated erythematous-squamous painful itchy spread plaques affecting initially the neck then generalizing thereafter to reach all the tegument. The lesions were associated to diffuse inflammatory polyarthralgia.

The diagnosis of subacute lupus was retained basing on clinical (annular lesions of photo-exposed areas), histological (dermal-epidermal junction degeneration, dermal lymphocytic infiltrate) criteria . During the follow-up, the patient presented an aspect of lupus tumidus of the face as a consequence of high solar exposure .

Results:

SCLE was described as an autonomous entity in 1979 by Sontheimer et al. and accounts for about 8% of cases of CLE. It occurs predominantly in young women with two types of clinical manifestations. The first one characterized by papulo-psoriasiform lesions . The second one is characterized by annular lesions that sometimes converge to form patches with a figurate, polycyclic aspect . It is important to note that almost a third of patients have several types of LEC at the same time .

Intermittent cutaneous lupus erythematosus (ICLE) clinically corresponds to lupus erythematosus tumidus (LET). The clinical characteristic of this form, which justifies the term “intermittent” is the alternation of acute and remission phases in relation to solar exposure. The lesions are preferentially located in photo exposed sites and are represented by infiltrated, soft consistency, erythematous-violaceous, slightly scaling plaques.

In our case, the patient presented a combination of two types of subacute and tumidus lupus. Complicating the evolution of subacute lupus. With different clinical , histological and evolutional features.

Conclusion:

Cutaneous involvement is present in 80% of cases of LE. It can occur with LE specific lesions classified in acute, subacute, chronic and intermittent and with LE non-specific lesions that may also occur isolated or in the setting of other autoimmune skin diseases. The latter can be a sign of a transition from an exclusive cutaneous form (CLE) to a systemic form (SLE). Classification of LE is based on clinical, histopathologic, serologic, and immunofluorescent features.

Cuir chevelu érosif associé à une granulomatose avec polyangéite réfractaire : quelle prise en charge ?

Bouraqqadi O, Douhi Z, Soughi M, Elloudi S, Baybay H, Mernissi FZ
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

La granulomatose avec polyangéite (GPA) ou maladie de Wegener, est une vascularite nécrosante rare, associant une inflammation de la paroi vasculaire à une granulomatose, péri et extravasculaire. On note deux formes, une forme généralisée et la forme localisée avec une atteinte ORL et/ou pulmonaire, seule ou associée à d'autres manifestations notamment cutanées, sans atteinte rénale ni altération de l'état général.

Le traitement des GPA est bien codifié, mais on note de plus en plus l'émergence de formes réfractaires aux traitements standards.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 57ans, suivie pour hyperthyroïdie sous traitement, suivie chez un interniste pour une GPA localisée avec atteinte ORL, confirmée sur biopsie nasale, mise sous corticothérapie orale et méthotrexate pendant 1 an sans amélioration, puis adressée dans notre formation pour complément de prise en charge.

L'examen à l'admission trouve une destruction de la pyramide nasale avec une déformation en lorgnette, ainsi que multiples érosions du cuir chevelu, saignantes au contact, trainante depuis plus d'un an. Une biopsie du cuir chevelu a été réalisée objectivant la présence d'un infiltrat inflammatoire fait de lymphocytes et de polynucléaires éosinophiles de disposition interstitielle et périvasculaire, associé à des granulomes épithélioïdes périvasculaire, confirmant ainsi le diagnostic de la GPA.

Vu la forme localisée mais destructrice, et la mauvaise réponse au traitement de première intention, la patiente a été mise sous rituximab 1g deux fois à 14jours d'intervalle associé aux corticoïdes oraux, avec une épidermisation quasi-complète des érosions du cuir chevelu après 1 mois, ainsi qu'un début de cicatrisation de l'ulcération nasale.

Discussion

La GPA est une vascularite à ANCA qui touche préférentiellement les voies aériennes supérieures et inférieures, et dont le traitement repose principalement sur les immunosuppresseurs, le cyclophosphamide étant le plus utilisé depuis plusieurs décennies. Vu les multiples effets secondaires de ce traitement, d'autres traitements ont été utilisés comme le rituximab, ce dernier montrant initialement une efficacité semblable au cyclophosphamide avec moins d'effets secondaires, alors que d'autres auteurs ont observé une rémission complète à 6mois plus fréquente chez les patients traités par rituximab.

Conclusion :

Les formes localisées de la GPA répondent souvent à l'association du méthotrexate aux corticoïdes, mais parfois, le recours aux immunosuppresseurs est indispensable afin d'atteindre une rémission complète. Dans ce cas, le rituximab reste un traitement de choix de la forme rapidement extensive et mutilante, vu la rapidité de réponse et les effets secondaires minimes par rapport au cyclophosphamide.

La trichoscopie des connectivites: dermatomyosite, lupus érythémateux et sclérodermie systémique.

**FZ.Hashas, S. Elloudi, Z. Douhi, M.Soughi, H. Baybay, FZ. Mernissi .
service de dermatologie CHU Hassan II Fès.**

Introduction:

La dermatomyosite (DM), le lupus érythémateux (LE) et la sclérodermie systémique (ScS) sont des connectivites avec une atteinte de scalp fréquente et des caractéristiques cliniques similaires. L'objectif de notre étude est d'évaluer et comparer les résultats trichoscopiques chez les patients atteints de DM, de LE et de ScS, ainsi que de déterminer les signes spécifiques de chaque pathologie pouvant aider au diagnostic différentiel et les signes en rapport avec l'activité et la durée d'évolution de la maladie.

Matériels et méthodes :

Étude retro-prospective descriptive analytique et comparative des images trichoscopiques appartenant à 84 patients (27 DM, 43 LE et 14 ScS), sur une durée de 2 ans au sein du CHU HASSAN II FES. Le recrutement des patients est fait à partir des service de dermatologie, médecine interne, neurologie, néphrologie et rhumatologie. Les critères d'inclusion étaient : La présence d'une atteinte du scalp clinique chez les patients avec un diagnostic de dermatomyosite, lupus érythémateux et sclérodermie.

Les critères d'exclusion étaient :le chevauchement des connectivite, la présence d'autres pathologies affectant le scalp et l'utilisation de médicaments affectant le cycle de croissance/couleur des cheveux.

Tous les patients ont été examinés par le dermoscope digital Dermlite DL4 avec une pression minimale, et des photographies ont été prises à plusieurs endroits du cuir chevelu .

L'évaluation trichoscopique a porté sur plusieurs aspects, à savoir: Les ouvertures folliculaires , la tige folliculaire, la surface périfolliculaire, l'espace inter folliculaires, les structures blanches et la vascularisation. Ainsi trois patron trichoscopique ont été défini :Patron vasculaire, patron pigmenté, et le patron mixte : pigmenté et vasculaire.

La saisie des données recueillies sur des fiches d'exploitation préalablement imprimées était réalisée à l'aide du logiciel Excel, suivi de l'analyse épidémiologique descriptive et analytique.

Résultats :

Sur un total de 84 patients, on a colligés 27 cas de dermatomyosites (hommes : 3, femmes : 24), sex ratio: 0,12, âge moyen: 48,41 ans. 43 cas de lupus érythémateux (3 homme, 40 femmes), sex ratio H/F :0,075, âge moyen: 43 ans. 14 cas de sclérodermie (hommes : 1, femmes : 13), sex ratio: 0,07, âge moyen: 49,79 ans.

Les différents caractéristiques trichoscopiques des trois pathologies dans notre série sont présentées

dans le tableau 1.

Les signes trichoscopiques les plus fréquents en cas de dermatomyosite étaient les modifications vasculaires chez 96,3% des patients dominées par la présence de vaisseaux fins linéaires (66,7%), structures en pseudo lac (44,4%), puis les modification de la tige pilaire chez 88,9% des

patients avec la présence d'un seul poil par orifice (92,6%), anisotrichie (40,7%), poils dystrophiques (33,3%), poils duveteux (29,6%), poils cassés et poils circulaires (11,1%). Les squames périfolliculaires étaient présentes chez 51,9% et inter folliculaires 44,4% des cas. La pigmentation périfolliculaire inter et peri-folliculaire 40,7% et 37% respectivement. Concernant les structures blanches, les chrysalides et les rosettes étaient présentes chez 22,2% et 11,1% des patients respectivement. Le patron dermoscopique le plus fréquent était le patron vasculaire présent chez 59,3% des patients suivi par le patron mixte (29,6%).

En cas de lupus érythémateux, les signes trichoscopiques les plus fréquents étaient les modifications de la tige pileuse étaient chez 93% des patients avec la présence d'un seul poil par orifice (90,7%) et poils duveteux (53,5%). Les bouchons cornée (18,60%) et megapoints rouge (67%). Les modifications vasculaires étaient présentes chez 65,1% des patients, dominées par la présence de vaisseaux fins linéaires (55,8%), les squames étaient présents chez 46,5% suivis de la pigmentation périfolliculaire (27,90%), la gaine coulissante 16,3% et le halo blanc périfolliculaire (9,30%). Au niveau de l'espace inter folliculaire, présence d'un fond érythémateux (74,4%) suivi de la pigmentation interfolliculaire (58,1%), les squames inter folliculaires (37,20%) puis zones blanches sans structures et fond rose blanc (27,90%). Concernant les ouvertures folliculaires, nombre réduit ou absent d'ouvertures folliculaires (67,4%). Concernant les structures blanches, les chrysalides et les rosettes étaient présentes chez 16,3% et les cercles blancs chez 4,7% des cas. Le patron dermoscopique le plus fréquent était le patron vasculaire chez la majorité des patients (48,8%).

Pour la sclérodermie, les signes trichoscopiques les plus fréquents étaient les modifications de la tige pileuse chez tous les patients dominées par la présence d'un seul poil par orifice (100%), La présence de vaisseaux fins linéaires (50%) et de zones avasculaire (35,7%). Les squames périfolliculaires (21,1%). La pigmentation inter et périfolliculaire chez 21,4% et 28,6% des patients respectivement. Un nombre réduit d'ouvertures folliculaires (28,57%). Les structures blanches, rosettes et chrysalides étaient peu fréquents (7,14%). On notait pas la prédominance d'un patron dermoscopique particulier.

L'étude analytique a révélé les associations suivantes :

Pour la dermatomyosite : les signes trichoscopiques les plus fréquemment associés étaient : la présence d'érythèmes périfolliculaire ($p=0,0001$), ainsi que les structures en pseudo-lac ($p=0,0001$) et la présence d'un patron vasculaire ($p=0,001$).

La présence de chrysalides, vx en point étaient associés à une DM récente. La pigmentation périfolliculaire et structures en pseudo lac étaient associées à une maladie plus ancienne. On notait pas la présence de signes significativement associées à l'activité de la maladie.

Pour le lupus : l'absence ou nombre réduit d'ouvertures folliculaires ($p=0,0001$), zone blanches sans structures et fond rose blanc ($p=0,001$), le fond érythémateux ($p=0,0001$), la présence de gaine coulissante ($p=0,027$) ainsi que la présence d'un patron pigmenté ($p=0,019$) étaient les signes les plus fréquemment associés. La présence d'halo blanc péri folliculaire $p=0,031$, vx élargies irréguliers et tortueux $p=0,014$, microhémorragies $p=0,012$ érosions $p=0,031$ sont significativement associés à l'activité de la maladie

Pour la sclérodermie la présence de zones avasculaires était le signe trichoscopique le plus fréquent associé ($p=0,004$).

Discussion :

L'atteinte du scalp est fréquente au cours des connectivites avec retentissement sur la qualité de vie des patients. Dans cette localisation, les signes cliniques peuvent se chevaucher et constituer un défi diagnostique. Notre étude a permis de déterminer des signes trichoscopiques spécifiques permettant une distinction adéquate entre la DM, le LE et la SSc ce qui concorde avec les résultats de la littérature, la dermatomyosite est caractérisée par la présence de structures vasculaires en pseudo-lac (définies comme des structures vasculaires ectasiques remplies de globules rouges) (1,2). L'absence ou nombre réduit de d'ouverture folliculaire, la présence de zone blanches sans structures et fond rose blanc ainsi que la gaine coulissante sont des signes caractéristiques de lupus(3,4). La sclerodermie est caractérisée par la présence de vaisseaux polymorphes formant un réseau télangiectatique et la présence de zones avasculaires (1).

Concernant l'activité de la maladie Chanprapaph et all ont rapportés que la pigmentation rouge-brune périfolliculaire, la réduction du diamètre des cheveux et l'absence de vaisseaux arborescents fins étaient liées à une plus grande activité de la maladie dans la DM, le LED et la SSc, respectivement (1). Notre étude a permis de fournir des informations supplémentaires rapportés pour la première fois pouvant aider au diagnostic différentiel et à identifier la maladie active.

Conclusion :

Nos résultats montrent que la trichoscopie peut être considérée comme un outil fiable précieux qui possède des valeurs diagnostiques et pronostic en cas d'atteinte du scalp chez les patients suivis pour connectivite.

Reference :

- 1- Chanprapaph K, Limtong P, Ngamjanyaporn P, Suchonwanit P. Trichoscopic Signs in Dermatomyositis, Systemic Lupus Erythematosus, and Systemic Sclerosis: A Comparative Study of 150 Patients. *Dermatology* 2022;238(4):677-687. doi: 10.1159/000520297. Epub 2021 Dec 8. PMID: 34879369
- 2- Jasso-Olivares JC, Tosti A, Miteva M, Domínguez-Cherit J, Díaz-González JM. Clinical and Dermoscopic Features of the Scalp in 31 Patients with Dermatomyositis. *Skin Appendage Disord.* 2017 Aug;3(3):119-124. doi: 10.1159/000464469. Epub 2017 Mar 29. PMID: 28879187; PMCID: PMC5582479.
- 3- Żychowska M, Żychowska M. Dermoscopy of discoid lupus erythematosus - a systematic review of the literature. *Int J Dermatol.* 2021 Jul;60(7):818-828. doi: 10.1111/ijd.15365. Epub 2020 Dec 15. PMID: 33319363.
- 4- Udompanich S, Chanprapaph K, Suchonwanit P. Hair and Scalp Changes in Cutaneous and Systemic Lupus Erythematosus. *Am J Clin Dermatol.* 2018 Oct;19(5):679-694. doi: 10.1007/s40257-018-0363-8. PMID: 29948959.

Le coup de vent cubital n'est pas synonyme de polyarthrite rhumatoïde

D. ELINKICHARI¹, M.TABKA¹, A.SOUISSI¹, M.MOKNI¹

¹ Service de Dermatologie, Hôpital La RABTA, Université de Tunis El MANAR, Faculté de médecine de Tunis, Tunis, Tunisie

Introduction

La main de Jaccoud est une arthropathie déformante rare, décrite pour la première fois en 1869 par Sigismond Jaccoud. L'atteinte articulaire est habituellement réversible, chronique et non érosive. Plusieurs étiologies ont été suggérées. Nous en rapportons une observation chez une patiente lupique.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 34 ans, suivie depuis 20 ans pour lupus érythémateux systémique (LES) avec atteinte cutanée, articulaire, hématologique, neurologique, et rénale. Elle nous a été adressée pour troubles trophiques des mains et des pieds. L'examen physique a objectivé un érythème malaire, des lésions ulcéro-nécrotiques des mains et des pieds, un livédo à petites mailles des membres inférieurs, et un coup de vent cubital bilatéral. L'examen rhumatologique détaillé des mains objectivait des déformations en col de cygne des rayons II, III, et IV, déformation en Z des pouces et déviation cubitale des cinquièmes doigts, retournant à une position normale par une manœuvre passive. Ces déformations réductibles étaient compatibles avec une arthropathie de Jaccoud. Par ailleurs, l'anamnèse n'a pas révélé de phénomène de Raynaud ni de douleurs des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes. Ces malformations se sont installées progressivement en dépit d'un traitement par corticothérapie systémique et antipaludéens de synthèses.

Discussion

La prévalence de la main de Jaccoud dans le LES est d'environ 5%. Le caractère non érosif la distingue de la polyarthrite rhumatoïde. En effet, les déformations articulaires résultent principalement des anomalies des tissus mous, telles que la laxité des ligaments, la fibrose de la capsule, et la faiblesse musculaire. La prise en charge repose essentiellement sur la kinésithérapie de renforcement musculaire et l'utilisation d'orthèses. La chirurgie orthopédique des tissus mous constitue également une alternative en cas de gêne quotidienne importante.

Des comédons du visage : l'acné n'est pas toujours la cause

**Wejden Fakhfekh, Amal Chamli, Ghada Mabrouk, Slim Ernez, Houda Hammami,
Anissa Zaouak, Samy Fenniche**

Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunisie

Introduction : Le lupus érythémateux discoïde (LEC) est une dermatose auto-immune caractérisée typiquement par des plaques érythémato-squameuses atrophiques des zones photo-exposées. D'autres présentations cliniques atypiques peuvent se voir au cours du LED. Le lupus comédonien (LC) représente une forme rare de LED. Son diagnostic est souvent difficile car il peut être confondu avec une acné. Nous rapportons deux cas de lupus comédonien.

Observations :

Cas 1 : Une femme âgée de 20 ans, tabagique, suivie pour un lupus érythémateux systémique, présentait des plaques érythémateuses et prurigineuses au niveau du visage évoluant depuis 4 mois. L'examen clinique révélait des plaques érythémato-squameuses légèrement atrophiques au centre au niveau du visage, du décolleté et du cuir chevelu. Des comédons ouverts ont été observés surtout au niveau des faces latérales du nez. La dermoscopie montrait des squames inter et périfolliculaires, des globules rouges folliculaires, des points jaunes, des télangiectasies arborescentes, des pseudo-kystes cornés, et des comédons ouverts. L'examen anatomopathologique objectivait un infiltrat inflammatoire lymphocytaire dense périfolliculaire et péri-vasculaire, un épaississement de la membrane basale et des bouchons cornés. L'immunofluorescence directe (IFD) révélait un dépôt granuleux de C3 et d'IgG le long de la membrane basale. Le diagnostic de LED associé à un LC a été retenu. La patiente a été traitée par hydroxychloroquine (HQ), dermocorticoïde et photoprotection avec une bonne évolution clinique.

Cas 2 : Un homme âgé de 34 ans suivi pour un LED du visage sous HQ présentait une nouvelle plaque parsemée de comédons au niveau du nez. L'examen clinique révélait de multiples plaques pigmentées à centre atrophique au niveau des joues, de la région malaire et du cuir chevelu avec des comédons ouverts surtout au niveau du nez. La dermoscopie montrait des télangiectasies, une pigmentation en nid d'abeille et des halos blanchâtres périfolliculaires au niveau des plaques du cuir chevelu et des joues ainsi que des pseudo-kystes cornés et des comédons ouverts au niveau de la plaque du nez. Les

examens histologique et immunologique de la nouvelle plaque avaient montré des caractéristiques similaires à notre premier cas.

Discussion : Le LC est caractérisé cliniquement par des papules et des plaques érythémateuses associées à des microkystes et des comédons des zones photo exposées. Sa pathogénie n'est pas encore bien établie. La formation de papules, de comédons et de cicatrices acnéiformes pourrait être expliquée par la présence de bouchons folliculaires, de l'hyperkératose et de l'infiltrat inflammatoire péri-annexiel. La présence concomitante de plaques discoïdes facilite le diagnostic et permet de distinguer le LC de l'acné qui représente le principal diagnostic différentiel. Le diagnostic du LC repose sur l'histologie et l'immunofluorescence, qui montrent les mêmes du LED mais avec une fréquence plus élevée de bouchons cornés. Le traitement de cette forme de lupus est souvent décevant. L'utilisation d'hydroxychloroquine associée à des dermocorticoïdes et à de la trétinoïne topique était efficace dans certains cas.

Conclusion : Devant une acné résistante aux traitements habituels, le LC doit être évoqué. Un diagnostic et une prise en charge précoces permettent de réduire le risque de cicatrices inesthétiques.

Lupus érythémateux discoïde comédonien : clinique et trichoscopie

R. Said El Mabrouk 1; N. Fetoui Ghariani 1; M. Bel Kahla 1; S. Saad 1; B. Sriha 2 ; M. Ben rejeb 1; M. Lahouel Gaied 1; N. Ghariani 1; S. Mokni 1 ; A. Aounallah 1; M. Denguezli 1.

1 Université de Sousse, Faculté de Médecine, Service de Dermatologie, C HU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.

2 Université de Sousse, Faculté de médecine, Laboratoire d'anatomopathologie, C HU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.

Introduction :

Le lupus érythémateux cutané chronique (LEC) a une variété de manifestations cliniques, dont la plus fréquente est le lupus érythémateux discoïde (LED). La présentation comédonienne en est une forme rare, qui atteint exceptionnellement le cuir chevelu. Nous rapportons un cas de LED comédonien du cuir chevelu et nous en décrivons les signes trichoscopiques.

Présentation du cas :

Un patient âgé de 50 ans, sans antécédents s'est présenté avec une plaque alopecique, érythémato-squameuse, infiltrée, violine, très prurigineuse évoluant depuis un an (Figure 1). L'examen trichoscopique a révélé la présence de gros points jaunes, des zones rouge laiteux, une pigmentation brunâtre diffuse, des halos blanchâtres péri-folliculaires, et l'absence d'ouvertures folliculaires (Figure 2). Devant le caractère cicatriciel de l'alopecie, une biopsie du cuir chevelu a été réalisée. L'histologie a révélé une dermite d'interface associant un épiderme aminci et une vacuolisation de la basale, un infiltrat inflammatoire péri-capillaire et péri-annexiel, et une hyperkératose orthokératosique réalisant des bouchons cornés avec présence de comédons au niveau des ostiums

folliculaires (Figure 3). Le diagnostic de lupus comédonien a été retenu. L'étude en immunofluorescence directe était négative de même que le reste du bilan immunologique.

Discussion :

La forme comédonienne du LED survient à la 4^e décennie de la vie avec un sex-ratio H/F= 0,25. Vingt-deux cas de LED comédonien sont rapportés dans la littérature, dont seulement 4 patients avaient des lésions alopéciques du cuir chevelu (3F/1H). Le prurit était présent dans 60 % des cas, comme notre patient. Le diagnostic du LED comédonien est essentiellement basé sur des arguments histopathologiques. Comme toute alopecie cicatricielle, l'intérêt de la dermoscopie est primordial. Les signes trichoscopiques dépendent du stade de la maladie. Initialement, on observe des bouchons kératosiques, des rosettes, des gros points jaunes et des télangiectasies. A un stade intermédiaire, on trouve en outre, des halos blanchâtres péri-folliculaires signant la fibrose, comme le cas de notre patient. Le stade tardif est peu spécifique, caractérisé par une pigmentation brunâtre diffuse en pattern moucheté avec disparition des bouchons kératosiques et des aires blanchâtres sans structures.

Conclusion

La trichoscopie aide à poser le diagnostic du LED dans sa forme comédonienne à un stade précoce de la pathologie, permettant ainsi d'instaurer un traitement précoce et d'éviter l'évolution vers une alopecie cicatricielle.

Efficacité du MYCOPHÉNOLATE MOFÉTIL dans le traitement du lupus érythémateux cutané : à propos de deux cas.

Amel Chabbouh, Asmahen Souissi, Wiem Sassi, Fatima Alaoui, Imed Ben Ghorbel, Mourad Mokni
Service de dermatologie, Hopital la Rabta

Introduction

Le lupus érythémateux cutané (LEC) est une maladie auto-immune subdivisée en trois sous-types : aigu, subaigu et chronique (LECC). Ce dernier comprend le lupus discoïde, le lupus profundus, le lupus tumidus et le lupus-engelure. Le traitement du LEC se base sur une protection solaire appropriée, des traitements topiques et des traitements généraux, en chef de file les antipaludéens de synthèse (APS). En cas de résistance aux APS, une thérapie immunosuppressive et immunomodulatrice peut être proposée. Le mycophénolate mofétil (MMF) est une alternative à utiliser en dernier recours.

Matériel et méthodes

Nous rapportons 2 cas de LEC réfractaire aux thérapeutiques habituelles traités par MMF.

Résultats

Observation 1 : homme de 52ans aux antécédents de lithiase vésiculaire qui présentait des arthralgies périphériques d'allure inflammatoire. L'examen trouvait des plaques érythémateuses hyperkératosiques et atrophiques du front, du nez et des tempes avec atteinte du cuir chevelu : des plaques alopéciques cicatricielles au niveau des régions temporales, pariétales et du vertex. A la biologie il y avait une thrombopénie et des anticorps anti Sm, anti SSA et anti Ku positifs. L'examen histologique avait conclu à un aspect de lupus avec apparition d'une bande lupique à l'immunofluorescence directe. Le patient a été mis sous APS et dermocorticoïdes avec une photoprotection vestimentaire et chimique sans régression évidente des lésions cutanées. Devant la découverte d'une atteinte rénale le patient a été mis sous MMF à la dose de 2g/jour. L'évolution était favorable avec une nette amélioration des lésions cutanées.

Observation 2 : femme de 51ans suivie pour un lupus érythémateux systémique depuis 21ans. L'examen trouvait des placards érythémateux hyperkératosiques dyschromiques et atrophiques du visage, du dos et des membres supérieurs avec une atteinte du cuir chevelu : plaque d'alopecie cicatricielle et aspect de lupus engelure au niveau des mains. La patiente avait reçu plusieurs lignes de traitement : (dermocorticoïdes, tacrolimus topique, APS, corticothérapie générale, méthotrexate et azathioprine) avec une photoprotection adéquate. Devant l'absence d'amélioration des symptômes, le MMF a été introduit à la dose de 2g/jour. L'évolution a été marquée par une régression nette des lésions cutanées dès les premiers jours du traitement. Une dégression de la corticothérapie générale a été entamée au bout de 2 semaines.

Conclusion

Le mycophénolate mofétil est un immunosuppresseur recommandé en dernier recours dans le traitement du LEC. Plusieurs cas sont rapportés dans la littérature de l'efficacité du MMF dans le lupus érythémateux subaiguë, le lupus discoïde palmoplantaire et le lupus érythémateux profond. Chez nos deux patients, seul ce traitement a été efficace sur les lésions cutanées.

Polychondrite atrophiante chronique : Pensez en dehors des maladies auto-immunes associées

NEI. ouni (1), A. Aounallah (1), M. Belkahla (1), M. Lahouel (1), N.Fitoui Ghariani(1), M.Ben rjeb(1), S.Saad(1), N.Ghariani(1), S.Mokni(1), M.Denguezli(1)

(1) Dermatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

La polychondrite chronique atrophiante (PCA) est une pathologie récurrente, rare, d'étiologie inconnue, classée parmi les vascularites systémiques. Elle se caractérise par une inflammation chronique et récidivante des structures cartilagineuses. Les localisations ORL sont fréquentes, et souvent révélatrices de la maladie. Nous rapportons ici 4 cas de PCA révélés par une atteinte auriculaire.

1^{er} cas : Un homme âgé de 64 ans, ayant des antécédents de maladie de verneuil évoluant depuis 15 ans traitée par antibiothérapie et excision chirurgicale, était admis dans notre service. L'examen physique révélait des cicatrices hypertrophiques, des nodules et des sinus drainants associant des lésions inflammatoires dans les régions axillaire, inguinale et fessière. Nous avons noté un épaissement de l'oreille droite avec un aspect de chou-fleur. Le conduit auditif externe était affaissé et son ouverture n'était plus visible. Le patient niait tout traumatisme et il avait signalé des antécédents d'érythème douloureux récurrent et d'œdème épargnant le lobule. Une biopsie cutané montrait un infiltrat fibro-inflammatoire chronique avec chondrite sans vascularite granulomateuse. Nous avons retenu le diagnostic de PCA sur la base des antécédents d'épisodes inflammatoires récurrents de l'oreille, la présentation clinique et les résultats histologiques. Un bilan à la recherche d'autres atteintes articulaires ou maladies auto-immunes associées était fait et revenu négatif. Un traitement à base de clindamycine et de rifampicine a été instauré pour sa maladie de verneuil, et nous avons opté pour l'abstention thérapeutique avec surveillance pour la PCA.

2^{ème} cas : Il s'agit d'un homme âgé de 33 ans, suivi pour un syndrome de Klinefelter diagnostiqué par un caryotype 47,XXY .Il nous a consulté pour une déformation bilatérale et douloureuse du cartilage auriculaire évoluant depuis 3 mois. Une atrophie cartilagineuse du pavillon des deux oreilles réalisant une déformation « en chou-fleur » a été objectivée. Le conduit auditif externe ainsi que le tympan étaient normaux. Une biopsie du pavillon de l'oreille a été réalisée confirmant le diagnostic de PCA. Le bilan

lésionnel de la maladie n'a pas révélé d'autres anomalies cartilagineuses. Le patient a bénéficié d'une corticothérapie orale (1mg/kg/j) avec la colchicine (1mg/j) avec une nette amélioration au bout de 1 mois et sevrage de la corticothérapie.

3^{ème} et 4^{ème} cas : Il s'agit de 2 hommes âgés respectivement de 56 ans et 46 ans qui présentaient une déformation bilatérale du cartilage auriculaire avec œdème douloureux évoluant depuis quelques mois. Une Biopsie cutanée était effectuée confirmant le diagnostic de PCA. Un bilan à la recherche d'autres atteinte cartilagineuse ou maladie auto-immune était normal. Un traitement initial par corticothérapie systémique (1mg/kg/j) et colchicine (1mg/j) était instaurée avec une bonne évolution au bout de 3 semaines et arrêt de la corticothérapie .

La PCA est une maladie systémique caractérisée par l'inflammation récidivante des cartilages de l'oreille, du nez, des articulations périphériques, du larynx et de l'arbre trachéobronchique. D'autres structures riches en protéoglycanes sont également touchées, les yeux, le cœur, les vaisseaux, l'oreille interne, la peau et les reins. Elle résulte d'une réaction auto-immune contre certains antigènes du cartilage encore inconnus, suivie d'une protéolyse enzymatique de la matrice cartilagineuse. Le diagnostic est clinique. Il peut être aidé par les critères de Michet. Une pathologie auto-immune associée est présente chez un tiers des patients. Notre observation tire son intérêt de la rareté des associations décrites chez nos 2 cas. En effet, il était suggéré le rôle des gènes du chromosome X dans la genèse d'une susceptibilité génétique aux maladies auto-immunes dans le syndrome de klinefelter ce qui pourrait expliquer en partie l'association rare de la PCA à ce syndrome. Cependant, à notre connaissance l'association de la maladie de verneuil à une PCA n'a pas été rapportée dans la littérature. Le traitement de la PCA n'est pas codifié. Il est adapté, en fonction de l'activité et de la sévérité de la maladie. La corticothérapie reste la base du traitement. Toutefois, La cortico-dépendance est fréquente, justifiant le recours aux autres médicaments. L'association de la colchicine chez nos 3 cas a permis un sevrage précoce de la corticothérapie avec une bonne réponse.

En conclusion, nous rapportons une série de 4 cas rare de la PCA et nous soulignons l'importance de la recherche de maladies non seulement auto immunes mais aussi endocriniennes et inflammatoires

Sclérodermie systémique d'origine professionnelle

Cherif M, Sellami I*, Mnif E, Abid M, Boudawara T, Bahloul E, Turki H**
Service de dermatologie, CHU Hedi Chaker, Université de Sfax, Tunisie

***Service de médecine de travail, CHU Hedi Chaker, Université de Sfax, Tunisie**

****Service d'anatomie pathologique, CHU Habib Bourguiba, Université de Sfax, Tunisie**

Introduction :

La sclérodermie systémique est une maladie auto-immune multifactorielle. Son étiologie est encore mal élucidée, mais elle admet des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux. Parmi les facteurs environnementaux, la profession semble avoir un rôle prépondérant.

Nous rapportons le cas d'un patient ayant développé une sclérodermie systémique suite au contact professionnel avec des produits d'impression.

Observation :

Il s'agissait d'un homme âgé de 35 ans sans antécédents particuliers, qui travaillait dans une imprimerie où il était exposé aux solvants depuis 5 ans. Il a consulté pour des lésions dyschromiques et hyperesthésiques au niveau du tronc et des membres supérieurs.

A l'interrogatoire, il rapportait des troubles vasculaires qui concordait avec un syndrome de Raynaud. A l'examen, il présentait des plaques indurées du tronc et des membres supérieurs, dont certaines étaient hypochromiques et d'autres hyperpigmentées. De plus, il avait des plaques alopeciques d'allure cicatricielle au niveau des régions temporales. Nous avons aussi objectivé une difficulté de l'ouverture buccale et une limitation de la mobilité des doigts.

Les AAN étaient positifs à 1/1280 mouchetés et les anticorps anti Scl70 étaient positifs. Une biopsie cutanée des lésions du tronc et du cuir chevelu a montré un aspect histologique compatible avec une sclérodermie. Les explorations faites ont mis en évidence une atteinte œsophagienne et pulmonaire associée. Nous avons retenu le diagnostic de sclérodermie systémique d'origine professionnelle probable.

Discussion :

Plusieurs études suggèrent l'imputabilité de certaines professions dans la sclérodermie systémique. Parmi les agents professionnels étudiés, la silice et les solvants organiques ont été prouvés inducteurs de sclérodermie systémique. Les patients exposés à ces deux agents présentaient des taux plus élevés de formes diffuses de sclérodermie systémique avec des pneumopathies interstitielles et une association plus fréquente avec les anticorps anti Scl 70 positifs.

Le mécanisme physiopathologique a été expliqué par l'altération de la cellule endothéliale vasculaire due à l'internalisation de produits toxiques exogènes, qui serait à l'origine d'une réaction immune et fibrotique.

La collaboration entre le médecin traitant et le médecin du travail pourrait se justifier notamment lors de l'étude du poste de travail. En effet, la recherche de l'exposition aux facteurs potentiellement en cause de la maladie serait utile pour une éventuelle reconnaissance juridique de cette maladie.

Morphée-panniculite lupique associé à un lupus érythémateux systémique et syndrome des anticorps antiphospholipides : à propos d'un cas

S. JEBBOUJE¹, F. HALI¹, S. CHIHEB¹

Introduction

La morphée est une affection cutanée caractérisée par un dépôt excessif de collagène entraînant un épaissement dermique et/ou hypodermique. Le lupus érythémateux profond ou panniculite lupique se manifeste par des plaques infiltrées avec ulcération dans 30% des cas. La coexistence d'une panniculite lupique et d'une morphée dans la même lésion à distribution linéaire et extrêmement rare d'autant plus associée à un lupus érythémateux systémique (LES) et le syndrome des anticorps anti-phospholipides (SAPL).

Observation:

Une patiente âgée de 22 ans suivie pour une morphée en plaque depuis 3 ans sous dermocorticoïdes forts, consultait pour des ulcérations évoluant depuis 4 mois au niveau du même site. L'examen clinique trouvait une patiente apyrétique en bon état général, une plaque hyperpigmentée linéaire légèrement scléreuse au niveau de la face externe du membre supérieur droit ainsi qu'au niveau mandibulaire gauche, des ulcérations étagées à l'emporte-pièce, douloureuses à la palpation sans issu de matériel crayeux ni de pus siégeant au niveau de la face postérieure de l'avant-bras; des cicatrices cupuliformes des anciennes ulcérations au niveau de la face postérieure du bras droit et du dos. La patiente rapportait une chute de cheveux, une photosensibilité et des arthralgies mixtes diffuses sans manifestations de sclérodermie systémique. La radiographie standard du membre supérieur droit n'objectivait pas de dépôts calciques. Le bilan biologique objectivait la présence d'une lymphopénie à 920, une anémie hémolytique à 10.3, des anticorps anti-nucléaires positifs à 160 des anticorps anti-DNA positifs à 40, une fausse sérologie syphilitique VDRL + à 8 et des anticorps anti-phospholipides positifs. La biopsie cutanée d'une ulcération trouvait une fibrose dense du derme et de l'hypoderme associant une panniculite lymphocytaire. L'immunofluorescence directe n'objectivait pas de dépôts d'immunoglobulines ou de compléments. Le syndrome de chevauchement morphée-panniculite lupique associé à un LES et syndrome des APL a été retenu.

La patiente a été mise sous corticothérapie (1mg/kg/jr), des antipaludéens de synthèse (400mg/jr), des injections du méthotrexate (15mg/sem), un antiagrégant plaquettaire à base d'acide salicylique (75mg/jr) avec des séances de PUVA-thérapie et des séances de la LED avec une bonne évolution.

Discussion

Les syndromes de chevauchement sont définis comme des atteintes qui répondent aux critères diagnostiques de deux ou plusieurs maladies concomitamment ou consécutivement.

Dans notre cas, la présentation clinique et histologique étaient compatibles avec une morphée en plaques. La présence d'un infiltrat lymphocytaire hypodermique et périvasculaire correspond à une panniculite lupique associée. Des cas rares de chevauchement morphée-panniculite lupique ont été rapportés dans la littérature. Le 1^{er} cas a été décrit pour la première fois par Umbert et Winkelmann en 1978¹.

Conclusion

Nous rapportons un cas historique de chevauchement morphée-panniculite lupique associé à un lupus érythémateux systémique et syndrome des APL. A notre connaissance, aucun cas n'est décrit dans la littérature associant cette triade.

Adermatoglyphie acquise chez une patiente atteinte de lupus cutané aigu : à propos d'un cas

Dr S.Ait yazza, Dr H.Boumehti, Dr Z.Chbihi Moukit, Dr M.Chetti, Dr C.Fikri, Pr O.Hocar, Pr M.Aboudourib, Pr S.Amal.

Service de dermatologie, Hopital Mohammed 6, Marrakech.

Introduction : L'adermatoglyphie, acquise ou congénitale, est une affection rare définie par l'absence des empreintes digitales.

Le lupus érythémateux cutané est une affection auto-immune isolée à l'atteinte du derme, avec trois catégories de lésions : aiguës, subaiguës et chroniques.

L'adermatoglyphie acquise n'est pas décrite dans la littérature comme étant une manifestation clinique directe de lupus cutané sans qu'il y ait une association à un phénomène de Raynaud.

La présentation clinique : Nous rapportons le cas d'une patiente suivie pour un lupus cutané sans notion de phénomène de Raynaud associé qui présente une adermatoglyphie acquise.

Il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans, droitière, sans antécédent personnels ou familiaux particuliers, chez qui un diagnostic de lupus a été retenu selon les critères de classification EULAR/ACR 2019 avec un total de 12 points devant des lésions cutanées de lupus aigu avec un bilan immunologique positif (anticorps anti nucléaires à 1/1240 type moucheté, anticorps anti Sm à 34 U/ml) sans atteinte systémique.

Six mois après le début de la symptomatologie, un effacement des empreintes au niveau de l'index, du majeur et du pouce gauche et du majeur, de l'annulaire et l'auriculaire droit été découvert à l'occasion de la réalisation de sa carte d'identité, sans notion des signes de phénomène de Raynaud y compris la forme incomplète ou à minima associée ni application chronique de dermocorticoïdes et sans antécédent de traumatisme ou de brûlure des doigts.

L'examen cutané mettait en évidence un effacement du relief des dermatoglyphes de l'index, du majeur et du pouce gauche et du majeur, de l'annulaire et l'auriculaire droit, une nette diminution des crêtes épidermiques des pulpes des autres doigts ; associés à des lésions de lupus cutané aigu faites d'un érythème malaire du visage respectant les sillons nasogéniens et des macules érythémateuses au niveau des zones photo exposées et des faces d'extension des articulations avec une alopecie non cicatricielle. Le reste de l'examen physique était sans particularités.

Discussion : Les causes de l'adermatoglyphie acquise sont multiples. Elles peuvent être traumatiques par brûlures physiques ou chimiques, secondaires à une pathologie dermatologique à citer l'eczéma des mains, la dyshidrose, le psoriasis, des lésions bulleuses des extrémités et le syndrome de Raynaud, ou iatrogènes suite à l'application chronique dermocorticoïdes ou après un traitement par la capecitabine.

La majorité des cas rapportés dans la littérature de l'adermatoglyphie associées à des maladies de système ont été expliqués par la présence du syndrome de Raynaud, qui est responsable d'une ischémie des extrémités des doigts provoquant une atrophie des reliefs des dermatoglyphe. Un seul cas signalé avait un lupus avec l'apparition d'une adermatoglyphie acquise sans mentionner la présence de phénomène de Raynaud.

Conclusion : Notre observation de la perte d'empreintes digitales chez une patiente atteinte de lupus sans présence de phénomène de Raynaud souligne la nécessité d'évaluer la possibilité de l'acquisition d'une adermatoglyphie en association avec le lupus.

Vascularite urticarienne : une série de 15 cas

Mnif E, Hammami F, Sellami K, Chaabouni R, Masmoudi A, Amouri M, Mseddi M, Boudaya S, Bahloul E, Turki H
Service de dermatologie ; CHU Hedi Chaker, Sfax-Tunisie

Introduction

La vascularite urticarienne (VU) est une entité clinico-histologique rare. L'objectif de notre travail est d'étudier les aspects anatomocliniques de la VU et d'évaluer son association avec les maladies de système et l'hypocomplémentémie.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 15 cas de VU prouvée histologiquement sélectionnés sur une période de 17 ans (2005-2022).

Résultats

Quinze patients ont été colligés (12 femmes et 3 hommes), d'âge moyen 40 ans (20-61 ans). Une comorbidité a été trouvée dans 7 cas : un syndrome de Gougerot et Sjogren (SGJ) dans 3 cas, un lupus systémique, une spondylarthropathie ankylosante (SPA) dans deux cas, une thyroïdite d'Hashimoto (TH), une polyarthrite rhumatoïde (PR), une cirrhose biliaire primitive (CBP) et un cancer de sein dans un cas chacun. La durée moyenne d'évolution était 5 mois (1 mois à 2 ans).

Chez 10 patientes, les lésions étaient fixes et persistaient plus de 24 heures et dans 6 cas, on retrouvait une hyperpigmentation ou des plaques purpuriques résiduelles. Les lésions étaient peu prurigineuses avec une sensation de brûlure dans 8 cas.

Les anticorps antinucléaires étaient positifs dans 7 cas alors qu'une hypocomplémentémie était retrouvée dans un seul cas. Une vascularite leucocytoclasique était observée dans tous les cas avec une IFD positive dans 3 cas.

Les antihistaminiques étaient efficaces chez 9 patients. L'adjonction du plaquénil (2 cas), dapsonne (1 cas) ou colchicine (2 cas) était nécessaire. L'évolution était marquée par: une récurrence 5 cas, une maîtrise de poussées 4 cas et le reste était perdus de vue. Le suivi moyen des patients était de 1 an.

Discussion

Nos données sont conformes à la littérature en ce qui concerne la prédominance féminine, l'âge moyen de survenue et la présentation clinique.

Bien que l'association avec le LES, la PR et le SGJ soit bien documentée, celle avec la TH demeure rare. La variante hypocomplémentémique (VUH) était peu représentée dans notre étude contrastant avec la fréquence élevée (>50%) des maladies auto-immunes. En effet l'hypocomplémentémie est proportionnellement liée à l'atteinte systémique selon les récentes études.

La biopsie des lésions actives constitue la clé du diagnostic en montrant une vascularite leucocytoclasique. L'IFD était moins souvent positive que dans la littérature (27 % vs 70 %).

Conclusion

La VU est peu fréquente. Nous soulignons l'intérêt de l'évoquer devant des lésions urticariennes en présence d'une MAI.

Une vascularite à IgA cutanée pure chez une personne âgée

B. Merrouche ^[1], C. Ayati ^[1], K. Abbaci-Daghor ^[2], O. Tebbakha ^[3], H. Sahel ^[1]

^[1] Service de Dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger

^[2] Service de Médecine interne, CHU Bab El Oued, Alger

^[3] Service d'Anatomo-pathologie, CHU Bab El Oued, Alger

Introduction : La vascularite à IgA, anciennement appelée purpura rhumatoïde ou syndrome d'Henoch-Schönlein, est une vascularite systémique des petits vaisseaux à dépôts d'immunoglobulines A. Une atteinte cutanée isolée est rarement rapportée dans la littérature. Nous rapportons un cas chez une personne âgée.

Observation : Une patiente âgée de 74 ans, aux antécédents de diabète de type 2, de fibrillation auriculaire sous Sintrom[®], d'hypertension artérielle et de maladie goutteuse, présentait un purpura vasculaire nécrotico-pétéchial, prurigineux des quatre membres, à prédominance distale. Le tableau évoluait par poussées depuis plus de 3 mois dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. Aucun facteur déclenchant n'était retrouvé. Pas de signes cliniques ou paracliniques évoquant une atteinte extra-cutanée. Un bilan comportant : sérologies virales, immunoélectrophorèse des protéines sériques, recherche des ANCA, anticorps antinucléaires, cryoglobulinémie, était revenu sans anomalies. L'histologie d'une biopsie cutanée objectivait une vascularite leucocytoclasique avec nécrose fibrinoïde. L'immunofluorescence directe montrait des dépôts vasculaires d'IgA. Le taux sérique d'IgA était normal. Le diagnostic de vascularite à IgA était posé. Un traitement par colchicine à la dose de 1 mg/jour permettait une bonne amélioration. La malade est en rémission complète avec un recul de 6 mois.

Discussion : La vascularite à IgA touche principalement l'enfant, elle est rare chez l'adulte et l'est encore plus chez le sujet âgé. Sa physiopathologie n'est que partiellement élucidée. Elle touche classiquement la peau, les articulations, le tube digestif et le rein. L'atteinte cutanée de type purpura vasculaire est quasi-constante et précède les autres manifestations de la maladie une fois sur deux. Chez les malades adultes et âgés, l'affection évolue souvent sur un mode chronique avec un pronostic moins bon du fait d'une atteinte rénale plus fréquente et plus grave. Dans un tiers des cas, la néphropathie est d'apparition tardive (jusqu'à plusieurs mois) ce qui souligne la nécessité d'instaurer un suivi prolongé. Une élévation des IgA sériques est présente dans environ 60 % des cas, mais cela ne constitue en aucun cas un argument formel pour affirmer le diagnostic. Une présentation cutanée isolée sans les caractéristiques typiques d'un purpura rhumatoïde, comme dans le cas de notre observation, est peu décrite dans la littérature. Elle est associée parfois à une gammopathie monoclonale à IgA, avec ou sans myélome. Pour notre malade, cette dysglobulinémie n'a pas été retrouvée. La prise en charge thérapeutique n'est pas clairement définie, différentes options sont envisageables : corticothérapie générale, dapsone ou colchicine. Cette dernière s'est avérée efficace dans notre cas.

Conclusion : Nous rapportons un nouveau cas d'une vascularite à IgA, strictement cutanée sans atteinte systémique, chez une personne âgée.

Peau et thyroïde : Etude prospective à visée descriptive sur 131 patients.

A.Lahrougui¹, M.Aboudourib¹, O.Hocar¹, S.Amal¹
M.Alahyane², Z. Ait si ali², Z.Ismail², S.Rafi², G.El Mghari², N.El Ansari²

(1) : Service de dermatologie et vénéréologie

(2): Service d'Endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques.

CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc

Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

Laboratoire biosciences

• **Introduction :**

La peau représente le miroir du corps humain, reflétant notre hygiène de vie ainsi que d'autres pathologies internes pouvant être tumorales, métaboliques, endocriniennes ou autres.

Qu'en est-il de la thyroïde et de son lien avec les pathologies cutanées ? Par quel mécanisme d'action agit-elle? Quelles sont ses principales manifestations cutanées ?

• **Matériel et méthode :**

Pour y répondre, nous avons réalisé une étude prospective étalée sur une période d'un an, allant de Juin 2022 à Juin 2023, au service de dermatologie-vénéréologie et d'endocrinologie au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Notre étude a une visée descriptive, incluant tous les patients de toutes les tranches d'âges atteints de dysthyroïdies et excluant tous les patients atteints d'autres endocrinopathies en euthyroïdie.

• **Résultat :**

Le nombre total de patients atteints de dysthyroïdie était estimé à 131 cas, avec une prédominance : Féminine, de la tranche d'âge : 25-29ans, ainsi que de l'hypothyroïdie avec une prévalence estimée à 61.30%.

L'atteinte cutanée était estimée à 61.83% de notre échantillon soit 81 cas, classée en plusieurs catégories par ordre décroissant notamment :

1. L'atteinte épidermique (61.70%) comportant la xérose cutanée et la kératose palmo-plantaire.
2. L'association à des pathologies auto-immunes (39.50%) notamment au lupus, dermatoses bulleuses, urticaire et prurit chronique.
3. Trouble pigmentaire (27.16%) englobant des cas de vitiligo segmentaire et extensif ainsi que des cas d'hyperpigmentation.
4. L'atteinte capillaire était estimée à 23.45% englobant des cas de télogène effluvium, pelade, ainsi que l'apparition précoce de cheveux blancs.
5. L'atteinte unguéale était estimée à 2.46% comportant des cas d'onycholyse et d'onychomadèse.

• **Conclusion :**

Les résultats de notre étude concordent fortement avec les données de la littérature, à l'exception de l'atteinte dermique absente dans notre série.

Du fait de l'augmentation de l'incidence des dysthyroïdies, l'examen dermatologique doit être systématique chez tout patient porteur d'une endocrinopathie

Psoriasis

Association psoriasis et hépatopathies auto-immunes : deux cas

B. Merrouche, N. Damou, N. Mezhoudi, R. Roumili, C. Ben Mohand, H. Sahel

Service de dermatologie CHU Bab El Oued, Alger

Introduction : Les hépatopathies auto-immunes (HTAI) sont un groupe hétérogène de pathologies hépatiques chroniques et rares. Elles comprennent la cirrhose biliaire primitive (CBP), l'hépatite auto-immune (HAI) et la cholangite sclérosante primitive (CSP). L'association de ces affections avec le psoriasis est peu décrite dans la littérature. Nous rapportons deux nouveaux cas.

Observations :

Cas 1 : Patient âgé de 50 ans, suivi pour un psoriasis vulgaire sévère évoluant depuis l'âge de 27 ans, compliqué d'une atteinte articulaire périphérique depuis 13 ans. Il développait en 2012 une CSP, traitée par de l'acide ursodéoxycholique (Ursolvan®) à 400 mg/jour. De l'adalimumab associé au méthotrexate (15 mg/semaine), débuté il y a 5 ans, permettait une bonne amélioration cutanée et articulaire et une normalisation du bilan hépatique.

Cas 2 : Patiente de 72 ans, atteinte de CBP depuis 25 ans, traitée par acide ursodéoxycholique à 400 mg/jour, développait des lésions étendues d'un psoriasis vulgaire depuis 4 ans, sans atteinte articulaire associée. Le bilan hépatique était normal en dehors d'une légère cholestase biologique (GGT à 81 UI/l). Les sérologies virales étaient négatives. Les anticorps antinucléaires étaient positifs à 1/320 avec une spécificité anti-M2. Le fibroscan hépatique objectivait une élasticité mesurée à 6.3 Kpa. Après échec des dermocorticoïdes d'activité très forte, un traitement par photothérapie type UVB permettait une bonne amélioration.

Discussion : Les hépatopathies auto-immunes peuvent se manifester, soit sous une forme cholestatique incluant la CBP et la CSP, soit sous une forme cytolytique représentée par l'HAI. Le chevauchement des deux formes est possible : Overlap syndrome. Elles sont souvent associées à d'autres maladies auto-immunes, les plus fréquentes étant le syndrome de Gougerot-Sjögren, la sclérodermie systémique et les thyroïdites. La coexistence psoriasis-HTAI est très rare, peu d'études l'avaient rapportée. À notre connaissance, il n'existe pas de données sur la fréquence des HTAI au sein de larges cohortes de patients atteints de psoriasis. Nos deux observations illustrent l'association entre le psoriasis et HTAI : chez un patient le psoriasis est survenu avant la découverte de l'HTAI et dans l'autre cas, il est survenu après. Cette association ne semble pas modifier l'évolution de chacune des deux maladies. Elle fait discuter l'hépatotoxicité des traitements utilisés dans le psoriasis. Paradoxalement, les anti TNF ont permis une normalisation du bilan hépatique chez l'un de nos deux patients.

Conclusion : L'association des hépatopathies auto-immunes au psoriasis est très rare et pose surtout un problème d'ordre thérapeutique.

La coexistence d'un psoriasis et d'une pemphigoïde bulleuse: à propos d'un nouveau cas
Tunisien

Kemicha D, Korbi M, Youssef M, Mabrouk S*, Belhadjali H, Zili J

Service dermatologie, *Service anatomopathologie, CHU Monastir, Tunisie

Introduction :

Le psoriasis est une maladie auto inflammatoire qui pourrait être associé à de nombreuses comorbidités, telle que les dermatoses bulleuses auto immunes. Cette association, bien que décrite, reste rare.

Observation :

Un homme âgé de 47ans, aux antécédents de psoriasis en plaques depuis 1998 traité par des dermocorticoïdes, nous a été adressé pour une éruption cutanée érythémato-squameuse et bulleuse étendue qui évolue depuis quelques jours, sans notion de facteur déclenchant ni de prise médicamenteuse récente ou au long cours. L'examen dermatologique a montré des lésions érythémato-squameuses psoriasiformes du tronc, genoux et cuir chevelu, une kératodermie palmaire et des bulles tendues de 0,5 à 1cm de contenu clair, sans signe de Nikolsky, siégeant au niveau du tronc et des membres, épargnant le visage et sans atteinte des muqueuses. Certaines bulles reposaient sur une base érythémateuse et d'autres sur les plaques de psoriasis. Ces dernières laissaient place à des érosions crouteuses. L'examen des phanères a montré une onychodystrophie des vingt ongles, avec trachyonychie, onychomadèse et des ongles en dé à coudre. Au bilan biologique, on a noté une hyperleucocytose avec une hyperéosinophilie. Une biopsie cutanée faite d'une bulle était compatible avec le diagnostic de pemphigoïde bulleuse (PB). L'examen histologique d'une biopsie au niveau des plaques psoriasiformes a confirmé le diagnostic clinique du psoriasis. Les tests immunologiques sériques IFI, ELISA, et western blot n'ont pas été pratiqués par manque de moyen. Le diagnostic final était un psoriasis associé à une PB. Un traitement par des dermocorticoïdes très fort à 40g/jour a été démarré avec bonne évolution clinique aussi bien du psoriasis et ainsi que de la PB.

Discussion :

La coexistence de psoriasis et de pemphigoïde bulleuse est rare. Le psoriasis précède l'installation de la PB dans la majorité des cas avec un délai moyen de 15 ans. Cette association semble être plus fréquente chez le sexe masculin, et chez des sujets jeunes, comme le cas de notre patient, contrairement à la PB classique. La présence de ces deux maladies associées a été attribuée au phénomène appelé "étalement d'épitopes". En effet, des cas de PB compliquant un psoriasis pourraient correspondre à une pemphigoïde anti laminine gamma 1. Il s'agit d'une forme récemment décrite et reconnue comme entité distincte de la PB. Le diagnostic de cette forme repose sur l'immunoblot en mettant en évidence une immunisation anti p200. Le traitement n'est pas bien codifié, les dermocorticoïdes en association à un traitement systémique tels une corticothérapie générale ou méthotrexate sont les plus utilisés.

Conclusion :

L'association de psoriasis et de PB représente un model intéressant des réactions inflammatoires cutanées. Des recherches sont nécessaires pour élucider la physiopathologie et définir des stratégies thérapeutiques appropriées.

Psoriasis et vitiligo : quand l'association s'accompagne d'une colocalisation

B. Merrouche, T. Benbrahim, H. Sahel
Service de dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger

Introduction :

Le psoriasis et le vitiligo sont des dermatoses inflammatoires fréquentes touchant respectivement 2 % et 1 % de la population générale avec un impact important sur la qualité de vie des patients. Leur association est connue mais rare. Nous rapportons un nouveau cas.

Observation : Une patiente âgée de 58 ans, suivie pour un psoriasis vulgaire étendu, évoluant depuis 25 ans sans atteinte articulaire associée, et pour un vitiligo non segmentaire apparu 5 ans après. Après échec de l'acitrétine et une intolérance au méthotrexate, elle était traitée par PUVAthérapie pendant 3 ans avec une repigmentation partielle et temporaire de son vitiligo et une amélioration incomplète de son psoriasis. A l'examen clinique, on notait une localisation des lésions de psoriasis principalement sur des macules achromiques de vitiligo, au niveau du tronc et des quatre membres. La recherche des anticorps antinucléaires était négative. La malade était candidate à un traitement biologique de type anti-TNF alpha.

Discussion : Bien que l'association entre le psoriasis et le vitiligo ait été rapportée dès le 19^{ème} siècle, les mécanismes physiopathologiques sous-jacents demeurent mal élucidés. Cette association est rare : une série (Sandhu et al, 2004) comportant 4700 cas de psoriasis, colligés pendant 14 ans, n'a révélé que 38 sujets présentant des lésions de vitiligo. Une autre étude italienne (Percivalle et al, 2009) de 712 patients atteints du vitiligo, menée sur une période de 26 ans, a identifié seulement 21 malades avec un psoriasis. La colocalisation des lésions des deux affections, comme dans le cas de notre patiente, est encore plus rare et soulève un problème étiopathogénique.

Le phénomène de Koebner, correspondant à l'apparition dans les suites d'un traumatisme d'une dermatose préexistante sur une zone de peau saine, est communément retrouvé chez les malades psoriasiques. Il est décrit aussi dans le vitiligo. Il paraît peu probable que ce phénomène soit à lui seul responsable de la coexistence des deux pathologies. L'hypothèse la plus avancée est celle du rôle prépondérant des lymphocytes T CD8+ induisant une perte des mélanocytes et une production de cytokines IL-17.

La survenue du vitiligo précède celle de psoriasis dans 62 à 81 % des cas, cependant dans notre observation, le psoriasis a été la dermatose initiale. Un début simultané reste exceptionnel.

L'association psoriasis-vitiligo représente par ailleurs un défi thérapeutique. Les anti-TNF alpha, utilisés depuis de nombreuses années dans le traitement de psoriasis, peuvent être proposés. Le développement d'un vitiligo paradoxal est toutefois documenté chez certains patients sous biothérapie.

Conclusion : L'association du psoriasis avec le vitiligo, en particulier sous forme de colocalisation lésionnelle, est rare avec une pathogénie largement méconnue. Des recherches approfondies sont nécessaires pour améliorer sa compréhension et proposer des thérapies efficaces.

L'association psoriasis et lupus érythémateux bulleux

M.Ghaleb ,O.Eljouari, S.Gallouj
Service de dermatologie et vénérologie
CHU Mohammed VI Tanger

Introduction: Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique à expression principalement cutanée et articulaire. Sa pathogénèse est multifactorielle. En raison du caractère auto-immun de cette affection, de nombreuses autres maladies auto-immunes rares peuvent s'y associer parmi eux lupus érythémateux

Observation Une femme de 35 ans suivie en médecine interne pour un lupus systémique depuis 2011 sous corticoïde et antipaludéens de synthèse. consultait pour une éruption érythémato-bulleuse chronique généralisée + hyperkératose palmoplantaire.

A son admission, l'examen clinique trouvait des érosions post bulleuses symétriques, indolores, sèches, surmontées de croûtes diffuses à tout le corps + la présence de quelques bulles à contenu clair, prurigineuses faisant 0,7 cm de diamètre, tendues, avec signe de Nikolsky négatif au niveau des membres

L'examen trouve aussi une kératodermie palmoplantaire douloureuse d'aspect jaunâtre, parsemée de fissure.

L'examen des muqueuses trouve des érosions post bulleuses indolores des muqueuses buccale et génitale

Le diagnostic d'une atteinte cutanée de son lupus associée à un psoriasis a été fortement suspecté. D'où la réalisation d'une biopsie cutanée (sur deux sites) avec un bilan de systématisation de son lupus : rénal + pulmonaire + immunologique positif

L'examen histologique d'une biopsie palmaire montrait un psoriasis palmaire .

L'examen histologique d'une biopsie cutanée montrait un lupus érythémateux subaigu .

La patiente fut mise sous soins locaux avec dermocorticoïdes classe très forte sous occlusion, avec l'ajustement de son traitement par les internistes l'évolution se faisait vers le début la cicatrisation

Discussion Le psoriasis, maladie bien caractérisée sur le plan clinique, a des mécanismes pathogéniques mal élucidés. En effet, sous l'influence de facteurs environnementaux et sur un terrain génétique prédisposé, se produit une perturbation du système immunitaire innée entraînant de nombreux phénomènes inflammatoires.

Ces processus inflammatoires peuvent rendre les auto-antigènes accessibles, perturber la tolérance immunitaire aux auto-antigènes, et activer les cellules auto réactives qui, à leur tour, entraînent des processus auto-immuns secondaires responsables d'associations entre différentes pathologies auto-immunes.

Le psoriasis pourrait être associé à des maladies thyroïdiennes auto-immunes telles que la maladie d'Hashimoto, la maladie de Crohn, le diabète sucré, le vitiligo, la pelade, la maladie cœliaque et rarement le lupus disséminé érythémateux.

Conclusion Il est essentiel de reconnaître et d'explorer les comorbidités du psoriasis, en particulier chez les patients atteints de lupus qui présentent des signes cliniques. ainsi qu'une surveillance au long cours est nécessaire chez les patients présentant une maladie auto-immune associée au psoriasis à la recherche d'autres maladies auto-immunes pour une prise en charge adéquate.

Psoriasis épargnant une dermatophytie : Phenomene de Renbök

Abdelmalek Mariem, Chabchoub Ines, Laribi Amira, Gara soumaya, Litaiem Noureddine,
Jones Meriem, Zeglaoui Faten
Service de dermatologie, Hopital de Charles Nichole Tunis, Tunisie

Introduction :

Le phénomène de Renbök désigne le respect, par une seconde dermatose, d'une zone de peau touchée précédemment par une première dermatose. Nous présentons ici un phénomène de Renbök, non décrit jusqu'à présent, survenu chez un patient atteint de psoriasis et qui épargnait une partie du corps atteinte par une dermatophytie circinée.

Observation :

Il s'agit d'un homme âgé de 35 ans aux antécédents de psoriasis en plaques, qui nous a consulté pour des plaques érythémato-squameuses à bordure circinée étendues touchant le bas du dos et les faces internes des cuisses. Le diagnostic retenu était une dermatophytie circinée et le patient avait été mis sous Terbinafine per os entraînant un blanchiment des lésions au bout de 20 jours. Plus tard, il a développé une nouvelle poussée de psoriasis faite de plaques érythémateuses infiltrées et squameuses, touchant le tronc et les membres, et qui épargnaient nettement le bas du dos et les cuisses, zones préalablement atteintes par la mycose cutanée.

Discussion :

Le phénomène de Renbök, aussi dénommé phénomène d'épargne, ou sparing phenomenon pour les anglophones, a été décrit en 1981 par R. Cochran qui a constaté le respect d'un site antérieurement irradié pour tumeur par une toxidermie. Il correspond au phénomène inverse du phénomène de Koebner dont il est l'anagramme. Ce phénomène a été essentiellement rapporté dans des cas de pelade diffuse et de psoriasis du scalp, les plaques de psoriasis anciennes ou cliniquement actives sur le cuir chevelu étant décrites comme facteur protecteur de la chute des cheveux. Dans notre cas, ce sont les plaques de mycose cutanée qui ont inhibé la progression des plaques de psoriasis. La principale hypothèse physiopathologique proposée est l'existence d'un état réfractaire sur une zone topographique donnée, où une modification de l'environnement cytokinique induit par la première dermatose empêcherait la seconde de se développer. Ainsi, nous postulons que chez notre patient, l'inflammation de la mycose cutanée a inhibé le mécanisme inflammatoire opérant dans le psoriasis.

Conclusion :

Le phénomène de Renbök est un événement rarement observé mais intrigant. Il permet de mieux comprendre la concurrence des réponses inflammatoires au sein d'un même patient. Mais en absence de tout résultat de laboratoire à l'appui, il semble difficile d'envisager de nombreuses hypothèses sur les mécanismes cellulaires de ces réponses de Koebner inversées.

L'anneau de Woronoff : à propos d'un cas I. Damak, M. Tabka, A. Souissi, D.

Elinkichari, M. Mokni Service de dermatologie, hôpital la Rabta, Tunis, TUNISIE

Introduction L'anneau de Woronoff se définit par l'apparition d'un halo hypopigmenté

autour des lésions de psoriasis. Ce signe n'est pas très connu par les praticiens du fait de la rareté des publications sur le sujet. Nous en rapportons une observation. Observation Il s'agit d'une femme âgée de 52 ans, aux antécédents de diabète type 2 sous antidiabétiques oraux, suivie depuis deux ans pour psoriasis en plaques pour lequel elle a reçu un traitement à base de dermocorticoïdes et d'émollients. Au cours de l'évolution, la patiente a présenté des anneaux hypochromiques autour des plaques de psoriasis.

Discussion L'anneau de Woronoff a été initialement décrit par le dermatologue Woronoff D.L. depuis plus d'un siècle. Il s'agit d'un anneau hypopigmenté, de 2-6 mm de largeur, siégeant autour d'une plaque de psoriasis guérie. Ce phénomène peut apparaître spontanément, suite à l'application d'un topique tel que les dermocorticoïdes et l'anthraline, suite à l'exposition aux rayons UV, ou après l'utilisation d'un traitement systémique comme l'adalimumab. Sur le plan histologique, il se caractérise par une acanthose, une diminution de la quantité de la mélanine épidermique et une irrégularité des papilles dermiques sans dilatation des capillaires. La pathogénie de ce phénomène n'est pas encore bien élucidée. Cependant, plusieurs hypothèses ont été avancées.

Certains auteurs pensent que ce signe résulte de l'inhibition de la synthèse des prostaglandines réduisant ainsi l'inflammation autour des plaques de psoriasis. D'autres pensent que le TNF-alpha (tumor necrosis factor alpha) et l'interleukine 17 sécrétés par les lymphocytes CD8+ activées lors du psoriasis, augmentent la prolifération des mélanocytes mais inhibent la synthèse de la mélanine induisant ainsi une dépigmentation.

Un psoriasis atypique.

S. Ait Oussous¹, B. El Idrissi¹, Fz. El Alaoui El Abidi¹, H. Kherbach¹, N. Kayouh¹, R. Chakiri¹

¹ Département de Dermatologie et vénéréologie, CHU SOUSS-MASSA, Agadir, Maroc

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique caractérisée par une activation anormale du système immunitaire. Il se manifeste le plus souvent par des plaques érythémato-squameuses prédominant sur les convexités. Cependant, de nombreux aspects atypiques ont été décrits. Nous rapportant un cas de psoriasis en plaque solitaire et nous soulignons l'intérêt de la dermoscopie dans l'établissement du diagnostic.

Observation :

Un patient de 23 ans s'est présenté en consultation pour une plaque bien limitée, à surface lisse, en regard de l'articulation métacarpo-phalangienne du 3^{ème} doigt de la main droite, évoluant depuis 9 ans. Le patient n'a rapporté aucun autre symptôme (notamment pas d'arthralgies) ni d'autres lésions ailleurs. L'anamnèse n'a pas soulevé d'habitudes particulières telles que des troubles du comportement alimentaire, succion/mastication des coussinets ou la pratique de boxe. De plus, aucun membre de sa famille ne présentait des lésions similaires. La présentation clinique était fortement évocatrice de callosités des articulations des doigts (Garrod's pads). Néanmoins, l'examen dermoscopique a révélé une vascularisation en points homogène sur fond érythémateux ainsi que des squames blanches. L'examen systématique du patient est venu conforter notre diagnostic en mettant en évidence une atteinte du cuir chevelu et des ongles en faveur du psoriasis. Une biopsie cutanée a tout de même été réalisée objectivant un épiderme hyperplasique d'architecture psoriasiforme surmonté d'une couche cornée hyperkératosique très épaissie, parsemée de zones de parakératose et siège focalement de microabcès. Les papilles dermiques sont oedématisées, congestives, abritant un discret infiltrat péri vasculaire principalement lymphocytaire. Un bilan métabolique a été demandé et le patient a été mis sous dermocorticoïdes et une crème à base d'urée.

Discussion :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique qui peut survenir à tout âge. Il peut revêtir différentes formes cliniques, néanmoins une présentation sous forme d'une plaque unique est inhabituelle et fait la particularité de ce cas clinique. Le phénomène de Koebner est fréquemment signalé au cours du psoriasis, ce qui explique probablement cette localisation chez notre patient. La dermoscopie est un outil non invasif qui permet de redresser le diagnostic en cas de doute. Il est important de signaler que l'atteinte en regard des articulations ainsi que la localisation unguéale sont corrélées à l'atteinte articulaire et doivent faire guetter un rhumatisme psoriasique.

Conclusion :

Chez notre patient la présentation clinique atypique du psoriasis a entraîné un diagnostic tardif. La reconnaissance du motif vasculaire caractéristique en dermoscopie a soulevé la possibilité de psoriasis et a contribué de manière significative au diagnostic final. Ce cas souligne également l'importance d'un examen systématique complet.

Le psoriasis pustuleux et argent : Des bijoux magiques...

H.BOUMEHDI , M.ABOUDOURIB S.AITYAZZA , S.AMAL , O.HOCAR

Service de dermatologie-vénérologie CHU Mohammed VI Marrakech

Introduction

L'acrodermatite Continue de Hallopeau (ACH), est une affection chronique rare. La présentation classique est celle de pustules stériles et sensibles sur une base érythémateuse sous-jacente apparaissant aux extrémités d'un doigt ou d'un orteil.

Nous rapportons une observation inhabituelle d'une patiente qui présentait une ACH à l'exception de la main droite et le majeur de la main gauche où elle portait respectivement un bracelet et une bague en argent.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 75 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait une acropustulose évoluant depuis un an. L'examen des mains a objectivé des plaques érythémateuses mal limitées parsemées de nappes pustuleuses avec une onychodystrophie au niveau de la moitié distale des doigts de la main gauche respectant le majeur et la main droite où porte respectivement une bague et un bracelet en argent depuis plus de 50 ans . L'examen des pieds montre également un aspect similaire. Une biopsie cutanée était réalisée objectivant une hyperkératose, une parakératose, une acanthose associée à un infiltrat neutrophilique avec spongiose. La présentation clinique et les données histologiques étaient en faveur d'un psoriasis pustuleux type ACH. La patiente a été mise sous Acitrétine avec une bonne amélioration clinique.

Discussion

Nous avons observé l'épargne de l'atteinte des doigts où la patiente porte des bijoux en argent. Il est difficile de supposer que ce phénomène est aléatoire. Nous pensons que le port des bijoux en argent par la patiente a permis une meilleure protection des autres doigts par l'effet anti-inflammatoire locorégional lié à l'argent compte tenu ses propriétés biologiques.

Il s'agit de la première observation démontrant les propriétés protectrices des bijoux métalliques dans le psoriasis pustuleux. Un cas similaire a été rapporté avec le psoriasis arthropatique avec une atteinte de toutes les articulations interphalangiennes proximales des deux mains, à l'exception de l'articulation de l'annulaire où le patient porte une alliance en or.

Un autre cas a été également mentionner avec le psoriasis unguéal, qui présentait une trachyonychie de tous les ongles épargnant seulement l'annulaire gauche, porteur d'une bague en argent.

En effet, de nouveaux biomatériaux basés sur des nanoparticules d'argent et d'or ont récemment montré une activité anti-inflammatoire prometteuse. Les patients traités par les nanoparticules ont une réduction significative du score PASI après 6 semaines de traitement topique, et ont significativement diminué l'infiltrat inflammatoire dans les plaques de psoriasis.

Conclusion

Notre cas soutient fortement les propriétés anti-inflammatoire de l'argent. D'un autre côté, l'effet n'est pas spécifique aux métaux d'argent, il a été rapporté que l'or, le cuivre et de nombreux autres métaux ont un effet similaire.

Manifestations systémiques du psoriasis pustuleux généralisé : L'énigme de l'hyperéosinophilie.

A. Abbour - FZ. Elfatoiki - H. Skalli - F. Hali - S. Chiheb.

Introduction : L'association entre le psoriasis et l'hyperéosinophilie reste une question controversée. Bien que plusieurs études ont démontré le rôle indéniable des éosinophiles dans les maladies inflammatoires auto-immunes. Les études examinant la présence d'hyperéosinophilie dans le psoriasis ont abouti à des conclusions contrastées.

Nous rapportons le cas d'une patiente atteinte de psoriasis pustuleux généralisé avec une hyperéosinophilie majeure.

Présentation du cas : Patiente âgée de 42 ans, sans antécédents médicaux significatifs, a été adressée à notre service pour une éruption pustuleuse généralisée évoluant depuis 4 jours. L'examen clinique a objectivé des lésions érythémato-squameuses généralisées au niveau des plis, du visage, du dos, du tronc, des extrémités et de la région palmoplantaire associées à de multiples pustules disséminées.

L'hémogramme complet a révélé une anémie et une hyperleucocytose avec une hyperéosinophilie significative $>2 \times 10^9/l$ (Nombre normal d'éosinophiles $<0,4 \times 10^9/l$).

L'échocardiographie n'a révélé aucun signe d'altération cardiaque et la radiographie du thorax était sans particularités.

Une biopsie cutanée a été réalisée et les résultats histopathologiques correspondaient à un psoriasis pustuleux.

La patiente a été traitée avec préparation à base de corticostéroïdes topiques et d'émollients ainsi que du méthotrexate injectable à raison de 25mg/semaine. L'évolution fut marquée par une amélioration significative des lésions cutanées avec rémission complète à 2 mois.

Discussion : Le psoriasis pustuleux généralisé (PPG) est l'une des variantes les plus graves du psoriasis, car il ne se limite généralement pas à la peau et présente des manifestations systémiques variables. Cliniquement, le PPG se présente sous deux formes : La forme aiguë de von Zumbusch et le psoriasis pustuleux annulaire généralisé.

Le type de PPG de von Zumbusch se caractérise par des pustules disséminées sur le tronc, les extrémités et les régions palmo-plantaires, qui fusionnent puis se résorbent, laissant un érythème et une desquamation étendue.

Bien qu'il y ait de plus en plus de preuves, il n'a pas encore été établi si l'hyperéosinophilie est présente dans le psoriasis, en particulier dans les formes sévères telles que le psoriasis pustuleux.

Les éosinophiles sont des cellules qui résident principalement dans les tissus. On estime que pour un éosinophile sanguin, il y a 100 éosinophiles tissulaires. Par conséquent, on pourrait s'attendre à ce qu'un nombre élevé d'éosinophiles dans le sang périphérique corresponde à une forte infiltration tissulaire d'éosinophiles dans les lésions de psoriasis sévère, mais cela n'a pas été observé de manière cohérente dans la littérature.

Conclusion :

La coexistence d'une hyperéosinophilie lors du psoriasis apparaît comme un phénomène peu courant. L'importance de cette cooccurrence reste à établir.

Psoriasis pustuleux généralisé avec atteinte multisystémique compliqué d'une cholangite neutrophilique.

I.Moubine¹, Fz. El Fatoiki¹, F. Hali¹, G. Lembarki², S. Chiheb¹

¹Service de Dermatologie et de Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

²Service de Radiologie centrale, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le psoriasis pustuleux généralisé est une forme grave de psoriasis, caractérisée par l'installation brutale d'un érythème généralisé recouvert de pustules associé à une fièvre et une altération de l'état général. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant un psoriasis pustuleux généralisé avec atteinte multisystémique.

Observation :

Une femme âgée de 37 ans, a été admise en dermatologie pour une éruption pustuleuse généralisée fébrile. La patiente était suivie pour psoriasis en plaques depuis 3 ans sous traitement local seul, et avait consulté chez un rhumatologue pour des arthralgies inflammatoires évoluant depuis 3 mois, pour lesquelles elle a été mise sous corticoïdes oraux et anti-inflammatoires non stéroïdiens, avant l'apparition de l'éruption cutanée. L'examen à l'admission retrouvait une patiente fébrile à 39°C, avec un ictère conjonctival et une toux sèche. L'examen dermatologique retrouvait un érythème généralisé occupant > 70% de la surface corporelle surmonté de pustules non folliculaires confluentes par endroits, et de squames blanchâtres et épaisses, avec un casque squameux du cuir chevelu. L'examen ostéoarticulaire avait noté un indice articulaire à 5 et un indice synovial à 2 au niveau des 2 genoux. La biopsie cutanée était en faveur d'un psoriasis pustuleux. Le bilan biologique avait objectivé une hyperleucocytose majeure à 62870/mm³ à prédominance neutrophile (PNN : 57970/mm³), avec une VS à 105 mm et une CRP 88 mg/L. Le bilan hépatique était perturbé (ASAT : 211 UI/L, ALAT : 108 UL/L, GGT : 411 UI/L, PAL : 718 UI/L, bilirubine : 135,5 mg/L). Le bilan infectieux était négatif. La radio thorax avait retrouvé un syndrome interstitiel bilatéral. L'échographie hépatique, la bili-IRM ainsi que le bilan immunologique du foie étaient normaux, la ponction biopsie hépatique n'a pas été réalisée. L'évolution était marquée par la résolution des signes cutanés concomitante à une régression de l'ictère et une amélioration biologique.

Discussion :

Plusieurs atteintes systémiques ont été décrites avec le psoriasis pustuleux généralisé. Ces atteintes sont représentées par les manifestations ostéoarticulaires, hépatiques, pulmonaires et oculaires. Elles peuvent être expliquées par une infiltration massive et transitoire des tissus extra cutanés par des PNN. En effet, la ponction biopsie du foie permet d'objectiver une infiltration des canalicules biliaires ou des espaces portes par des PPN dans les cholangites neutrophiliques. Les anomalies cliniques et biologiques sont concomitantes à la poussée du psoriasis et régressent avec l'atténuation des signes cutanés, ce qui était le cas chez notre patiente.

Conclusion :

Les manifestations extracutanées du psoriasis pustuleux généralisé doivent être reconnues par les dermatologues et rhumatologues afin d'éviter des errances diagnostiques ou des investigations invasives et ne pas retarder la prise en charge de ces patients.

PSORIASIS PUSTULEUX GENERALISE : Série hospitalière de 32 cas .

N.DAMOU ⁽¹⁾, F. Hamchaoui ⁽²⁾, H. Sahel ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service de dermatologie, CHU Bab El oued, Alger

⁽²⁾ Service d'épidémiologie, CHU Bab El oued, Alger

Introduction : le Psoriasis pustuleux généralisé est une forme rare et sévère de psoriasis, caractérisé par des poussées imprévisibles et une variabilité épidémio-clinique. Nous rapportons une série hospitalière pour déterminer les caractéristiques épidémio-cliniques, pronostiques et thérapeutiques du PPG dans notre service.

MATERIEL ET METHODE :

Nous avons mené une étude prospective, descriptive, incluant tous les cas de PPG, PAEG et PPG de la femme enceinte hospitalisés au service de dermatologie du CHU BEB-EL-OUED entre Janvier 2022 et Janvier 2023.

RESULTATS :

Nous avons collecté 32 cas de PPG. L'âge moyen de nos patients était de 33,6 ans (allant de 9 à 36 ans) avec 7cas pédiatriques, et un sexe-ratio M/F = 0,053 . . Une notion de consanguinité était retrouvé chez 25% des cas (n=5) et des antécédents familiaux de psoriasis vulgaire chez 40% (n=8) , un seul cas avec antécédent familial de PPG .15 patients avaient des antécédents personnels de psoriasis vulgaire et un cas de psoriasis arthropathique. Un facteur déclenchant était présent dans 85% des cas, les médicaments étaient incriminés chez 10 patients, le stress chez 10, les infections chez 3 cas et deux femmes ont eu des poussées lors de leurs grossesses. L'âge de début variait de 7 à 63 ans avec 40% de forme inaugurale. Pour le traitement, tous nos patients ont été mis sous traitement local, 25% sous ACI rétine, 25% sous Méthotrexate et 5% sous Ciclosporine. Une étude génétique a la recherche de la mutation du gène IL36R a été réalisée chez l'ensemble de nos patients.

Discussion :

Le PPG est une entité hétérogène regroupant plusieurs phénotypes qui semble plus fréquent dans les populations asiatiques, Il peut apparaître a tout âge mais l'âge moyen est la 5ème décennie. Dans notre série on note la moyenne d'âge qui est inferieure a celle rapportée dans la littérature (33,6ans) et la nette prédominance féminine chez les enfants et les adultes. Les études sur de grands échantillons sont rares , cependant celles qui ont été rapportées montrent que 25% des patients avec PPG avaient des antécédents personnels de psoriasis vulgaire avec 31% de cas pédiatriques familiaux .Notre étude se distingue par l'absence de cas familiaux de PPG , et de forme sévère .le traitement repose principalement sur l'Acitrétine , la ciclosporine et le méthotrexate. Dans notre série, 55% des patients ont été mis sous traitement systémique avec une bonne amélioration. Le PPG lié a la grossesse est une entité rare avec un pronostic materno-fœtal réservé. Dans notre série, nous avons rapporté le cas d'une patiente ayant bien évolué sous corticothérapie 0.5mg/kg/j avec une bonne évolution.

Conclusion :

Notre étude se distingue par la nette prédominance féminine et l'absence de forme familiale même chez les cas pédiatriques ainsi que l'absence de forme grave de PPGVZ. Une étude génétique a la recherche des mutations permettra une prise en charge plus ciblée de la maladie.

Psoriasis Pustuleux Généralisé chez l'enfant : A propos de 6 cas

N. Damou, H. Sahel

Service de dermatologie CHU Bab El Oued Alger

Introduction : Le Psoriasis pustuleux généralisé (PPG) est une forme rare et sévère de psoriasis, caractérisé par une hétérogénéité épidémiologique. Nous rapportons une série pédiatrique de 6 cas hospitalisés dans notre service, afin de déterminer les caractéristiques cliniques, pronostiques et thérapeutiques du PPG de l'enfant.

Matériel et méthode : Étude prospective incluant tous les cas de PPG de l'enfant hospitalisés au service de dermatologie du CHU BAB-EL-OUED entre Janvier 2022 et Janvier 2023.

Résultat : Sur 30 cas de PPG hospitalisés durant cette année, 6 cas pédiatriques ont été enregistrés avec un âge moyen de 9,5 ans (de 1 à 14 ans). Une prédominance féminine avec un sex-ratio :0,5. Notion de consanguinité chez la moitié des patients. Les antécédents familiaux de PPG et de psoriasis vulgaire étaient notés respectivement chez 1 et 3 patients. 3 patients avaient des antécédents personnels de psoriasis vulgaire. Un facteur déclenchant était rapporté chez 4 patients (notion de stress chez 3 d'entre eux et infection virale chez un patient). L'âge de début : de 1 à 11 ans avec une moyenne d'âge de 7 ans. Tableau clinique : L'aspect annulaire généralisé était prédominant, avec deux cas d'érythrodermie. Des signes associés : fièvre (n=2), atteinte unguéale (n=3), atteinte du cuir chevelu (n=4). Aucune atteinte extra-cutanée n'a été retrouvée chez nos patients - Les signes biologiques : hyperleucocytose >10000 (n=2). Pour le Traitement : tous nos patients ont été mis sous traitement local associé chez 4 de nos malades à l'acitrétine, et chez les 2 autres au méthotrexate avec une amélioration clinique chez les 6 patients.

Discussion : le PPG infantile est une entité rare, qui regroupe plusieurs phénotypes pouvant parfois engager le pronostic vital. D'après une étude japonaise qui a inclus tous les patients atteints de psoriasis enregistrés entre 2002 et 2008, l'incidence du PPG chez les enfants était estimée à 1,3% seulement. Dans notre série, le PPG infantile représentait 5% de l'ensemble des PPG hospitalisés, ce qui confirme la rareté de cette pathologie dans la population pédiatrique. On notait également une prédominance féminine, contrairement aux données de l'étude de JIN.H et al, qui rapporte une légère prédominance masculine parmi les cas pédiatriques de PPG. Notre série se distingue également par la rareté des cas familiaux de PPG, et de forme sévère (VON zumbusch). Le traitement repose principalement sur l'acitrétine, la ciclosporine et le méthotrexate comme armes thérapeutiques de première ligne. Nos patients ont bien répondu à un traitement systémique par acitrétine (4 cas) et méthotrexate (2 cas), mais l'évolution est imprévisible avec une fréquence des poussées variables d'un patient à l'autre. En effet, selon une série taïwanaise, une rémission complète n'a été rapportée que chez 8 patients sur 19. Dans notre série, une réponse au traitement a été notée chez les 6 patients mais les rechutes sont quasi-constantes.

Conclusion : Notre série se distingue par la prédominance féminine et la rareté de forme familiale et de formes graves de PPGVZ. Une étude génétique à la recherche des mutations permettra une prise en charge plus ciblée de la maladie. Ces données restent à prouver par des études à une plus grande échelle.

Efficacité et sécurité du Sécukinumab dans le traitement du psoriasis : série de 12 cas

F. Chekairi¹, F. Hali¹, K. Bouayad², S. Chiheb¹

**¹ Service de dermatologie et vénéréologie, ² Service de pédiatrie 5,
CHU Ibn Rochd, Casablanca**

Introduction :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire et auto-immune chronique, fréquente chez l'adulte. Il présente un impact majeur sur la qualité de vie des patients pouvant être à l'origine de troubles dépressifs et anxieux sévères.

Le Sécukinumab est un anticorps monoclonal humain neutralisant sélectivement l'interleukine 17A (IL-17A). Il continue à prouver son efficacité et sa bonne tolérance dans le psoriasis en plaques modéré à sévère ainsi que dans le rhumatisme psoriasique, améliorant considérablement la qualité de vie des patients.

Nous rapportons une série de 12 patients psoriasiques traités avec succès par le Sécukinumab.

Observation :

Il s'agit de 12 patients âgés entre 3 et 68 ans avec une moyenne d'âge de 28,6 et une prédominance féminine (sexe ratio H/F=0.8), chez qui une consanguinité était retrouvée dans 3 cas, un retard de croissance staturopondéral dans 2 cas, un diabète non insulino-dépendant dans 1 cas et un psoriasis familial dans 2 cas.

Six de nos patients étaient suivis pour un rhumatisme psoriasique avec un antécédent de psoriasis cutané modéré à sévère, ayant reçus plusieurs traitements : dermocorticoïdes de classe forte, photothérapie, AINS, méthotrexate, infliximab, adalimumab, etanercept. Deux patientes avaient un psoriasis en plaques sévère et 4 patients étaient suivis pour un psoriasis pustuleux mis sous : dermocorticoïdes, acitrétine, ciclosporine, méthotrexate, infliximab et etanercept, sans amélioration ou avec des améliorations légères transitoires suivies de rechutes fréquentes. Les effets indésirables rapportés étaient une insuffisance surrénale dans 1 cas et une intolérance digestive au méthotrexate chez 2 patients.

Après échec de toutes ces options thérapeutiques, l'utilisation du Sécukinumab chez nos patients adultes : 300 mg par semaine en deux injections sous cutanées de 150 mg à S0, S1, S2, S3, S4 puis en cures mensuelles et chez nos 2 patients pédiatriques : 75 mg par semaine en une injection sous cutanée à S0,S1,S2,S3,S4 puis une injection par mois, a permis une très bonne amélioration de l'atteinte cutanée et articulaire à partir de la 3^{ème} cure avec un PASI à 75 puis 90 et un blanchiment complet (PASI 100) après 6 cures dans 9 cas, sans effets indésirables notables.

Discussion :

La prise en charge du psoriasis repose sur les traitements topiques (dermocorticoïdes, kératolytiques, émollients...) ou systémiques non biologiques (méthotrexate, photothérapie, rétinoïdes...) dans les formes étendues et résistantes.

En cas d'échec des traitements de deuxième intention, les biothérapies, en particulier, les anti-interleukines sont indiquées.

La particularité de notre travail réside dans l'efficacité élevée, la sécurité de prescription et la bonne tolérance du Sécukinumab dans la prise en charge du psoriasis modéré à sévère récalcitrant avec ou sans atteinte articulaire, devant l'amélioration spectaculaire de l'atteinte cutanée et rhumatismale, allant jusqu'au blanchiment cutané et la rémission complète durable permettant une meilleure qualité de vie.

La place de la biothérapie dans la prise en charge de l'association : Psoriasis-Sarcoïdose

N. Damou, C.Ben Mohand, H. Sahel
Service de dermatologie CHU Bab El Oued Alger

INTRODUCTION : Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique qui peut être rarement associé à la sarcoïdose. Des similitudes physiopathologiques existent entre le psoriasis et la sarcoïdose, suggérant que cette association n'est pas fortuite. Cette association pose un problème thérapeutique. Nous rapportons un rhumatisme psoriasique (RP) associé à une sarcoïdose stade II traité avec succès par adalimumab .

Observation :

Patient âgé de 48 ans était suivi depuis l'enfance pour un psoriasis vulgaire, compliqué en 2019 par une érythrodermie sèche avec arthralgies inflammatoires traitée par ciclosporine. En 2022, il présentait une sarcoïdose stade II traitée par corticoïdes 0,5mg/kg/j. Bilan biologique : leucopénie à $(3860/\text{mm}^3)$, et une lymphopénie $(420/\text{mm}^3)$. Bilan d'auto-immunité : FAN positif à 1/640 + AC anti SM (1/80). TDM TAP : syndrome interstitiel avec adénomégalies médiastino—hilaires. EFR : syndrome restrictif sévère. Le patient a été mis sous adalimumab à la dose de 40mg/15j. Une nette amélioration des lésions cutanées et pulmonaires a été constatée dès la 4^{ème} semaine de traitement.

Discussion : L'association psoriasis-sarcoïdose pose un problème de prise en charge thérapeutique. Dans les différents cas rapportés dans la littérature, le traitement de choix proposé est le méthotrexate. Un seul cas d'un RP associé à une sarcoïdose stade II traité par adalimumab à 40mg/15jours a été décrit. Pour notre patient, le traitement par méthotrexate était formellement contre-indiqué à cause du syndrome restrictif sévère. Il n'existe à ce jour que très peu d'études sur la place de la biothérapie dans la prise en charge de la sarcoïdose. L'adalimumab a fait l'objet de 2 cohortes de patients avec atteinte pulmonaire réfractaire et atteinte ophtalmologique. La diminution de l'activité de la maladie a été objectivée à partir de la 12^{ème} semaines de traitement. Pour notre patient, un traitement par adalimumab a été proposé et a entraîné une nette amélioration cutanée et pulmonaire.

Conclusion : Nous rapportons le 2^{ème} cas de la littérature portant sur l'intérêt de l'adalimumab pour traiter l'association RP-sarcoïdose pulmonaire.

Le psoriasis et photothérapie : à propos de 52 cas, expérience du service de dermatologie CHU Hassan II, Fès.

H.El Bennaye, S.Elloudi, Z.Douhi, M.Soughi, H.Baybay, FZ.Mernissi

Introduction : Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique évoluant par poussées-rémissions pouvant survenir à n'importe quel âge et faisant intervenir des facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux. La photothérapie est l'une des modalités utilisées pour le traitement du psoriasis et qui consiste en l'utilisation thérapeutique de rayonnement ultraviolet.

Matériel et méthodes : Etude épidémiologique prospective menée au sein du service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès rassemblant tous les cas de psoriasis traités par photothérapie, toutes modalités confondues, sur une période de deux ans allant de Janvier 2021 à Janvier 2023.

Résultats : Nous avons colligé 52 cas de psoriasis traités par photothérapie. L'âge moyen de nos patients était de 37,24 ans, le sex ratio de 0.57.

Un antécédent familial de psoriasis était retrouvé chez 07 malades, un syndrome métabolique chez trois patients (deux diabétiques et un HTA), un antécédent de maladies auto-immunes chez trois patients (deux dysthyroïdies et un vitiligo) et une patiente était suivie pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (RCH).

Un choc émotionnel était le principal facteur de risque de déclenchement de la première poussée retrouvé chez huit patients.

L'âge moyen de début de la pathologie était de 24.98 ans avec une durée d'évolution moyenne de 12,11 ans. Les formes cliniques retrouvées sont un psoriasis vulgaire chez 47 patients dont 27 avaient une atteinte cutanée pure, 11 une atteinte palmoplantaire exclusive et 9 une association d'une atteinte cutanée et palmoplantaire. Le psoriasis pustuleux était la forme clinique retrouvée chez 5 malades.

La surface cutanée initiale atteinte était d'au moins 10% chez environ 46% des patients et 23% avaient une surface supérieure à 50%.

Le PASI moyen avant le traitement était de 6.46 et le DLQI de 8.

96.1% de nos patients étaient mis sous traitements antérieurs topiques par émoullissants (92.3%), dermocorticoïdes (96.1%), analogues de la vitamine D (36.5%) et 28.8% sous traitements systémiques antérieurs par Méthotrexate (28.84%) et rétinoïdes (5.2%).

41 patients ont été mis sous traitement concomitants aux séances de photothérapie dont 100% sous traitements topiques à type d'émoullissants (67.3%), dermocorticoïdes (46.15%), analogues de la vitamine D (19%) et sous traitements systémiques par Méthotrexate (5.2%).

La photothérapie était indiquée après échec de traitements antérieurs chez tous nos malades, tous ont été mis sous photothérapie par UVB, localisée pour 19 patients, généralisée pour 30, Excimer pour deux patients et une seule patiente sous PUVA localisée.

La moyenne des séances d'attaque était de 25, avec un rythme variant entre 2 et 3 séances par semaine. La moyenne des séances d'entretien était de 10 à raison d'une à deux séances par semaine.

Dix patients ont présenté des effets secondaires à court terme à type de prurit (10), érythème photo toxique (5), xérose (7) et brûlure (5). Aucun effet secondaire à long terme n'a été retrouvé à ce jour.

L'efficacité a été évaluée après 10 séances de traitement avec une surface cutanée moyenne à 5%, un PASI moyen à 2 et un DLQI moyen à 2.8, puis après 20 séances avec une surface cutanée moyenne à 4%, un PASI moyen à 0.8 et un DLQI moyen à 2.

L'évaluation des malades après le traitement d'entretien a retrouvé une surface cutanée moyenne à 3%, un PASI moyen à 1.7 et un DLQI moyen à 1.5.

Le traitement a été arrêté chez 47 patients, en raison d'une amélioration clinique chez 23 malades qui ont été mis sous traitement d'entretien par des émoullissants, l'échec thérapeutique était la cause de l'arrêt chez 6 malades.

Deux patients ont arrêté le traitement temporairement à cause d'un effet secondaire ; brûlure chez un malade à cause d'une dose de rayonnement élevée et érythème photo toxique chez une autre patiente qui a pris du miel mélangé à des herbes (produit photo sensibilisant par automédication).

La proximité de l'hôpital était une raison d'arrêt chez 3 malades, 18 patients ne désiraient plus poursuivre le traitement et 12 n'ont pas pu continuer leur traitement à cause de l'indisponibilité de la cabine de photothérapie.

Conclusion :

La photothérapie est une arme thérapeutique de l'arsenal de la prise en charge du psoriasis.

Malgré l'avènement des nouvelles thérapies, elle garde un avantage non négligeable avec un meilleur profil de sécurité et un rapport coût/ efficacité favorable.

À propos d'un cas : psoriasis paradoxal induit par anti TNF alpha après un délai de 48 heures

Y.Taleb, S.Djoudi, R.Meghrabi, I.Tablit, S.Zobiri

Service de Dermatologie et de Vénérologie du CHU Mustapha d'Alger, Algérie

Introduction :

L'utilisation de plus en plus fréquente des anti-TNF a révélé l'existence d'effets secondaires cutanés initialement méconnus dont certains sont qualifiés « d'effets paradoxaux ». L'effet secondaire « paradoxal » induit par ces traitements est défini par l'apparition d'une pathologie, elle-même habituellement traitée par l'anti-TNF. Les réactions psoriasiformes cutanées sont les plus fréquentes et les premières rapportées parmi les effets paradoxaux. Les lésions apparaissent généralement de façon précoce les trois premiers mois mais peuvent survenir jusqu'à 48 mois après le début du traitement. Nous rapportons un cas exceptionnel d'un psoriasis paradoxal induit par anti TNF alpha après un délai de 48 heures.

Observation : Patiente âgée de 47 ans, hypertendue sous traitement, suivie à notre niveau pour psoriasis en plaque étendu sous Etanercept depuis 7 ans, consultait à notre niveau pour des lésions pustuleuses du tronc et des paumes des mains évoluant depuis 48 h après avoir switcher vers l'Adalimumab (vu la non disponibilité de l'étanercept), sans notion de prise d'autres médicaments. L'examen clinique trouvait une patiente en état général moyen avec des lésions érythémato-squameuses généralisées et pustuleuse du tronc, du cou et des paumes des mains, les autres étiologies des pustuloses ont été éliminées et le diagnostic de psoriasis paradoxal induit par l'Adalimumab était retenu. La patiente était mis sous réhydratation, dermocorticoïde, et retour à l'Etanercept avec bonne amélioration.

Discussion : Les éruptions psoriasiformes induites par les anti-TNF α reproduisent les différentes formes cliniques de psoriasis avec en particulier : une prédominance des atteintes pustuleuses palmo-plantaires (> 50% des cas) psoriasis en plaques (environ 50%) avec parfois localisations atypiques (périnée, plis inguinaux) psoriasis en gouttes (environ 10%) lésions multiples coexistant chez un même patient (15%), la rareté des atteintes unguéales. Les patients ayant des antécédents de psoriasis développent souvent un psoriasis de morphologie et de localisation différente de celui de leur pathologie habituelle. Les lésions apparaissent quelques jours à 48 mois après l'introduction de la molécule, mais le plus souvent au premier trimestre après l'initiation du traitement. Des cas ont été rapportés après l'arrêt de l'anti-TNF α . Un délai d'apparition après 48 heures n'a pas été rapporté dans la littérature à notre connaissance, ce qui fait la particularité de notre observation.

Conclusion : Nous rapportons un cas très rare de psoriasis paradoxal induit par anti TNF alpha après un délai de 48 heures. Jamais décrite dans la littérature.

Références :

1/ M. Munera-Campos, F. Balleca, J.M. Carrascosa. Paradoxical Reactions to Biologic Therapy in Psoriasis: A Review of the Literature. Actas Dermosifiliogr. 2018;109(9):791---800

2/ Lydia Montolio Chiva,a,* Àngels Martínez Ferrer,a Almudena Mateu Puchades,b. et al. Psoriasis induced by biological therapy. *Reumatol Clin.* 2021;17(8):437–439

3/ Gabrielle Brown, MD, MS,a Eva Wang, MD,a Argentina Leon, MD, et al. Tumor necrosis factor- α inhibitor-induced psoriasis: Systematic review of clinical features, histopathological findings, and management experience. *J AM ACAD DERMATOL* VOLUME 76, NUMBER 2 2016

4/ Vincent Goëb et al Conseils d'utilisation des traitements anti-TNF et recommandations nationales de bonne pratique labellisées par la Haute Autorité de santé française aout 2013

5/ D. Wendling*, A. Brinster*, M. Sondag*, F. Verhoeven*, C. Prati*. Effets "paradoxaux" des biomédicaments anti-TNF α . *La Lettre du Rhumatologue* • No 402-403 - mai-juin 2014

Effets des anti-TNF α . *Ann*

inumab, secukinumab,
Dermatology. S. Karger AG;



Fig (1) psoriasis paradoxal induit par anti TNF alpha , lésions érythmato-squameuses et pustuleuses

La coexistence d'un psoriasis et d'une pemphigoïde bulleuse: à propos d'un nouveau cas Tunisien

Kemicha D, Korbi M, Youssef M, Mabrouk S*, Belhadjali H, Zili J
Service dermatologie, *Service anatomopathologie, CHU Monastir, Tunisie

Introduction :

Le psoriasis est une maladie auto inflammatoire qui pourrait être associé à de nombreuses comorbidités, telle que les dermatoses bulleuses auto immunes. Cette association, bien que décrite, reste rare.

Observation :

Un homme âgé de 47ans, aux antécédents de psoriasis en plaques depuis 1998 traité par des dermocorticoïdes, nous a été adressé pour une éruption cutanée érythémato-squameuse et bulleuse étendue qui évolue depuis quelques jours, sans notion de facteur déclenchant ni de prise médicamenteuse récente ou au long cours. L'examen dermatologique a montré des lésions érythémato-squameuses psoriasiformes du tronc, genoux et cuir chevelu, une kératodermie palmaire et des bulles tendues de 0,5 à 1cm de contenu clair, sans signe de Nikolsky, siégeant au niveau du tronc et des membres, épargnant le visage et sans atteinte des muqueuses. Certaines bulles reposaient sur une base érythémateuse et d'autres sur les plaques de psoriasis. Ces dernières laissaient place à des érosions crouteuses. L'examen des phanères a montré une onychodystrophie des vingt ongles, avec trachyonychie, onychomadèse et des ongles en dé à coudre. Au bilan biologique, on a noté une hyperleucocytose avec une hyperéosinophilie. Une biopsie cutanée faite d'une bulle était compatible avec le diagnostic de pemphigoïde bulleuse (PB). L'examen histologique d'une biopsie au niveau des plaques psoriasiformes a confirmé le diagnostic clinique du psoriasis. Les tests immunologiques sériques IFI, ELISA, et western blot n'ont pas été pratiqués par manque de moyen. Le diagnostic final était un psoriasis associé à une PB. Un traitement par des dermocorticoïdes très fort à 40g/jour a été démarré avec bonne évolution clinique aussi bien du psoriasis et ainsi que de la PB.

Discussion :

La coexistence de psoriasis et de pemphigoïde bulleuse est rare. Le psoriasis précède l'installation de la PB dans la majorité des cas avec un délai moyen de 15 ans. Cette association semble être plus fréquente chez le sexe masculin, et chez des sujets jeunes, comme le cas de notre patient, contrairement à la PB classique. La présence de ces deux maladies associées a été attribuée au phénomène appelé "étalement d'épitopes". En effet, des cas de PB compliquant un psoriasis pourraient correspondre à une pemphigoïde anti laminaire gamma 1. Il s'agit d'une forme récemment décrite et reconnue comme entité distincte de la PB. Le diagnostic de cette forme repose sur l'immunoblot en mettant en évidence une immunisation anti p200. Le traitement n'est pas bien codifié, les dermocorticoïdes en association à un traitement systémique tels une corticothérapie générale ou méthotrexate sont les plus utilisés.

Conclusion :

L'association de psoriasis et de PB représente un model intéressant des réactions inflammatoires cutanées. Des recherches sont nécessaires pour élucider la physiopathologie et définir des stratégies thérapeutiques appropriées.

Dysfonction érectile chez un patient atteint de psoriasis sous Méthotrexate : Quel lien ?

N. Damou ,C.Benmohand, H. Sahel
Service de dermatologie CHU Bab El Oued Alger

INTRODUCTION : Le méthotrexate (MTX) est un médicament largement utilisé en dermatologie. Ses effets indésirables les plus fréquents sont les nausées, l'asthénie et la stomatite . Nous rapportons un cas de dysfonction érectile chez un patient sous MTX pour le traitement d'un psoriasis vulgaire étendu.

Observation :

Un patient de 54 ans suivi depuis l'âge de 34 ans pour un psoriasis vulgaire. Suite à l'extension de ses lésions, le patient a été mis sous MTX par voie orale à une dose de 10mg/semaine, avec une bonne évolution sur le plan cutané. 5 semaines après le début de ce traitement, le patient présentait une baisse de la libido et une impuissance. L'examen urologique, ainsi que l'échographie prostatovésicorénale étaient normales. Malgré la bonne évolution de sa dermatose, le MTX était arrêté. Trois semaines après, le patient rapportait alors une reprise de l'activité sexuelle.

Discussion : Le MTX est le pilier du traitement du psoriasis modéré à sévère, depuis sa première utilisation il y'a près d'un demi-siècle. Les effets indésirables signalés le plus fréquemment comprennent la stomatite ulcéreuse, les nausées, les douleurs abdominales et la leucopénie. La dysfonction érectile et la baisse de la libido sont des effets secondaires rarement rapportés dans la littérature. Notre patient rapportait une baisse de la libido et des difficultés à obtenir une érection 5 semaines après le début du traitement. Ce délai concorde avec les cas rapportés par Xylie et al . En effet, ce trouble érectile apparaît quelques semaines seulement après le début du MTX et disparaît dans les 3 à 4 semaines après son arrêt . Un autre cas de dysfonctionnement sexuel associé au MTX a été rapporté chez un patient atteint d'érythrodermie traité par MTX, mais le délai d'apparition de cet effet était de 9 mois . Le mécanisme exact de ce trouble érectile lié au MTX est inconnu. Une hypothèse suggère que la fonction de la glande hypophysaire est altérée en raison du blocage de l'Interleukine-1 , ainsi que l'inhibition de la production de l'oxyde nitrique (NO) ce qui conduit à une réduction de l'activité des muscles lisses .

Conclusion : Nous rapportons le cas d'une dysfonction érectile provoquée par le MTX afin de sensibiliser sur cet effet secondaire rare. Il est donc important de procéder à une évaluation minutieuse de la fonction érectile lors des différents contrôles du patient.

Psoriasis et les mauvaises croyances

K. El Fid, Z. Douhi, R. Al Heyasat, M. Soughi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi
Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par une activation anormale du système immunitaire affectant principalement la peau et les articulations. L'impact négatif du psoriasis sur la qualité de vie est une conséquence centrale de cette pathologie souvent liée aux mauvaises croyances.

Observation :

Patient de 33ans, suivi pour psoriasis en plaque évoluant depuis 3ans sous méthotrexate à la dose de 12,5mg/sem avec une bonne amélioration. Devant les mauvaises croyances sur sa pathologie, le patient a arrêté son traitement, et appliquait à la place des traitements traditionnels topiques type huile de moteur. Et il a visitait un charlatan recommandé par son entourage, qui lui a donné de « l'eau béni », que le patient a bu dans l'espoir de guérison complète de son psoriasis. Une semaine après le patient a été admis aux urgences dans un tableau de vomissement et douleurs abdominales d'où la réalisation d'un bilan biologique objectivant une insuffisance rénale aigue secondaire à une nécrose tubulaire confirmée sur le plan histologique. Notre examen dermatologique a objectivé la présence de larges placards pigmentés au niveau du tronc, les membres supérieurs et inférieurs, avec des bordures érythémateuses légèrement squameuses. Le patient a bénéficié de 5 séances d'hémodialyse mais l'évolution était marquée par l'aggravation de son état général, et installation de trouble de conscience et détresse respiratoire dans le cadre d'une encéphalopathie urémique responsables du décès après un séjour de 23 jours en réanimation.

Discussion :

Le psoriasis a un impact majeur sur la qualité de vie des patients. Ces derniers sont confrontés à l'exclusion sociale secondaire à de fausses croyances qui persistent sur la maladie, notamment sur son origine psychologique (38%), sa possible guérison (47%) et sa composante génétique (43%). Il subsiste également l'idée que le psoriasis est contagieux (12%) et lié à un manque d'hygiène (6%).

Plusieurs pratiques traditionnelles et recettes circulent dans notre société, vendant l'espoir d'une rémission complète et définitive du psoriasis. On trouve en premier lieu des traitements type : huile de moteur, des huiles essentiels, et des recettes par voie orale tel que de mélanges de plantes. Ces traitements causent dans la majorité des cas des effets secondaires toxiques sur le plan local tel que des brûlures chimiques et sur le plan systémique tel que des troubles hydro électrolytiques, une nécrose tubulaire aigue, une insuffisance hépatocellulaire ou autres pouvant conduire au décès.

Conclusion :

Devant ce cas tragique, des campagnes d'information et de sensibilisation du grand public à cette maladie inflammatoire de la peau doivent être instaurées à l'échelle nationale et mondiale, afin d'éviter les complications qui résultent des mauvaises croyances.

Références :

« Psoriasis : mal connu, mal vécu » la nouvelle campagne d'information de l'association France Psoriasis

<https://francepsoriasis.org/actualites/psoriasis-pourquoi-cette-campagne-de-sensibilisation/>

Dermatoses neutrophiliques, eosinophiliques, inflammatoires et granulomateuses

Présentation peu commune : la sarcoïdose annulaire du cuir chevelu est une manifestation rare de la sarcoïdose

T.Imane , O.El jouari , I.Elghazouli , S.Gallouj

Service de dermatologie et vénérologie

CHU Tanger

Introduction :

La sarcoïdose est une maladie multisystémique d'étiologie obscure. Son diagnostic repose sur la clinique et l'histologie. Le poumon est l'organe le plus souvent touché, mais la peau est fréquemment impliquée. L'atteinte du cuir chevelu est résolument rare parmi la myriade de manifestations cutanées de la sarcoïdose. L'alopecie est fréquente dans la sarcoïdose et généralement cicatricielle. Nous présentons ici un cas de sarcoïdose annulaire du cuir chevelu avec alopecie et atteinte systémique.

Observation :

Un homme marié de 57 ans s'est présenté pour des plaques érythémateuses infiltrées asymptomatiques sur son cuir chevelu depuis 2 ans. Il a consulté plusieurs praticiens privés qui lui ont prescrit des antifongiques topiques mais il n'y a pas eu d'amélioration. A l'examen, de multiples plaques annulaires bien limitées avec une bordure infiltrée érythémateuse à violacée étaient présentes sur les zones occipitales, temporales, frontales et le vertex avec une alopecie cicatricielle. Le reste de l'examen cutanéomuqueux était sans particularité. Les diagnostics de lichen plan annulaire, lupus érythémateux discoïde, granulome annulaire, nécrobiose lipoïdique, granulome à cellules géantes élastolytique annulaire et sarcoïdose annulaire ont été envisagés. Une biopsie a été prélevée sur un bord infiltré érythémateux de la lésion sur le cuir chevelu après avoir obtenu le consentement du patient et a été colorée à l'hématoxyline et à l'éosine, ce qui a révélé un épiderme visiblement atrophié et de multiples granulomes épithéloïdes confluents avec une rareté de lymphocytes et une nécrose focale firinoïde. La coloration à la réticuline a montré des fibres de réticuline entourant le granulome et à l'intérieur du granulome. La radiographie du thorax et la tomодensitométrie avec contraste ont révélé une atteinte pulmonaire. Le calcium sérique a été trouvé normal et le taux de conversion de l'angiotensine a été trouvé élevé à 64 ug/L.

En se basant sur la clinique et histopathologique, un diagnostic de sarcoïdose annulaire du cuir chevelu a été retenu. Le patient a été mis sous corticoïde topique avec une amélioration marquée au bout de 3 semaines.

Discussion :

L'atteinte cutanée dans la sarcoïdose cutanée peut survenir chez 20 à 35 % des patients atteints de sarcoïdose. L'alopecie due à la sarcoïdose dépend du degré de destruction des follicules pileux par les granulomes de cellules épithéloïdes non caséifiées. Dans une revue de katta et Al, seuls 28 cas de sarcoïdose du cuir chevelu ont été rapportés. La sarcoïdose du cuir chevelu peut imiter cliniquement le lupus érythémateux discoïde. L'histopathologie joue un rôle important dans la confirmation du diagnostic. La sarcoïdose peut être associée à des taux sériques élevés d'ACE qui reflètent l'activité de la maladie.

La sarcoïdose du cuir chevelu soulève trois questions importantes. Premièrement, d'un point de vue morphologique, elle peut se présenter comme un lupus discoïde, une nécrobiose lipoïdique ou un naevus organoïde, sous la forme d'une tache atrophique, avec un érythème, une desquamation ou des nodules. En outre, l'alopecie est fréquente dans la sarcoïdose du cuir chevelu et elle est généralement cicatricielle (le cas de notre patient) mais peut être non cicatricielle. Deuxièmement, l'atteinte cutanée est présente sur d'autres sites dans 21 cas sur 23 ; notre cas n'avait pas d'atteinte cutanée au-delà du cuir chevelu. Troisièmement, contrairement à la sarcoïdose cutanée en général, qui présente une atteinte systémique dans 30 % des cas, le sarcoïdose du cuir chevelu a montré une atteinte systémique dans 20 cas sur 22 ; notre cas présentait également une atteinte systémique significative. A ce jour, il n'existe pas de traitement curatif de la sarcoïdose. Les corticostéroïdes systémiques sont le médicament de choix et restent le pilier. D'autres agents immunosuppresseurs peuvent être utilisés comme agents d'épargne stéroïdienne.

Conclusion:

Nous rapportons donc un cas rare de sarcoïdose annulaire du cuir chevelu avec alopecie. Les dermatologues doivent être sensibilisés afin d'éviter un diagnostic manqué et un traitement inapproprié.

La sarcoïdose annulaire : A propos d'un cas

B. Amine, FZ. El Fetoiki, S. Chiheb

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU IBN ROCHD, Casablanca

Introduction

La sarcoïdose est une maladie granulomateuse impliquant plusieurs systèmes dans le corps et l'atteinte cutanée peut survenir jusqu'à 25% des patients. La sarcoïdose annulaire est une variante rare de la sarcoïdose cutanée. La reconnaissance précoce de cette forme de sarcoïdose est importante car elle est généralement associée à une atteinte systémique.

Rapport de cas

Un homme de 62 ans a présenté des lésions de démangeaisons sur le visage pendant 8 ans avec notion de dyspnée à l'effort. Les lésions ont d'abord commencé sur la joue droite et se sont progressivement propagées pour impliquer le reste du visage. À l'examen cutané, on a constaté qu'il avait des plaques érythémateuses ternes en forme de pièce de monnaie et des plaques érythémato-squameuses annulaires variant de 1 cm × 1 cm à 5 cm × 8 cm dispersées sur le front, les joues, le menton et le scalp. Lors de la dermoscopie, une zone sans structure avec des vaisseaux linéaires et des zones jaunes-orangées ont été observées. Une TDM thoracique a objectivé des adénopathies médiastinales et hilaires bilatérales avec des nodules pulmonaires bilatéraux. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de sarcoïdose cutanée.

Discussion

La sarcoïdose est une maladie granulomateuse non caséuse impliquant plusieurs systèmes dans le corps. L'atteinte cutanée est observée chez jusqu'à 25% des patients atteints de sarcoïdose et est présente avec ou sans atteinte systémique, environ 25% des lésions cutanées de la sarcoïdose se sont produites sur le visage. Les lésions cutanées dans la sarcoïdose peuvent être de morphologies variées, et par conséquent, il a été connu comme l'un des « grands imitateurs ». Les lésions classiques décrites comprennent l'érythème noueux, les formes maculopapuleuses et érythémateuses, les papules, les nodules, les lésions angiolupoïdes, le lupus pernio, le sarcoïde sous-cutané et les lésions annulaires. Les lésions annulaires sont des formes bien connues de la sarcoïdose cutanée, représentant environ 8% de toutes les lésions cutanées, c'est une entité rare qui peut orienter vers la présence d'une atteinte systémique ou pas. L'atteinte cutanée facilite non seulement le diagnostic précoce en raison de la présence de granulomes non caséux, mais peut également prédire la présence d'une atteinte systémique. En plus de l'atteinte cutanée, notre patient avait également une localisation systémique pulmonaire.

Un cas de sarcoïdose cutanée après injection d'acide hyaluronique (Skinbooster)

Introduction :

La sarcoïdose, ou maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, est une affection systémique granulomateuse d'étiologie inconnue dont les manifestations cutanées sont très polymorphes. Parmi les différentes formes cliniques de la sarcoïdose cutanée on retrouve les formes post-traumatiques (sarcoïdes sur cicatrices, granulomes sarcoïdiques).

L'introduction de particules étrangères dans le tégument peut s'accompagner de réactions à type de granulomes sarcoïdiques. Les corps étrangers cités classiquement dans la littérature sont la silice et ses dérivés, le béryllium, les piquants d'oursins, certains tatouages, le zirconium etc. Dans cette observation, l'injection d'acide hyaluronique a été l'élément déclenchant de telles réactions.

Nous rapportons un cas de sarcoïdose cutanée chez une femme de 37 ans, après injections d'acide hyaluronique (Skinbooster).

Observation :

Une femme de 37 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, a présenté 3 semaines après l'injection d'acide hyaluronique (Skinbooster) des nodules rouges à l'endroit de certains sites d'injection augmentant progressivement de taille, sans signe fonctionnel associé. L'examen clinique notait la présence de plusieurs nodules rouges violacés fermes, indolores et non mobiles à la palpation faisant \pm 1 cm de diamètre siégeant au niveau des sites d'injection : les deux joues ainsi que la zone péri orbitaire.

La recherche d'une sarcoïdose systémique était négative. Une biopsie a été réalisée. L'examen anatomopathologique constatait l'existence d'un granulome sarcoïdique caractérisé par des petits nodules arrondis de cellules épithélioïdes, entourés d'une étroite couronne lymphocytaire. Il existait quelques cellules géantes, de type Langhans, sans nécrose fibrinoïde ni caséification. Nous avons traité la patiente par corticothérapie générale.

Discussion :

L'originalité de cette observation consiste en l'apparition de granulomes sarcoïdiques aux sites d'injections de l'acide hyaluronique. Il n'y avait aucun élément pour une sarcoïdose systémique. Ceci conduit à penser qu'il s'agit d'une réaction sarcoïdique locale par stimulation antigénique, assimilable à une réaction de Kveim, et non d'une sarcoïdose à type de réactivation de cicatrice.

L'apparition de granulomes sarcoïdiques aux sites d'introduction de divers corps étrangers a été fréquemment signalée dans la littérature. Dans la majorité des cas, ces réactions sont localisées mais, dans certaines observations, elles peuvent révéler une sarcoïdose systémique. Même lorsque les examens s'avèrent négatifs, comme dans le cas présent, il est important d'assurer un suivi au long cours des malades, car la survenue plus tardive d'une sarcoïdose systémique n'est pas à exclure.

Toute éruption acnéiforme n'est pas un acné

R. Al Heyasat, S. Meryem, K. El Fid, Z. Douhi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi
Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La rosacée granulomateuse (RG) ou lupoïde est une variante clinique de la rosacée qui survient chez les femmes de plus de 30 ans. Divers déclencheurs antigéniques sont responsables de la formation de granulomes : Demodex folliculorum, Helicobacter pylori, rayons UV... Elle prête à confusion avec des dermatoses entre autre avec l'acné, la sarcoïdose et lupus miliaire disséminé...

Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une rosacée granulomateuse, traitée initialement à tort comme acné.

Observation : Une patiente de 31 ans, suivie pour des lésions papulo-pustuleuses du visage évoluant depuis 1 an par poussées et rémissions, pour lesquelles elle était traitée comme acné avec légère amélioration et récurrence. Elle rapportait des flushs et l'aggravation récente après un bain maure. L'examen dermatologique trouvait des pustules et papules érythémateuses siégeant au niveau des joues, front, et menton, en épargnant la zone péri orbitaire. La dermoscopie avait révélé : fond érythémateux, pustules, rosette avec un aspect lupoïdique.

Une biopsie cutanée guidée par la dermoscopie avait redressé le diagnostic, confirmant une rosacée granulomateuse associée au demodex. La patiente a été mise sous cyclines 100 mg/jour avec l'acide azelaïque topique, et photoprotection pendant 3 mois avec bonne amélioration.

Discussion : La rosacée granulomateuse est une forme rare de la rosacée, impliquant le demodex folliculorum comme acteur important. Elle se manifeste cliniquement par des papulo-nodules inflammatoires siégeant préférentiellement en péri-orificiel et au niveau des joues. La dermoscopie objective un aspect lupoïde expliqué en histologie par des granulomes à cellules épithélioïdes non caséifiés permettant de confirmer le diagnostic.

La rosacée doit être distinguée de l'acné par l'absence de séborrhée, de kystes ou comédons, ainsi que l'extension extra-faciale qui est rare.

Cette forme est généralement très résistante aux traitements. Des antibiotiques oraux tels que la tétracycline ou la doxycycline sont fréquemment prescrits en première intention avec d'autres modalités thérapeutiques comprenant l'acide azélaïque topique, le peroxyde de benzoyle, le métronidazole, les corticostéroïdes, ou le pimécrolimus. En cas de résistance, une substitution par l'isotrétinoïne peut être proposée.

Conclusion : La RG est une dermatose chronique rare qui pose un problème diagnostique avec d'autres dermatoses faciales acnéiformes. La dermoscopie vient orienter le diagnostic qui sera confirmé grâce à l'histologie, comme c'était le cas pour notre patiente.

Références :

- 1- Mullanax MG, Kierland RR. Granulomatous rosacea Arch Dermatol 1970; 101:206-211
- 2- Patrinely JR, Font RL. Anderson RL. Granulomatous acne rosacea of the eyelids. Arch Ophthalmol 1990; 108:561-563.
- 3- Rebora A, Drago F, Parodi A. May Helicobacter pylori be important for dermatologists? Dermatology 1995;191:6-8.
- 4- Millikan L. The proposed inflammatory pathophysiology of rosacea: implications for treatment. Skinmed 2003;2:43-7.
- 5- Rebora A, Drago F, Parodi A. May Helicobacter pylori be important for dermatologists? Dermatology 1995;191:6-8.
- 6- Lee GL, Zirwas MJ. Granulomatous rosacea and periorificial dermatitis: controversies and review of management and treatment. Dermatol Clin. 2015;33:447-55

Un cas de lupus miliaire disséminé de la face survenant après une greffe de cellules souches hématopoïétiques

Bousmara R¹, Hali F¹, Chiheb S¹, Quessar A²

¹ Service de Dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

² Service d'hématologie clinique, Hôpital Universitaire Cheikh Zaid, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION

Le lupus miliaire disséminé de la face (LMDF) est une dermatose granulomateuse rare. Son apparition après une greffe de cellules souches hématopoïétiques n'a été rapporté qu'une seule fois. Nous rapportons à notre connaissance le 2ème cas de LMDF survenant après une greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) pour une leucémie aigüe myéloïde (LAM), ayant répondu favorablement au tacrolimus.

OBSERVATION

Une patiente de 36 ans, ayant bénéficié d'une allogreffe de CSH pour une LAM après une chimiothérapie de conditionnement. La prévention de la réaction du greffon contre l'hôte faisait appel à une immunosuppression par cyclosporine. Un mois après l'arrêt de cyclosporine, la patiente se présentait pour des lésions érythémato-papuleuses non prurigineuses, mesurant 2-3mm de diamètre à évolution cicatricielle déprimée, localisées au niveau du nez et en péri-buccale. Par ailleurs, il n'y avait ni érythème ni télangiectasie. L'examen dermoscopique a montré une hyperkératose folliculaire avec des squames et des bouchons folliculaires entourés d'un halo jaune orangé, parcouru par endroit de fins vaisseaux tortueux. Le bilan étiologique ne retrouvait pas d'argument pour une pathologie granulomateuse (Sarcoïdose, rosacée, tuberculose) ou autres. L'histologie a montré de nombreux granulomes épithélioïdes et géantocellulaires du derme de tropisme péri-folliculaire avec foyers de nécrose caséuse. Les colorations de Ziehl-Neelsen et de PAS étaient négatives. Une IDR à la tuberculine et une radiographie pulmonaire étaient normales, de même que le bilan phosphocalcique et le dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. Le diagnostic de LMDF était posé. Un traitement par tacrolimus topique était alors débuté, entraînant une amélioration significative avec affaissement des lésions papuleuses, au prix de cicatrices atrophiques.

DISCUSSION

Le Lupus miliaire disséminé de la face représente une entité énigmatique. Sa survenue après une greffe de CSH n'a été rapportée qu'une seule fois dans la littérature. Les auteurs suggèrent qu'il pourrait exister une réponse immunitaire cellulaire excessive héréditaire ou acquise vis-à-vis de P.acnes, similaire à la sarcoïdose. Les deux patientes ont développé les lésions après discontinuation ou arrêt de l'immunosuppression ce qui suggère que le dérèglement immunologique après la transplantation joue un rôle important dans la pathogénie du LMDF.

CONCLUSION

Nous rapportons, à notre connaissance, le deuxième cas du LMDF survenant au décours d'une allogreffe de CSH. Cette observation vient enrichir la liste des complications dermatologiques de cette procédure.

Mots-clés : Lupus miliaire de la face – Cellules souches hématopoïétiques – allogreffe

Syndrome de Sweet paranéoplasique associé à un adénocarcinome de la tête du pancréas

F. BENHAYOUN, F. HALI, S. CHIHEB

Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction

Le syndrome de Sweet est une dermatose inflammatoire neutrophilique rare qui fait partie des dermatoses paranéoplasiques. Cependant l'association aux tumeurs solides est très rare. Nous rapportons le cas d'un syndrome de Sweet paranéoplasique associé à un adénocarcinome de la tête du pancréas.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 44 ans, qui venait d'être diagnostiquée d'un adénocarcinome de la tête du pancréas, qui présente depuis 2 semaines des nodules inflammatoires des 2 jambes. L'examen clinique trouvait une patiente ictérique qui présentait des lésions nodulaires dermo-hypodermiques érythémato-violacées, inflammatoires, confluentes par endroit, d'évolution contusifforme. Devant ce tableau on a évoqué un érythème noueux, un syndrome de Sweet, ou une vascularite. La biopsie cutanée a objectivé un infiltrat inflammatoire fait essentiellement de lymphocytes et de polynucléaires neutrophiles en faveur d'un syndrome de Sweet. Le diagnostic d'un syndrome de Sweet paranéoplasique a été retenu. La patiente a été mise sous anti-inflammatoire non stéroïdien, vitamine C et repos.

Discussion et conclusion

L'intérêt de notre observation réside dans la rareté du syndrome de Sweet paranéoplasique surtout lors des tumeurs solides notamment l'adénocarcinome de la tête du pancréas.

Le syndrome de Sweet, ou dermatose neutrophilique aiguë fébrile, est une maladie inflammatoire rare caractérisée par l'apparition de nodules cutanés douloureux, infiltrés et érythémato-violacés. La fièvre et la leucocytose accompagnent fréquemment les lésions cutanées. Le syndrome de Sweet peut être divisée cliniquement en trois types : Classique ou idiopathique, associé à une tumeur maligne, et induit par les médicaments. La forme associée à une tumeur maligne a été décrite dans environ 20 % des cas de syndrome de Sweet. Au sein de ces cas, l'association la plus fréquemment rapportée a été la néoplasie hématopoïétique (près de 85 %), tandis que moins de cas ont été associés à des tumeurs solides, comme le cas que nous avons décrit.

Cellulite et syndrome de Sweet : Une convergence diagnostique

A. Abbour - FZ. Elfatoiki - H. Skalli - F. Hali - S. Chiheb.

Introduction :

Le syndrome de Sweet (SS) est une dermatose neutrophilique souvent associée à de multiples maladies auto-immunes, inflammatoires et tumorales. Mais l'association avec la cellulite reste très rare.

Nous présentons un cas de syndrome de Sweet associé à une cellulite.

Observation du cas :

Patiente de 74 ans, suivie pour cellulite persistante sous amoxicilline-acide clavulanique par voie orale à raison de 1gx3/jour, s'est présentée dans notre structure suite à l'apparition progressive, 4 jours après la survenue de la cellulite, de nodules douloureux au niveau des deux membres inférieurs. L'examen physique a révélé un placard inflammatoire douloureux au niveau du membre inférieur droit avec de multiples nodules érythémato-violacés infiltrés, douloureux, de taille variable mesurant de 1 à 3 cm de diamètre et localisés sur les deux jambes.

Une biopsie cutanée a été réalisée et a objectivé un aspect compatible avec le diagnostic de syndrome de Sweet associé à une cellulite.

La patiente a reçu de l'amoxicilline-acide clavulanique 1gx3/jour en intraveineuse et de la colchicine 1mg/jour par voie orale avec bonne résolution.

Discussion :

Bien que l'étiologie du syndrome de Sweet demeure inconnue, plusieurs études supposent qu'il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité à une infection, à une maladie auto-immune ou à une tumeur maligne. Des cas récents de syndrome de Sweet associés à des infections indiquent que les infections peuvent être diagnostiquées avant l'apparition des lésions cutanées du syndrome de Sweet, en même temps ou même après l'éruption cutanée. Dans notre cas, nous avons suggéré que le syndrome de Sweet était probablement secondaire à une cellulite du membre inférieur droit.

Un syndrome de Sweet d'origine médicamenteuse a été considéré comme possibilité diagnostique, car notre patient avait été exposé à l'amoxicilline/acide clavulanique juste avant l'éruption. Par ailleurs, le syndrome de Sweet d'origine médicamenteuse est rare et touche les femmes d'âge moyen, les lésions cutanées apparaissant généralement 5 à 7 jours après la première administration du médicament incriminé. Les critères de diagnostic du syndrome de Sweet d'origine médicamenteuse ont été proposés mais notre patiente ne répondait pas aux cinq critères nécessaires au diagnostic du syndrome de Sweet d'origine médicamenteuse.

Le syndrome de Sweet de type cellulite géante a aussi été discuté comme une nouvelle variante du syndrome de Sweet, mais les tests bactériologiques et les résultats histopathologiques ont conclu qu'il y avait également une infection cutanée concomitante.

Un sweet syndrome post-infection covid-19

G. Basri¹, I. Chikhaoui¹, S. Nejjar¹, K. Slamti, M. Faik Ouahab¹, L. Mansour Billah¹, M. El Jazouly¹, S. Chiheb¹⁻²

¹Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Faculté de médecine de l'Université Mohammed VI des Sciences de la santé.

²Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire Ibn Rochd, Faculté de médecine de l'Université Hassan II

Introduction

Les manifestations dermatologiques de l'infection à Sars-Cov-2 sont diverses et ont fait l'objet de plusieurs publications au cours des deux dernières années. Les plus fréquemment rapportées sont les éruptions maculo-papuleuses et l'urticaire. La survenue du syndrome de Sweet est un événement rare avec seulement trois cas rapportés dans la littérature depuis le début de la pandémie de covid-19.

Observation

Nous rapportons le cas d'une femme de 70 ans, sans antécédents médicaux notables à l'exception d'une hypertension artérielle sous inhibiteurs calciques, qui s'est présentée dans notre service de dermatologie pour une éruption cutanée douloureuse et fébrile associée à une rougeur oculaire, évoluant depuis cinq jours après une infection par le covid-19 confirmée par PCR, et sans notion de prise médicamenteuse. L'examen dermatologique révélait des plaques érythémateuses, violacées infiltrées et douloureuses de siège palmaire. Les résultats biologiques ont révélé un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à prédominance de neutrophiles et une CRP supérieure à la normale. Le bilan paranéoplasique était sans anomalies. Une biopsie a été réalisée et l'étude histologique a montré un large infiltrat dermo-épidermique de neutrophiles, confirmant le diagnostic de syndrome de Sweet.

Discussion

Le syndrome de Sweet, ou dermatose neutrophilique fébrile aiguë, est une affection cutanée rare, souvent associée à des maladies auto-immunes ou à des néoplasies sous-jacents. Cliniquement, il se manifeste par des nodules ou des plaques douloureuses, violacées et infiltrées, principalement sur les extrémités. Histologiquement, il existe une infiltration dermo-épidermique de neutrophiles. L'apparition de cette pathologie au cours de l'infection par le virus sars-cov-2 serait liée à une stimulation de certains facteurs de croissance, les GCSF (Granulocytes colony stimulating factors), impliqués dans le chimiotactisme des neutrophiles. Ainsi, au cours de l'infection par le virus sars-cov-2, la tempête de cytokines entraîne une augmentation de la production de cytokines pro-inflammatoires, ce qui provoque des perturbations du système immunitaire, à l'origine de l'apparition de cette affection.



Cellulite et syndrome de Sweet : Une convergence diagnostique

A. Abbour - FZ. Elfatoiki - H. Skalli - F. Hali - S. Chiheb.

Introduction :

Le syndrome de Sweet (SS) est une dermatose neutrophilique souvent associée à de multiples maladies auto-immunes, inflammatoires et tumorales. Mais l'association avec la cellulite reste très rare.

Nous présentons un cas de syndrome de Sweet associé à une cellulite.

Observation du cas :

Patiente de 74 ans, suivie pour cellulite persistante sous amoxicilline-acide clavulanique par voie orale à raison de 1gx3/jour, s'est présentée dans notre structure suite à l'apparition progressive, 4 jours après la survenue de la cellulite, de nodules douloureux au niveau des deux membres inférieurs. L'examen physique a révélé un placard inflammatoire douloureux au niveau du membre inférieur droit avec de multiples nodules érythémato-violacés infiltrés, douloureux, de taille variable mesurant de 1 à 3 cm de diamètre et localisés sur les deux jambes.

Une biopsie cutanée a été réalisée et a objectivé un aspect compatible avec le diagnostic de syndrome de Sweet associé à une cellulite.

La patiente a reçu de l'amoxicilline-acide clavulanique 1gx3/jour en intraveineuse et de la colchicine 1mg/jour par voie orale avec bonne résolution.

Discussion :

Bien que l'étiologie du syndrome de Sweet demeure inconnue, plusieurs études supposent qu'il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité à une infection, à une maladie auto-immune ou à une tumeur maligne. Des cas récents de syndrome de Sweet associés à des infections indiquent que les infections peuvent être diagnostiquées avant l'apparition des lésions cutanées du syndrome de Sweet, en même temps ou même après l'éruption cutanée. Dans notre cas, nous avons suggéré que le syndrome de Sweet était probablement secondaire à une cellulite du membre inférieur droit.

Un syndrome de Sweet d'origine médicamenteuse a été considéré comme possibilité diagnostique, car notre patient avait été exposé à l'amoxicilline/acide clavulanique juste avant l'éruption. Par ailleurs, le syndrome de Sweet d'origine médicamenteuse est rare et touche les femmes d'âge moyen, les lésions cutanées apparaissant généralement 5 à 7 jours après la première administration du médicament incriminé. Les critères de diagnostic du syndrome de Sweet d'origine médicamenteuse ont été proposés mais notre patiente ne répondait pas aux cinq critères nécessaires au diagnostic du syndrome de Sweet d'origine médicamenteuse.

Le syndrome de Sweet de type cellulite géante a aussi été discuté comme une nouvelle variante du syndrome de Sweet, mais les tests bactériologiques et les résultats histopathologiques ont conclu qu'il y avait également une infection cutanée concomitante.

Conclusion :

Notre cas vient renforcer les études suggérant que la cellulite peut être associée au syndrome de Sweet, une corrélation peu commune à ne pas négliger.

Un syndrome de Sweet paranéoplasique en cocarde

I.Bejja, S. Elloudi, Z. Douhi, M. Soughi, H. Baybay, FZ Mernissi
Service de dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophilique caractérisée par une constellation des signes cliniques, d'anomalies biologiques et histologiques.

Nous présentant un cas de syndrome de Sweet avec une présentation atypique.

Observation :

Patiente de 38ans, sans antécédents particuliers, qui se présentait dans notre formation pour prise en charge d'une dermatose douloureuse des membres inférieurs s'installant brutalement et évoluant 15 jours avant son admission coïncidant avec un syndrome grippal sans notion de prise médicamenteuse.

L'examen clinique a objectivé des nouures inflammatoires des faces postérieures des membres inférieurs de disposition échelonnée prenant un aspect cocarode-like avec un décollement bulleux séro-hémorragique au centre et une évolution centrifuge associées à une fièvre élevée sans adénopathies palpables à l'examen des aires ganglionnaires évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. Un syndrome de Sweet profond et une périarterite nouueuse ont été évoqués.

L'examen histologique d'une biopsie cutanée a révélé un infiltrat inflammatoire riche en polynucléaires neutrophiles (PNN) du derme moyen et profond infiltrant massivement l'hypoderme réalisant des nodules neutrophiliques au niveau lobulaire sans atteinte vasculaire faisant évoquer un syndrome de Sweet profond.

Le bilan biologique a objectivé une pancytopénie avec un syndrome inflammatoire et une hyperferritinémie. Un syndrome d'activation macrophagique a été écarté et un médullogramme a été réalisé objectivant un syndrome myelodysplasique. Le reste de bilan paranéoplasique et de bilan des associations notamment avec les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin étaient négatifs.

La malade a été mise sous soins locaux des ulcérations avec bolus de la corticothérapie avec une évolution favorable et cicatrisation quasi-totale de ses nouures.

15jours plus tard, la malade a installé un syndrome anémique très manifeste avec réalisation d'un hémogramme objectivant une pancytopénie profonde fébrile d'où son hospitalisation au service de médecine interne.

Deux jours après, la patiente fût installée un tableau de choc septique et malheureusement décédée.

Discussion :

Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophilique aigue fébrile rare dont le mécanisme physiopathologique reste mal élucidé. Une forme paranéoplasique notamment en rapport avec une hémopathie maligne doit être suspectée devant des vésiculo-bulles et l'atteinte muqueuse sur le plan clinique, un taux normale de neutrophiles ou une

neutropénie sur le plan biologique et histologiquement des neutrophiles mêlés à des cellules tumorales blastiques ainsi qu'un infiltrat histiocytaire et l'infiltration massive de l'hypoderme par les PNN.

Conclusion :

Il s'agit d'une observation originale d'un cas de syndrome de Sweet paranéoplastique par l'aspect clinique cocaroïde-like et de décollement ainsi que la neutropénie et l'infiltrat histologique de PNN qui envahit aussi l'hypoderme.

Références :

1. Sweet RD. An acute febrile neutrophilic dermatosis. Br J Dermatol 1964;76:349-56
2. LANG, Caroline, QUENAN, Sandrine. Syndrome de Sweet : un diagnostic à ne pas manquer. Revue médicale suisse, 2017, vol. 13, no. 556, p. 678-683
3. Cohen PR. Sweet's syndrome — a comprehensive review of an acute febrile neutrophilic dermatosis. Orphanet J Rare Dis 2007;2:34
4. Bourke JF, Keohane S, Long CC, Kemmett D, Davies M, Zaki I et al. Sweet's syndrome and malignancy in the U. K. Br J Dermatol 1997 ; 137 : 609-613
5. Matsumura Y, Tanabe H, Wada Y, Ohta K, Okamoto H, Imamura S. Neutrophilic panniculitis associated with myelodysplastic syndromes. Br J Dermatol 1997 ; 136 : 142-143

Syndrome de Sweet : facteurs prédictifs de récurrence

Hamdi Amal, Ben Kahla Marouan , Ghariani Fetoui Nadia, Saad Sarra, Ben Rjab Mohamed, Sriha Badreddine, Mokni Sana, Denguezli Mohamed
Service de dermatologie, Hôpital Farhat Hached Sousse, Tunisie

Introduction : Le syndrome de Sweet (SS) est une dermatose neutrophilique caractérisée par un polymorphisme clinique. Plusieurs études portant sur la diversité des maladies qui peuvent être associées au SS ont été publiées mais peu d'études s'intéressent aux facteurs prédictifs de récurrence. L'objectif de ce travail est donc d'étudier les facteurs prédictifs de récurrence de SS.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique portant sur les cas de SS retenus selon les critères diagnostiques du SS sur une période de 30 ans (1993-2023).

Résultats : Au total, 55 patients ont été inclus dans cette étude, dont 42 femmes (76,4%). L'âge moyen était de $49,55 \pm 13,87$ ans (20-87 ans). Vingt-sept patients (49,1%) de notre population avaient au moins un antécédent. Les antécédents cardio-vasculaires étaient les plus fréquentes avec 16,9% des cas. Tous nos patients présentaient un tableau clinique et biologique évocateur de SS avec à l'histologie un infiltrat inflammatoire riche en polynucléaires neutrophiles confirmant ainsi ce diagnostic. Le SS était idiopathique dans 41,8% des cas. Une évolution favorable a été notée chez 29 patients (52,7%) sous corticothérapie générale et chez 11 patients (20%) sous Colchicine. Une récurrence des lésions lors de la dégression de la dose ou à l'arrêt de la corticothérapie générale était constatée chez 3 patients (5,5%). Les récurrences à distance étaient notées chez 13 patients (23,6%) : précoce dans un délai inférieur à un an chez 7 patients (12,7%) et tardive dans un délai variant entre 1 et 13 ans chez 4 patients (7,3%). Deux patients présentaient des poussées annuelles de syndrome de Sweet. Le premier avait une rectocolite hémorragique et un syndrome de Sweet évoluant les deux depuis 6 ans. Le SS récidivait à raison d'une poussée par an. Le deuxième patient présentait un SS évoluant depuis 12 ans avec une fréquence estimée à 3-4 poussées par an. Le bilan étiologique réalisé à plusieurs reprises a conclu à un SS idiopathique.

Nous avons cherché une association entre les récurrences du SS d'une part et les formes étiologiques, les localisations et les aspects cliniques et histologiques d'autre part mais aucune différence statistiquement significative n'a été observée. Cependant, les patients qui ont des antécédents cardio-vasculaires font plus de rechute avec 55,6% contre 19,6% ($p=0,037$). Les rechutes sont aussi plus fréquentes chez les patients alcooliques (100%) que chez les non alcooliques (21,2%) ($p=0,014$).

Discussion : Le SS est la forme la plus fréquente des dermatoses neutrophiliques. Les symptômes peuvent se résorber spontanément; toutefois, une récurrence peut survenir après une rémission spontanée ou une résolution clinique induite par un traitement. Les récurrences à distance sont aussi possibles et dépendent de l'affection sous-jacente. Ainsi, le syndrome de Sweet gravidique est caractérisé par la récurrence des lésions aux grossesses ultérieures. Dans notre étude, il n'existe pas une localisation lésionnelle ou une étiologie pourvoyeuse de récurrence. Les formes chroniques ne sont pas rares (10% à 3 ans) et peuvent être idiopathiques ou liées à une pathologie évolutive comme dans notre série. Les antécédents personnels et les habitudes de vie semblent aussi avoir un rôle dans la récurrence de SS. Ce rôle peut être expliqué par le concept de maladie neutrophilique et la survenue possible d'infiltrats extra-cutanés à PNN ce qui fait du syndrome de Sweet une maladie systémique pouvant être influencée par des facteurs multiples tels que les antécédents cardio-vasculaires et l'alcoolisme.

Conclusion : Bien que le SS récidive chez environ un tiers des patients, les facteurs prédictifs de récurrence restent mal définis. Les antécédents personnels et les habitudes de vie peuvent influencer l'évolution du SS mais des études plus poussées sont nécessaires pour confirmer ces hypothèses.

VASCULARITE PUSTULEUSE : UNE ENTITE DISTINCTE ?

Azza GHANNEM, Mariem TABKA, Asmahane SOUISSI, Feryel AMRI, Feten HAYDER,
Mourad MOKNI

Service de dermatologie, hôpital La Rabta, Tunis

Introduction :

La vascularite cutanée pustuleuse constitue une entité nosologique hétérogène peu décrite dans la littérature. Nous rapportons deux cas de vascularite pustuleuse associées respectivement à une maladie de Crohn et un psoriasis pustuleux.

Observation 1 :

Une patiente âgée de 53 ans, aux antécédents de maladie de Crohn associée à un pyoderma gangrenosum, consultait pour des lésions pustuleuses des membres inférieurs évoluant depuis 2 semaines. L'examen dermatologique objectivait des pustules et des bulles à contenu purulent reposant sur une base purpurique au niveau des membres inférieurs. Le reste de l'examen somatique, objectivait une asthénie importante, des arthralgies inflammatoires des grosses articulations et une fièvre à 38,8. Le biologie montrait un syndrome inflammatoire biologique. L'examen histologique d'une pustule révélait une vascularite leucocytoclasique et nécrosante avec présence de pustule spongiforme multiloculaire épidermique. L'étude en immunofluorescence directe ainsi que le bilan étiologique étaient négatifs. Un traitement par corticothérapie orale (1m/kg/j) a été initié avec une amélioration rapide.

Observation 2 :

Le 2^{ème} patient était âgé de 37 ans, suivi pour psoriasis pustuleux et consultait pour des plaques purpuriques parsemées de pustules intéressants les membres inférieurs. Ces lésions étaient concomitantes à une nouvelle poussée de son psoriasis. L'examen anatomopathologique d'une biopsie cutanée était en faveur d'une vascularite leucocytoclasique associée à des pustules subcornées multiloculaires. L'étude en immunofluorescence directe était négative. Les autres étiologies de vascularite cutanée ont été éliminées avec absence d'atteinte systémique associée. L'évolution était spontanément favorable.

Discussion :

La vascularite cutanée pustuleuse correspond cliniquement à des pustules sur une base purpurique. Cet aspect a été rapporté en association avec la maladie de Behçet, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), la gonococcémie et le psoriasis pustuleux. Concernant le premier cas, un syndrome arthrocutané a été évoqué en se basant sur des arguments cliniques et anamnestiques. Néanmoins, la présence d'une vascularite à l'histologie n'était pas en faveur. Il s'agit probablement d'un spectre de maladies où l'histologie peut être, dans certains cas, celle d'une vascularite cutanée. La survenue d'une vascularite pustuleuse au cours de deux maladies distinctes (psoriasis pustuleux, maladie de Crohn) cliniquement mais ayant plusieurs points communs d'un point de vue physiopathologique laisse suggérer deux hypothèses : il s'agit d'une forme particulière de dermatose neutrophilique ou bien d'une entité distincte qui reste à définir.

Hidrosadénite suppurée et pyoderma gangrenosum : association fortuite ou spectre d'une même maladie ?

S. Zakaryaa¹, F. Hali¹, F. Marnissi², S. Chiheb¹

Département de dermatologie et de vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca,
Maroc.

² Département d'anatomopathologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction : L'hydrosadénite suppurée (HS) et le pyoderma gangrenosum (PG) sont des dermatoses neutrophiliques autoinflammatoires chroniques rares souvent réfractaires aux traitements conventionnels. La pathogénie exacte de ces deux maladies reste inconnue et le PG comme le HS peuvent représenter un défi thérapeutique. Nous décrivons le cas d'un patient diagnostiqué porteur d'HS et de PG réfractaires et rapportons le succès d'un traitement multimodal à base d'adalimumab et de dapsons.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient de 52 ans, tabagique chronique à 66 paquets-années, diagnostiqué porteur d'HS de stade III de Hurley au niveau des régions inguino-scrotales et axillaires, ayant développé des ulcères inflammatoires douloureux des membres inférieurs. L'examen clinique a révélé des nodules dermo-hypodermiques érythémateux douloureux au niveau du tiers inférieur des deux jambes, avec des ulcérations bien limitées aux bords érythémateux-violacés surélevés et à fond fibrineux, nécrotique par endroits. Des plaques inflammatoires ont été retrouvées au niveau axillaire, inguinal et périnéal associées à de multiples abcès inflammatoires, des sinus interconnectés avec des ouvertures cribiformes et des cicatrices hypertrophiques fibreuses. Le patient avait rapporté des rectorragies minimales et une altération de son état général. Le bilan biologique a révélé une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile, un taux de CRP élevé et une procalcitonine négative. Le bilan infectieux complet était strictement négatif et l'examen bactériologique stérile. Le bilan immunologique et paranéoplasique étaient négatifs. Les échographies Doppler artérielles et veineuses étaient sans anomalie et la coloscopie a révélé des hémorroïdes de stade II/III sans lésion suspecte de malignité. L'étude histologique a révélé une fibrose du derme avec hyperplasie vasculaire et un kyste épidermique, probablement lié à une fistule épidermique. L'étude d'une lésion ulcérée a révélé une dermo-hypo dermatite neutrophile compatible avec un pyoderma gangrenosum. Après un an de traitement antibiotique : ceftriaxone, ciprofloxacine, métronidazole et l'absence d'amélioration, le patient a été traité par adalimumab associé à la dapsons avec une amélioration clinique faite d'assèchement des lésions, diminution de l'inflammation et disparition des ulcérations des jambes.

Discussion : Le PG peut survenir à n'importe quel moment après le développement de l'HS et a souvent une évolution sévère et réfractaire. Il peut être isolé ou faire partie de différents syndromes auto-inflammatoires : (PASH, PAPASH, PAPASH). Bien qu'elles présentent des caractéristiques cliniques différentes, l'HS et le PG semblent partager des voies pathogéniques similaires impliquant un système immunitaire inné dérégulé, avec une infiltration cutanée neutrophile et une surexpression de l'interleukine-1 (IL-1). Nous avons résumé les données actuellement disponibles sur l'utilisation du facteur de nécrose tumorale (TNF) et rendre compte de notre propre expérience de l'utilisation de l'adalimumab chez un patient présentant cette constellation spécifique de symptômes

cliniques de l'HS et du PG. Compte tenu des comorbidités associées, une approche interdisciplinaire de la prise en charge peut s'avérer nécessaire pour garantir les meilleurs résultats.

Pyoderma gangrenosum mimant une cellulite infectieuse : A propos de 2 cas

H.Tahiri, F.Hali, F.Mernissi, S.Chiheb

Introduction : Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose inflammatoire neutrophilique peu fréquente, qui se caractérise par des ulcérations cutanées douloureuses à centre nécrotique et exsudat mucopurulent rapidement progressive, cet aspect clinique n'est pas spécifique et peut se voir dans d'autres affections. Nous rapportons 2 observations de pyoderma gangrenosum mimant une cellulite infectieuse.

Cas 1: Patiente de 33 ans s'est présentée pour un placard inflammatoire du membre inférieur gauche, surmonté de multiples ulcérations à fond mucopurulent et fibrineux, avec un centre nécrotique et une bordure érythémateuse, associé à des macules cicatricielles cribriiformes sur les quatre membres, apparues 15 jours après une chute sur le genou. La biopsie d'une ulcération a montré un infiltrat composé de polynucléaires neutrophiles, d'éosinophiles, de lymphocytes et d'histiocytes, accentué autour des vaisseaux avec présence de thrombus. La biopsie d'une lésion cicatricielle a révélé un infiltrat neutrophile dermique et hypodermique, suggérant une dermatite neutrophile. L'IRM du membre a montré un aspect de cellulite des tissus mous sous-cutanés, associé à des signes de fasciite. Le diagnostic de pyoderma gangrenosum a été retenu devant l'aspect clinique, le phénomène de pathergie (chute) et les résultats des deux biopsies."

Cas 2: Patient de 54 ans s'est présenté pour un placard inflammatoire du cou centré par une zone nécrotique, apparu 4 jours auparavant sur une plaie cervicale superficielle traitée comme une cellulite bactérienne avec mise à plat chirurgicale et antibiotiothérapie. Deux jours après le débridement chirurgical, une extension des lésions est survenue, caractérisée par une ulcération de 15 cm de grand diamètre, à fond purulent et bordure surélevée. Devant ce tableau clinique, et la négativité des examens bactériologiques, le diagnostic de pyoderma gangrenosum a été posé et confirmé par l'étude histologique.

Les deux patients ont été mis sous corticothérapie à raison de 1 mg/kg/jour, avec une cicatrisation complète des lésions.

Discussion : Nos deux observations illustrent la difficulté de poser un diagnostic différentiel entre le pyoderma gangrenosum (PG) et la cellulite infectieuse. D'une part, ces deux entités peuvent présenter des symptômes cliniques similaires. D'autre part, l'utilisation d'une immunosuppression pour traiter l'inflammation neutrophilique peut aggraver une éventuelle infection, tandis que les procédures chirurgicales de débridement utilisées dans le traitement de la cellulite et des fasciites peuvent exacerber le pyoderma gangrenosum en déclenchant le phénomène de pathergie, comme cela a été le cas chez le deuxième patient. Bien que la présence d'un infiltrat neutrophilique puisse être observée lors d'infections bactériennes, la présence de cet infiltrat dans la biopsie de la lésion cicatricielle de la première patiente ainsi que l'amélioration observée sous corticothérapie chez les deux patients constituent des éléments en faveur du diagnostic de pyoderma gangrenosum.

Conclusion: le pyoderma gangrenosum est une dermatose neutrophilique de présentation clinique polymorphe, cependant ne pas savoir évoquer le diagnostic au bon moment, entraîne une hausse de la morbidité et un retard de prise en charge préjudiciable de ce fait toute lésion cutanée aseptique ne répondant pas à un traitement usuel doit faire évoquer le diagnostic.

Pyoderma gangrenosum : Étude du profil épidémiologique et des associations pathologiques à travers une série de 26 cas.

I.El Modafar^{1,2}, M.Aboudourib^{1,2}, O.Hocar^{1,2}, S.Amal^{1,2}.

¹Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

² Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction

Pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique rare dont le diagnostic est difficile. Un diagnostic erroné peut entraîner une escalade thérapeutique et un retard diagnostique d'une pathologie sous-jacente, d'où l'importance de la connaissance approfondie de cette maladie. Peu d'études ont été consacrées au PG. L'objectif de notre travail consiste à explorer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques ainsi que les associations pathologiques du PG.

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive menée sur une période de 8 ans (2014-2023) durant laquelle nous avons colligé 26 dossiers de patients présentant un PG. Tous les patients ont validé les critères diagnostiques de Su et al.

Résultats

L'incidence du PG était de 3 cas par an. L'âge moyen était de 40 ans, les deux sexes étaient touchés équitablement. Nous avons noté la survenue du PG chez 4 patients de la population pédiatrique. Le PG ulcéreux était la forme clinique la plus fréquente et la localisation préférentielle était le membre inférieur. Nous avons objectivé une localisation génitale du PG chez 3 patients. Les lésions étaient multiples dans 65% des cas. Le phénomène de pathergie était retrouvé dans 60% des cas. Dix-neuf patients (73% des cas) avaient une pathologie associée, y compris une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (4 patients), un diabète (5 patients), la maladie de Behçet (4 patients), une hémopathie maligne (4 patients), une infection virale (3 patients), une maladie rhumatismale (2 patients), un cas de syndrome de Turner, un cas de syndrome de Coffin-Siris, un cas de cancer de sein et un cas de maladie de Basedow.

Discussion :

Dans notre étude, PG affecte généralement les patients entre 20 et 50 ans comme il a été rapporté par ailleurs. La survenue de PG chez l'enfant est rare (4 % des cas). La plupart des études ont rapporté une prédominance féminine du PG alors que dans notre étude le PG a atteint les 2 sexes de manière équitable. La localisation préférentielle du PG était les membres inférieurs comme il a été rapporté précédemment. Le taux de prévalence plus élevé de PG associé par rapport au PG idiopathique a été constaté comme dans la majorité des études. Toutefois, notre travail rapporte 2 nouvelles associations non décrites dans la littérature « association de PG au syndrome de Turner » chez une fille de 17 ans et une « association de PG au syndrome de Coffin-Siris » chez un enfant de 10 ans. De même, notre étude a mis en évidence 3 cas de localisation génitale du PG qui reste très rare dans la littérature. Par ailleurs, nous avons constaté un taux plus élevé d'association du PG à la maladie de Behçet, qui reste exceptionnelle dans la littérature.

Conclusion :

La réalisation d'un bilan exhaustif est incontournable devant un PG.

Pyoderma gangrenosum génital : un diagnostic trompeur

I.El Modafar^{1,2}, M.Aboudourib^{1,2}, O.Hocar^{1,2}, S.Amal^{1,2}.

¹Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

² Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction

Pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose inflammatoire neutrophilique rare dont le diagnostic est difficile. Pyoderma gangrenosum génital est une entité encore plus rare mimant des maladies infectieuses, néoplasiques ou inflammatoires. Dans plus de 50 % des cas, le PG est associé à une maladie systémique sous-jacente. Un diagnostic erroné de cette affection peut entraîner une escalade thérapeutique, source d'iatrogénie et un retard diagnostique d'une pathologie sous-jacente, d'où l'importance de la connaissance de cette pathologie.

Nous rapportons 3 cas de PG génital associé à des maladies systémiques.

Observations

Le premier cas est celui d'un homme de 46 ans ayant comme antécédents un diabète de type 2, une orchidectomie droite il y a 12 ans et des rapports sexuels non protégés qui a présenté une lésion pénienne ulcérobourgeonnante indolore détruisant le gland et le méat urétral. Le diagnostic de PG génital a été retenu en se basant sur les critères de Su et al. Le patient n'avait pas une maladie systémique associée en dehors du diabète.

Le deuxième cas est celui d'un homme de 63 ans, ayant comme antécédent un lymphome non hodgkinien traité par chimiothérapie, qui a présenté de multiples ulcérations scrotales douloureuses mesurant moins de 1 cm, avec un fond propre et des bordures régulières. Une biopsie cutanée à 3 fragments a été réalisée. Les cultures bactériologiques et mycologiques étaient négatives. L'histologie était en faveur de pyoderma gangrenosum. Ainsi, le diagnostic de PG génital associé à un lymphome non hodgkinien a été retenu.

Les deux patients ont bien répondu à la corticothérapie locale sans récurrence.

Le troisième cas est celui d'une femme de 70 ans, récemment diagnostiquée d'une leucémie myéloïde aiguë ayant présenté de multiples ulcérations douloureuses ayant une bordure violacée inflammatoire avec des clapiers purulents impliquant la vulve et la région inguinale. Sur la base des résultats cliniques et histologiques, le diagnostic de PG ulcératif génital a été retenu. Initialement, la patiente a été traitée par corticothérapie locale avec cicatrisation complète des lésions mais une rechute est survenue à l'arrêt du traitement. La patiente a été traitée par corticothérapie locale 0,5mg/kg/j avec une cicatrisation complète en 3 mois.

Discussion

Pyoderma gangrenosum est une dermatose neutrophilique rare caractérisée cliniquement par des nodules ou des pustules érythémateuses qui tendent à évoluer vers de larges ulcérations aux bords violacés et sous-minés. Le PG affecte généralement les membres inférieurs, sa localisation dans la région génitale est rare. Le PG vulvaire est extrêmement rare et facilement diagnostiqué à tort comme une maladie sexuellement transmissible ou une néoplasie vulvaire. À notre connaissance, il n'y a eu que 23 cas documentés de PG vulvaire. De rares cas de PG impliquant le pénis et le scrotum ont également été signalés.

Notre présent rapport de cas est unique, compte tenu de la localisation rare du PG dans la région génitale et de la survenue élective dans cette région sans l'implication d'autres sites.

Ces cas sont présentés pour souligner l'importance de conserver le PG comme diagnostic différentiel des ulcères génitaux réfractaires aux modalités de traitement habituelles.

Association pyoderma gangrenosum et lupus érythémateux systémique : Quand la pathologie inflammatoire rencontre la pathologie auto-immune

B. Merrouche, N. Mezhoudi, H. Sahel

Service de dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger

Introduction : Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique peu fréquente, se présentant classiquement par des ulcérations cutanées inflammatoires et aseptiques. L'association d'un PG au lupus érythémateux systémique (LES) n'est décrite que très rarement dans la littérature. Nous rapportons un nouveau cas.

Observation : Une patiente de 20 ans, suivie pour un LES depuis l'âge de 12 ans, présentait une poussée systémique (rénale, hématologique, oculaire et cutanée type lupus bulleux) de son lupus, traitée par prednisone orale à la dose initiale de 1 mg/kg/j et dapsons à 100 mg/j. 4 semaines après, elle développait sur le site d'une biopsie cutanée, une ulcération profonde, cervicale gauche, de 5 cm de diamètre, à bordure inflammatoire surélevée. Le diagnostic du PG était retenu et la patiente était remise sous corticothérapie générale à 1mg/kg/j avec une cicatrisation dirigée. Une cicatrisation complète de l'ulcération était obtenue en deux mois.

Discussion : 50 % environ des patients atteints d'un PG présentent une pathologie associée. Il s'agit le plus souvent d'une maladie inflammatoire digestive ou rhumatologique. Son association au lupus est rare et peu connue. Elle est essentiellement retrouvée chez l'adulte jeune et le PG apparaît généralement au cours de l'évolution chronique d'un lupus déjà diagnostiqué auparavant, comme dans le cas de notre observation. La pathogénie des deux affections est complexe, un dysfonctionnement des polynucléaires neutrophiles est suggéré par certains auteurs comme mécanisme physiopathologique commun. Notre patiente a présenté une ulcération unifocale sur le site d'une biopsie en rapport avec un phénomène de pathogénie. Ce dernier est rapporté dans environ un tiers des cas du PG. Le pronostic de la maladie lupique ne semble pas être aggravé par le PG. Le traitement du PG repose habituellement sur les modulateurs de l'activité des neutrophiles (colchicine, dapsons, corticoïdes, cyclines). Notre malade a été traitée avec succès par corticothérapie systémique.

Conclusion : Bien que rare, l'association LES et PG mérite d'être connue. Elle illustre le continuum existant entre auto-immunité et les pathologies inflammatoires.

Un Pyoderma Gangrenosum révélant des abcès spléniques

H. HASSAN, A.MOUSSA, T.HANAFI, J.AZHARI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH,
N.HJIRA

Service de Dermatologie – Hôpital Militaire d’Instruction Med V - Rabat

Introduction

Le pyoderma gangrenosum est une dermatose neutrophilique caractérisée par des ulcérations cutanées aseptiques et pouvant révéler une maladie générale. Les manifestations extra cutanées sont rares.

A travers ce travail nous rapportant le cas d’un patient présentant un pyoderma gangrenosum associé à des abcès spléniques.

Observation

Il s’agit d’un patient âgé de 81 ans hypertendu sous traitement, qui a été hospitalisé en décembre 2022 pour des ulcérations multiples des membres inférieurs. Son histoire remonte à 3 semaines par des pustules, évoluant en ulcérations douloureuses dans un contexte d’altération de l’état général. L’examen a objectivé de multiples ulcérations, localisées au niveau des membres inférieurs, de taille variable dont la plus grande mesure 10×11cm, à fond fibrineux et bourgeonnant par endroit avec bordure surélevée et violacée, sensible et saignant au contact. Les examens biologiques ont trouvé un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à 15300 à 85% de Polynucléaires neutrophiles, une CRP à 168 mg/l et une augmentation polyclonale des Gamma globulines. A l’histologie, Le derme est le siège d’un infiltrat inflammatoire très dense fait exclusivement de Polynucléaires Neutrophiles réalisant un véritable abcès. Le scanner abdominal a objectivé des collections intra spléniques et sous capsulaire évoquant des abcès spléniques.

Le diagnostic d’un pyoderma gangrenosum a été retenu avec des abcès spléniques. Le patient a été mis sous corticothérapie orale 1mg/kg/j avec une bonne amélioration clinique et biologique. Le scanner de contrôle a montré des images séquellaires.

Discussion

L’atteinte de la rate dans le pyoderma gangrenosum est une complication très rare, il n’y a que quelques cas d’abcès aseptique splénique dans le pyoderma gangrenosum dans la littérature. Notre cas représente le neuvième cas d’atteinte de la rate sans maladie systémique significatif. Lorsque l’atteinte viscérale précède l’atteinte cutanée, le diagnostic est difficile, le tableau clinique faisant craindre une infection. Dans notre cas l’atteinte splénique était concomitante à l’atteinte cutanée.

Un pyoderma gangrenosum géant

H. Taounza¹, Y. Ben Kraiem¹, S. Hamada¹, N. Ismaili¹, L. Benzekri¹, M. Meziane¹, K. Senouci¹

¹Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc

Introduction :

Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose inflammatoire neutrophilique.

Le diagnostic est souvent évoqué tardivement.

Nous rapportons un cas de pyoderma gangrenosum évoluant depuis deux ans.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 39 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui s'est présentée à notre formation pour deux ulcérations géantes du membre inférieur gauche évoluant depuis 2 ans. La patiente rapportait une douleur évaluée à 7/10 selon l'EVA et un retentissement très important sur la qualité de vie avec un score DLQI à 19.

L'examen clinique retrouve deux ulcérations au niveau du dos du pied gauche mesurant 14,5 cm de grand axe et de la jambe gauche mesurant 22,5 cm de grand axe ; avec un fond bourgeonnant et une surface recouverte d'un enduit fibrineux, des bordures inflammatoires érythémateuses en clapier, bien limitées.

Un impotence fonctionnelle du membre atteint avec comme complication un genou en flessum était retrouvée chez notre patiente.

Une biopsie cutanée a été réalisée et l'aspect histologique était compatible avec un pyoderma gangrenosum.

Le bilan inflammatoire était perturbé avec une CRP augmentée à 176. Une anémie hypochrome microcytaire avec une Hb=6,8g/dl, et une thrombocytose.

Aucune association pathologique n'a été retrouvée chez notre patiente.

La patiente a été mise sous corticothérapie orale avec des séances de LED et de rééducation motrice. L'évolution était marquée par une amélioration et un début de cicatrisation au bout de 3 semaines.

Discussion :

Le Pyoderma gangrenosum est une dermatose inflammatoire rare. Il se présente cliniquement par des ulcères douloureux, évoluant rapidement avec des bords minés, irréguliers, érythémato-violacés. La taille moyenne rapportée dans la littérature est de 53,3mm en moyenne.

Notre cas a la particularité d'avoir une grande taille, ainsi devant une perte de substance importante le défi était surtout de corriger les facteurs contribuant à une bonne cicatrisation, et de rétablir le retentissement fonctionnel.

Le mécanisme physiopathologique reste incertain. Près de la moitié des cas concernent des patients présentant des pathologies inflammatoires systémiques ou onco-hématologiques.

Le diagnostic est essentiellement clinique, et souvent évoqué tardivement avec un délai moyen de 23,94 mois, comme le cas de notre patiente.

Actuellement, aucune thérapie n'est spécifique du PG, cependant le traitement fait appel au immunosuppresseurs en première ligne à la corticothérapie orale avec une doses forte 1 à 2mg/kg/j.

Chez notre patiente l'utilisation de la lumière LED a contribué à une accélération de la cicatrisation.

Conclusion :

Le diagnostic du pyoderma gangrenosum doit être évoqué devant tout ulcère d'évolution chronique.

Le diagnostic précoce permet de limiter les séquelles aussi bien fonctionnelles qu'esthétiques.

Pyoderma gangrenosum bulleux des paumes des mains: une entité rare

**Fatma Zahra Lefghih, Faten Rabhi, Malek Ben Slimane, Hamza Abu Humaid,
Kahena Jaber, Raouf Dhaoui**

Service de dermatologie, Hôpital militaire principal d'instruction de tunis, Tunisie

Introduction:

Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique peu commune qui se présente par des ulcérations cutanées inflammatoires et douloureuses. Le PG bulleux est un type rare qui se présente par des bulles inflammatoires douloureuses se transformant rapidement en ulcères superficiels. Nous rapportons un cas de PG bulleux localisé au niveau des mains.

Observation:

Une femme âgée de 64 ans , aux antécédents de rectocolite hémorragique (RCH) depuis 10 ans sous mesalamine actuellement en rémission, nous a consulté pour des lésions bulleuses douloureuses des mains installées depuis 10 jours évoluant vers des ulcérations superficielles. L'examen clinique a montré deux ulcérations croûteuses au niveau de la main droite et deux autres au niveau de la paume de la main gauche. Les prélèvements bactériologiques faits étaient négatifs. L'examen histologique a montré un épiderme acanthosique infiltré de PNN avec des dépôts fibrineux, le derme est occupé par un infiltrat inflammatoire dense riche en polynucléaires neutrophiles. Le diagnostic de PG dans sa forme bulleuse a été retenu devant l'antécédent de RCH, le caractère douloureux, l'aspect clinique des lésions, l'aspect histologique ainsi que la négativité des prélèvements bactériologiques. Une enquête étiologique à la recherche d'hémopathies malignes a été faite revenant sans anomalies. Un traitement par clobétasol topique a été prescrit devant l'atteinte localisée. Une guérison a été obtenue après 15 jours sans récurrence avec un recul de un an.

Discussion:

LePG présente quatre types : ulcéreux qui est la forme classique , pustuleux , végétant et bulleux. La physiopathologie n'est pas bien élucidé mais son association à des hémopathies malignes ainsi qu'à des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin est bien connue, comme c'est le cas de notre patiente qui est atteinte d'une RCH. La forme bulleuse , qui est la plus rare, se présente par des bulles inflammatoires douloureuses qui se transforment rapidement en ulcères superficiels. Différentes localisations ont été décrites dans la littérature dont la plus fréquente est au niveau des jambes , suivi du tronc puis membre supérieur et enfin les organes génitaux. En cas d'hémopathie maligne, la forme bulleuse est associée à un plus mauvais pronostic en comparaison avec la forme classique. Le traitement dépend du nombre et de l'étendue des lésions et repose sur la corticothérapie ainsi que les soins locaux.

Conclusion:

Le PG bulleux est une forme rare de pyoderma dont le diagnostic est souvent difficile devant un tableau clinique et biologique non spécifique. L'atteinte isolée des paumes n'a jamais été décrite. Le pronostic est amélioré par un diagnostic et un traitement précoces.

[Tapez le titre du document]

**Salma Nefzi , Anissa Zaouak , Amal Chamli , Imen Helel *, Salima Ben Jenet ,
Houda Hammami,
Samy Fenniche
Service de dermatologie, * Service d'anatomie pathologique, Hôpital Habib
Thameur de Tunis, Tunisie**

Introduction : Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique (DN) rare. Sa pathogénie est inconnue. Il est caractérisé par une (ou des) ulcération chronique aseptique de la peau et il peut s'associer à des pathologies inflammatoires, infectieuses ou malignes ou être idiopathique.

Patients et méthodes : Étude rétrospective de 19 patients atteints de PG colligés au service de dermatologie de l'hôpital Habib-Thameur sur une période de 23 ans (janvier 2001 - août 2023). Tous les patients présentaient à l'histologie un infiltrat dermique riche en neutrophiles. L'immunofluorescence directe, les prélèvements bactériologiques et fongiques étaient négatifs chez tous les patients.

Résultats :

Huit hommes et 11 femmes étaient colligés. Le sex-ratio H/F était 0,73. L'âge moyen était de 45 ans (16–67 ans). La durée moyenne des symptômes était de 1 an (5 jours–15 ans). La lésion élémentaire initiale était une pustule (14 cas), une papule (4 cas), un nodule (2 cas) et une bulle (2 cas). La forme ulcérateive était la plus fréquente (17 cas). Deux patients présentaient la forme bulleuse. Le PG était localisé au niveau des membres inférieurs (15 cas), des membres supérieurs (3 cas), du tronc (3 cas), de la face (1 cas) , du cuir chevelu (1 cas) et du sein (1 cas). Le PG était associé à une rectocolite hémorragique chez deux patients, à la maladie de Crohn chez deux patients, à un carcinome canalaire infiltrant du sein chez une patiente et à la maladie coeliaque chez une patiente. Il était idiopathique chez 13 patients. Un patient avait également une pustulose sous cornée (PSC). Le PG était déclenché par une brûlure et une cœlioscopie chacun dans un cas. Le traitement consistait en une corticothérapie générale (0,5 à 1 mg/kg/j) dans 13 cas, les cyclines dans 3 cas et la dapsonne dans 1 cas. Une cicatrisation était obtenue dans tous les cas, avec une récurrence chez 9 patients.

Discussion : Dans notre série, le PG était idiopathique dans 68 % des cas et l'association la plus fréquente était avec les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) avec une fréquence de 21 %. Ces données rejoignent les données d'une série tunisienne multicentrique antérieure de 21 cas où l'association aux MICI était la plus fréquente avec une fréquence de 23,8 %.

L'association à un carcinome canalaire infiltrant du sein chez une patiente qui a développé un PG à distance au niveau du membre supérieur a été rarement décrite (4 cas). La survenue d'un PG suite à une brûlure retrouvée chez un patient n'a pas été rapportée dans la littérature. L'association d'un PG à une maladie coeliaque est une association rare, quelques cas ont été rapportés dans la littérature, la maladie coeliaque y est souvent sévère et résistante aux traitements corticoïdes et immunosuppresseurs. L'association à une PSC a aussi été rarement rapportée avec moins de 12 cas décrits dans la littérature et serait associée à une gammopathie à IgA non retrouvée chez notre patiente. Sur le plan thérapeutique, en l'absence d'études cliniques suffisantes, la prise en charge n'est pas standardisée et repose sur une approche empirique associant la corticothérapie et des soins locaux.

Conclusion : Le diagnostic de pyoderma gangrenosum doit être évoqué devant tout ulcère nécrotique d'aspect inhabituel, évoluant défavorablement malgré les soins

optimaux. La collaboration entre chirurgiens, cliniciens et anatomopathologistes est le seul garant pour un diagnostic précoce et une prise en charge optimale.

Pyodermite-pyostomatite végétante avec atteinte oculaire : une présentation inhabituelle

M.Faik Ouahab¹, L.Mansour Billah¹, G.Basri¹, Y.Tahiri¹, M.El Jazouly¹, S.Chiheb¹

¹ Service de dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de Casablanca, UM6SS

Introduction :

La pyodermite-pyostomatite végétante (PPV) est une dermatose inflammatoire rare. Nous en rapportons une présentation inhabituelle avec une atteinte oculaire sévère chez une patiente suivie pour une rectocolite hémorragique (RCH) traitée par adalimumab.

Observation :

Une patiente de 77 ans, suivie pour RCH sous mésalazine depuis trois ans et sous adalimumab depuis trois semaines, a été admise dans notre structure pour une poussée aiguë de sa maladie. L'examen dermatologique retrouvait des nodules érythémateux et des papulo-pustules siégeant au niveau des cuisses, des jambes, du cou et du conduit auditif externe (CAE), évoluant vers des lésions végétatives érosives au niveau des plis axillaires et inguinaux ainsi que du cuir chevelu. Ces lésions étaient associées à un œdème palpébral bilatéral et une ulcération sévère avec des sécrétions purulentes ciliaires. L'acuité visuelle était de 10/10 bilatéralement. L'examen de la muqueuse buccale retrouvait des pustules plates et des érosions superficielles linéaires d'aspect en « traces d'escargot ». Plusieurs diagnostics ont été évoqués : une PPV, un syndrome de Sweet, une pyodermite pustuleuse, une hidradénite neutrophilique eccrine secondaire à l'adalimumab et un pemphigus végétant. Le bilan biologique a révélé une leucocytose à prédominance de PNN et un syndrome biologique inflammatoire. L'étude des anticorps auto-immuns et les sérologies virales pour le VIH et les virus de l'hépatite B et C étaient négatives. L'examen anatomopathologique d'une lésion pustuleuse a révélé un abcès intra-épithélial et un infiltrat inflammatoire riche en neutrophiles épidermique et un derme légèrement kératosique. L'immunofluorescence directe (IFD) et indirecte (IFI) étaient négatives. Sur la base des résultats cliniques et histologiques, le diagnostic de PPV a été retenu. Un traitement par dermocorticoïdes une fois par jour a été instauré en association avec le traitement de sa RCH. L'évolution a été marquée par la nette amélioration des lésions en cinq jours.

Discussion :

Initialement décrite en 1898 par Hallopeau, la PPV est une dermatose neutrophilique rare qui est fréquemment associée aux MICI, en particulier la RCH. Elle apparaît au cours de la troisième décennie, avec une prédominance masculine. Paradoxalement, notre patient est une femme de 77 ans. La PPV se caractérise par de multiples pustules siégeant sur une base érythémateuse, produisant un motif classique de "traces d'escargot", comme observé chez notre patiente, et évoluant vers des érosions, des ulcérations et la suppuration de pustules végétantes impliquant la cavité buccale et d'autres muqueuses telles que la muqueuse vaginale et nasale. L'atteinte oculaire reste exceptionnelle et n'a été décrite que dans quelques cas. Histologiquement, la PPV se caractérise par une hyperplasie pseudo-épithéliomateuse avec des microabcès intra-épithéliaux, une spongiose éosinophile et des infiltrats inflammatoires riches en neutrophiles, éosinophiles, lymphocytes et plasmocytes. L'IFD et l'IFI sont généralement négatives. Les options thérapeutiques varient en fonction de la gravité et de la présence de maladies sous-jacentes, mais les corticoïdes systémiques et topiques, sont couramment utilisés et considérés comme efficaces. D'autres traitements ont été signalés, notamment le tacrolimus topique, la dapsonne, l'azathioprine, le mycophénolate mofétil, la cyclosporine et les anti-TNF. Le contrôle de la maladie inflammatoire de l'intestin sous-jacente est également crucial pour le traitement.

Conclusion :

Malgré sa rareté, la PPV peut présenter des manifestations cliniques atypique, soulignant l'importance de la prise en compte de ses différentes présentations cliniques lors de son évaluation et son traitement.

L' hidradénite eccrin neutrophilique au cours d'un lymphome hodgkinien : propos d'un cas

A. Saddik; F. Hali ; S. Chiheb

Introduction :

L' hidradénite eccrine neutrophile (HEN) est une affection dermatologique bénigne rare, observée chez les patients atteints de leucémie myéloïde aigue, rarement chez des sujets suivis pour lymphome hodgkinien. Elle se développe généralement environ 10 jours après le début de la chimiothérapie et peut disparaître spontanément à l'arrêt de l'agent causal.

Nous rapportons le cas d'une HEN chez une femme de 32 ans après sa première cure de chimiothérapie.

Observations :

Il s'agit d'une patiente âgée de 32 ans, suivie au service d'hématologie pour un lymphome hodgkinien. L'histoire de la maladie remontait à 4 jours après la première cure de chimiothérapie à base de gemcytanibe, bendamustine et nalvebine, par l'apparition d'un œdème du visage et une tuméfaction des mains et pieds, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie. Chez qui l'examen trouvait un Œdème du visage avec érythroœdème palpébrale, lésions érythémateuses infiltrées, œdémateuses, douloureuses au niveau des mains et des pieds, sans adénopathies palpables. Les tests biologiques montraient un syndrome inflammatoire.

Le diagnostic le plus probable était l' hidradénite eccrine neutrophile. La patiente était mise sous colchicine et CTC orale pendant 5 jours. L'évolution était marquée par la résolution des lésions au bout de quatre semaines et la patiente a poursuivi les cures de chimiothérapie.

Discussion et conclusion :

L' HEN est une dermatose bénigne, autorésolutive qui appartient au spectre des dermatoses neutrophilique, caractérisée par une infiltration neutrophilique des glandes sudorales. C'est une pathologie rare qui touche principalement les adultes traités pour une pathologie onco-hématologique. La physiopathologie reste méconnue à ce jour.

Son évolution est finalement bénigne et rapidement résolutive, elle ne doit ni modifier ou changer le protocole thérapeutique. Le traitement est symptomatique à base d'antalgiques, corticoïdes ou colchicine. L'utilisation de dapsons comme mesure préventive avant la chimiothérapie peut prévenir les récives.

Neutrophilic dermatosis of the hands without neutrophils is it a new entity

K. Jaatar, M .ABOUDOURIBI, S.AMALI,O. HOCARI
service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire Biosciences et santé, FMPM université Cadi
Ayyad, Marrakech

Introduction :

Neutrophilic dermatosis of the hands (NDH) is a rare localized acral variant of Sweet syndrome. NDH predominantly involves the dorsal hands with characteristic dense dermal neutrophilic infiltrate with an upper dermal edema observed on histopathology. We report 2 unusual cases with palmar involvement and predominant lymphomononuclear dermal infiltration.

Case report :

Case 1:

44 yo female consulted for abrupt onset of redish and violaceous palmar plaques evolving since 15 days associated with painful edema of both hands.

Examination revealed multiple erythemato-violaceous plaques topped with bullae with hemorrhagic and pustular content on both palms associated to a violaceous plaque on the dorsal areas of the right hand and few papules on the feet, otherwise the patient reported signs of respiratory infection 15 days ago, the rest of systemic examination was unremarkable.

Laboratory analysis was notable for leukocytosis $14.340 \times 10^3/\mu\text{L}$ with neutrophilia ($9.340 \times 10^3/\mu\text{L}$), elevated erythrocyte sedimentation rate (81 mm/hr) and elevated C-reactive protein level to 64. Skin biopsy was done from a 10 days lesion over palm. Histopathological examination showed perivascular infiltrate comprising predominantly lymphomononuclear cells and plasmocytes; no feature of vasculitis was elicited.

Case 2 :

61 yo female presented with fever and abrupt onset of redish palmar papulo-nodules associated with joint pain. Examination revealed multiple erythematous papulo-nodules symmetrically distributed over palmar surfaces of both hands, and few papules on the dorsal area of the hands and the feet. The rest of systemic examination objectified joint pain in upper and lower limbs.

Laboratory analysis was notable for leukocytosis $13.820 \times 10^3/\mu\text{L}$ with neutrophilia ($10.870 \times 10^3/\mu\text{L}$), elevated erythrocyte sedimentation rate (115 mm/hr) and elevated C-reactive protein level to 124. Skin biopsy was done from a papule over the left palm. Histopathological examination showed marked edema of the papillary dermis with upper and mid-dermal perivascular infiltrate comprising predominantly lymphomononuclear cells and plasmocytes; no feature of vasculitis was elicited.

Discussion:

In 2000, Galaria *et al.* offered a unified designation of “neutrophilic dermatosis of the dorsal hands”, suggesting that it would be a subset of Sweet syndrome. And reported that it has similar clinical features but histology showed neutrophilic infiltration and leukocytoclasia without vasculitis features.

However, as per few previous case reports and palmar involvement as seen in our patients, we excluded the term “dorsal” from our diagnosis.

In most of the reported cases of NDH, histopathology showed predominantly upper dermal neutrophilic and perivascular infiltrate with or without features of leukocytoclastic vasculitis.

But in our 2 cases both biopsies showed predominantly lymphomononuclear cell infiltrate without features of vasculitis.

NDH is usually responsive to moderate doses of systemic corticosteroids or dapsone, Both our patients responded well to short-course systemic corticosteroid without any recurrence on 3-month follow-up.

Conclusion:

The purpose of documenting these cases is to highlight the unusual findings of palmar involvement and predominantly lymphomononuclear cell infiltration in NDH, which to the best of our knowledge has not yet been described

Pityriasis rubra pilaire : caractéristiques cliniques, diagnostic différentiel et approche thérapeutique

S.LAZOUZI, F.HALI, S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le pityriasis rubra pilaire est une dermatose inflammatoire rare d'origine peu connue, caractérisée par une importante variabilité sémiologique. Il en existe plusieurs formes cliniques, prêtant ainsi à confusion avec de multiples autres pathologies, d'où l'intérêt d'en connaître les caractéristiques distinctives.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive menée au sein de notre structure sur une période de 12 ans, entre janvier 2011 et décembre 2022. Ont été inclus les patients ayant un diagnostic de pityriasis rubra pilaire sur la base de lésions cliniques évocatrices et confirmé à l'histologie. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients, et répertoriées dans un fichier d'exploitation standardisé.

Résultats :

L'étude a inclus 6 patients. L'âge moyen au début des symptômes était de 43,6 ans (8,5 à 72 ans). Le sexratio était de 2H/1F. Le délai diagnostique était en moyenne de 23 mois (3 à 48 mois). Aucun des patients n'avait d'antécédent de maladie auto-immune, néoplasie, ni d'antécédent familial de pityriasis rubra pilaire. Tous présentaient des lésions érythémato-squameuses et une kératodermie palmoplantaire orangée avec un prurit, et des papules folliculaires chez 83%. Trente-trois pourcent avaient un diagnostic initial de psoriasis. La biopsie cutanée a retrouvé chez l'ensemble des patients une hyperkératose et un infiltrat lymphohistiocytaire périfolliculaire/périvasculaire, sans infiltrat à polynucléaires neutrophiles. Sur le plan thérapeutique, tous les patients avaient un traitement local (dermocorticoïdes et émoullissants, avec kératolytiques dans 50% des cas), associé chez 50% à des rétinoïdes oraux et une photothérapie avec bonne amélioration.

Discussion :

L'originalité de notre travail réside dans la rareté du pityriasis rubra pilaire et son problème de diagnostic différentiel avec le psoriasis.

Le pityriasis rubra pilaire est une dermatose hétérogène rare d'incidence peu connue. Il se manifeste classiquement par une triade associant à divers degrés des papules folliculaires, une kératodermie palmoplantaire orangée, et des lésions érythémato-squameuses avec intervalles de peau saine. C'est ainsi qu'il est fréquemment confondu avec le psoriasis et en constitue un des principaux diagnostics différentiels, particulièrement au début de l'éruption.

L'histologie, bien que non spécifique, permet d'éliminer les autres diagnostics différentiels.

Sur le plan thérapeutique, les rétinoïdes constituent le traitement de choix, avec une efficacité variable.

Conclusion :

Le pityriasis rubra pilaire est une pathologie rare, de présentation variable prêtant parfois à confusion avec d'autres dermatoses érythémato-squameuses. Ses caractéristiques sont ainsi intéressantes à maîtriser pour un diagnostic aisé et une prise en charge adaptée.

Association de lichen plan pigmentogène et sarcoïdose : Quel lien ?

K Trimeche, Y Soua, I Lahouel, M Korbi, M Youssef, H Belhadjali, J Zili
Service de Dermatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir, Tunisie

Introduction :

Le lichen plan pigmentogène (LPP) est une forme rare du lichen plan cutané. L'association de cette dermatose avec des maladies auto-immunes (MAI) était signalée. Nous rapportons un cas de lichen plan pigmentogène associée à une sarcoïdose cutanéopulmonaire.

Observation :

IL s'agissait d'une patiente âgée de 58 ans, aux antécédents de diabète et d'hypertension artérielle, qui consultait pour des lésions cutanées asymptomatiques des avants bras évoluant depuis quelques mois. L'examen révélait de multiples papules érythémateuses de 4 mm de diamètre, siégeant au niveau des avants bras. Par ailleurs elle présentait des macules hyperpigmentés au niveau péribuccal. L'examen de la muqueuse buccale n'a pas objectivé de réseau blanchâtre ou d'ulcérations. La biopsie des lésions papuleuses montrait de multiples granulomes épithélioïdes, non nécrosants au niveau du derme, compatible avec une sarcoïdose cutanée. Par ailleurs, l'examen histologique des lésions hyperpigmentées révélait des signes en faveur d'un LPP. L'examen ophtalmologique ne montrait pas des signes d'uvéïte. Le bilan phosphocalcique était normal. Le scanner thoracique montrait un infiltrat nodulaire et micronodulaire bilatéral au niveau parenchymateux évoquant une sarcoïdose pulmonaire. En se basant sur des arguments cliniques, biologiques, radiologiques et histopathologiques le diagnostic d'une sarcoïdose cutanéopulmonaire associée à un lichen plan pigmentogène était retenu.

Discussion :

Les données de la littérature montrent une association fréquente du LPP avec les MAI, telles que la polyarthrite rhumatoïde, le diabète, le syndrome de Sharp et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Son association avec la sarcoïdose est néanmoins rare. A notre connaissance seulement deux cas d'association de lichen plan et de sarcoïdose ont été rapportés. L'immunité cellulaire de type Th1, pourraient jouer un rôle. Ainsi, l'activation des lymphocytes Th1 pourrait être à l'origine de l'apparition de ces deux conditions en tant que deux phénotypes différents chez la même patiente.

Conclusion :

Nous rapportons une association rare de lichen pigmentogène et sarcoïdose, suggérant ainsi des mécanismes immunologiques en commun. Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de mieux élucider les mécanismes sous-jacents.

Lichen plan Blaschko-linéaire: à propos d'un cas clinique

E. El bakali, H.Kerrouch, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira

Service de dermatologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, université Mohammed V, Rabat

Introduction :

Les lignes de Blaschko représentent le schéma de croissance au cours de la migration des cellules épidermiques. C'est un schéma que l'on retrouve dans de nombreuses affections cutanées. De multiples variantes cliniques du lichen plan ont été rapportées, mais le lichen plan qui suit les lignes de Blaschko est extrêmement rare. Nous présentons un cas rare de lichen plan linéaire, qui suit les lignes de Blaschko.

Observation clinique :

Une femme de 43 ans qui s'est présentée avec une éruption cutanée prurigineuse, évoluant depuis 4 mois. Elle n'avait pas d'antécédents médicaux personnels particuliers, ni d'antécédents familiaux de lésions cutanées similaires. L'examen a révélé des plaques papuleuses et violacées linéaires unilatérales mal délimitées le long des lignes de Blaschko sur le membre inférieur droit. Aucune autre manifestation clinique n'a été notée. Différents diagnostics ont été envisagés, tels qu'une réaction médicamenteuse, un lichen plan pigmentaire linéaire (LPP), un lichen plan linéaire (LP) et une hyperpigmentation post-inflammatoire.

Les explorations biologiques n'ont révélé aucune anomalie. Les tests sérologiques de l'hépatite B et C étaient négatifs. Une biopsie cutanée a révélé une hyperkératose, une acanthose, une couche granuleuse accentuée et un infiltrat lymphocytaire en bande le long de la jonction dermo-épidermique. Le diagnostic de LP Blaschko-linéaire unilatéral a été posé.

Discussion :

Le Lichen plan (LP) linéaire est un LP rare caractérisé par des papules lichénoïdes, prurigineuses et violacées à surface lisse, disposées de manière linéaire. Le LP linéaire est fréquemment observée pendant l'enfance et l'adolescence. Le diagnostic différentiel de la variante linéaire du LP inclut le lichen striatus, le psoriasis linéaire, le nævus épidermique verruqueux linéaire inflammatoire, la réaction médicamenteuse et la maladie de Darier linéaire. Le diagnostic repose sur les manifestations cliniques et les résultats histopathologiques. Son évolution est bénigne. Aucune association systémique n'a été notée avec ce type de LP. La cause exacte de la forme blaschkoïde de cette maladie n'a pas encore été déterminée, mais elle est considérée comme une blaschkite (inflammation acquise le long des lignes de Blaschko) sans koebnerisation ni réponse isotopique de Wolf. La plupart des cas de distribution linéaire et zostériforme du LP ont été expliqués de manière satisfaisante sur la base du phénomène de Koebner.

Conclusion :

le LP Blaschko-linéaire est généralement bénin et spontanément résolutif. Les dermatologues doivent être conscients de cette affection, afin que le diagnostic puisse être posé à un stade précoce, améliorant ainsi la qualité de vie du patient.

La folliculite décalvante associée à un lichen plan pileux et spinulosique :

À propos d'un cas.

L.Benchekroun, O.Essadeq, N.Ismaili, L.Benzekri, K.Senouci, M.Meziane

Introduction : Le lichen pileux et la folliculite décalvante sont des alopecies cicatricielles primaires, la première classée lymphocytaire et la seconde neutrophilique selon the North American Hair Research Society. Le lichen pileux se manifeste principalement par de l'érythème péripileux et une hyperkératose péri folliculaire, tandis que la folliculite décalvante se manifeste par des pustules folliculaires et des cheveux en touffe. Concernant le traitement, le lichen pileux répond principalement aux traitements anti inflammatoires et rétinoïdes, et la folliculite décalvante répond aux agents anti bactériens. Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente les signes cliniques des deux pathologies de façon concomitante, une association plutôt rare et récemment décrite.

Observation : Il s'agit d'une patiente de 38 ans, sans antécédents notable, qui présente une alopecie du vertex évoluant depuis 4 ans. A l'examen dermatologique, la plaque alopecique mesurait 12 cm x 8 cm. La dermoscopie objectivait de l'érythème et de l'hyperkératose péri folliculaire, des gaines coulissantes, ainsi que des croûtes jaunâtres et des cheveux en touffe. Le signe de traction était négatif. La dermoscopie des sourcils révélait de l'érythème associé à de l'hyperkératose péri folliculaire, et celle des cils retrouvait des gaines coulissantes. Les ongles et les muqueuses étaient sans anomalies. L'examen du corps révélait des papules folliculaires très prurigineuses au niveau du dos, racine des membres supérieurs, abdomen, et fesses. La patiente a été traitée par des agents antibactériens, puis la biopsie ayant révélé un lichen pileux, une corticothérapie orale et locale a été démarrée. Après 2 ans de traitement la patiente s'améliorait partiellement puis rechutait. Deux nouvelles biopsies ont été réalisées révélant sur le premier fragment une folliculite décalvante et sur le deuxième un lichen pileux.

Discussion : Morais et al ont décrit en 2018 une série de 13 patients diagnostiqués en tant que LPP avec pustules. Ils ont considéré ce dernier un nouveau sous type de lichen, se basant sur la présence de pustules, croûtes, cheveux en touffe, érythème, et l'hyperkératose péri folliculaire. Les cheveux en touffe ont été mis sur le compte de l'intensité de l'inflammation induisant une désorganisation de la disposition des follicules, et les pustules ont été mises sur le compte d'une infection secondaire ou la pénétration d'agents microbiens à la suite de grattage. L'association lichen pileux et folliculite décalvante n'est pas fréquemment décrite dans la littérature. Elle a été décrite pour la 1ère fois par Yip et Al en 2020 ; ils ont colligé une série de 13 patients qui présentaient l'association concomitante ou séquentielle de caractéristiques anatomo-cliniques de FD et LPP pour lesquels ils ont proposé le concept de spectre phénotypique FD/LPP. Leur 1ère hypothèse est que les conséquences immunitaires de la dysbiose folliculaire de la folliculite décalvante conduisent à l'effondrement du privilège immunitaire du follicule pileux exposant ainsi un auto-antigène folliculaire avec un infiltrat de cellules inflammatoires TH1 comme cela pourrait être montré dans LPP. La 2ème hypothèse explique que les changements cliniques et histologiques Lichen pileux like représentent une forme fruste de folliculite décalvante modifiée par le traitement. Pourquoi sommes nous plus d'accord avec la première hypothèse ? Le lichen pileux peut toucher non seulement le cuir chevelu, mais n'importe quelle partie du corps contenant des follicules pileux. Chez notre patiente, les lésions de lichen pileux ont été visualisées au niveau du cuir chevelu, cils, et sourcils, ainsi que des lésions de lichen spinulosique sur le corps. Le diagnostic de lichen pileux a donc été retenu cliniquement bien avant le résultat de l'histologie cutanée. Le lichen pileux ne se caractérise pas par la présence de pustules. La présence de pustules chez notre patiente nous fait donc évoquer une association lichen pileux et spinulosique avec la folliculite décalvante, dont les résultats sont appuyés par l'histologie.

Conclusion : En conclusion, notre cas clinique se distingue des cas de la littérature par le fait que la patiente présente des critères non seulement de lichen plan pileux mais de lichen plan cutané de type spinulosique également, ce qui nous aide à trancher sur la question LPP ou FD. Dans ce sens, le spectre phénotypique folliculite décalvante lichen pileux devrait être plus connu par les dermatologues, afin que la prise en charge des patients soit optimale, impliquant des traitement antibactériens et anti inflammatoires/ rétinoïdes.

Localisation inhabituelle de lichen plan hypertrophique?

S. MHAIMER ; I.LAKHAL ; I.ZOUINE ; R.CHAKIRI

Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Introduction

Le lichen plan hypertrophique est une maladie chronique d'origine inconnue secondaire à une réponse immunitaire à médiation cellulaire T. Il affecte généralement les adultes d'âge moyen. Les lésions se développent initialement au niveau des zones de flexion des membres, avec une éruption généralisée marquée par un prurit de sévérité variable en fonction du type de lésion et de leur étendue. Il peut toucher toutes les zones de la peau et également la muqueuse buccale. Chez 85 % des patients, la maladie se résout en 18 mois. Le lichen plan hypertrophique cutané primitif du méat auditif externe est extrêmement rare. Dans la littérature, on a trouvé qu'un seul cas de lichen plan hypertrophique du conduit auditif externe, et que 19 cas de lichen plan localisé à l'oreille.

Observation

Il s'agissait d'une femme âgée de 36 ans, ayant comme antécédent diabétique depuis 2ans sous régime seul. Elle présentait depuis 3 ans des plaques pigmentées violacées du conduit auditif externe prurigineuses augmentant progressivement de taille, à la dermoscopie: stries de Wickham, des globules gris-bleutés.

La biopsie cutanée a montré un épiderme très hyperplasique surmontée d'une épaisse hyperorthokératose, la couche basale est hyperpigmentée, siège d'une discrète vacuolisation, le derme est fibreux, congestif, occupé par un discret infiltrat lymphocytaire d'allure lichénoïde, il s'y associe une incontinence pigmentaire prononcée et profonde.

Examen oral: atteinte exclusive des conduits auditifs externes.

Un bilan a été demandé chez la patiente fait de sérologie d'hépatite C, vitamine D, anti TPO et anti TG.

La patiente a été mise sous clobetasol en raison de deux applications par jour et tretinoïne 0.025% en raison d'une application par jour pendant 6 semaines avec une amélioration partielle puis on a passé à tacrolimus 0.1% en raison de 2 applications/jour.

Discussion

Le lichen plan hypertrophique du conduit auditif externe est une variété rare et difficile à diagnostiquer.

Le lichen plan de l'oreille survient chez des femmes d'âge moyen. Un total de 19 cas de lichen plan de l'oreille ont été identifiés dans la littérature et qu'un seul cas de lichen plan hypertrophique avec localisation dans le conduit auditif externe a été déjà décrit, le symptôme commun était le prurit, sans autres signes associés, y compris aucune douleur ou otorrhée, La durée moyenne des symptômes était de 3 ans.

A la dermoscopie on trouvait des striations périphériques, de structures jaunâtres et de globules bleu-gri.

L'examen histopathologique montrait une hyperkératose, une acanthose, et la couche basale est hyperpigmentée, avec des fibres de collagène disposées verticalement dans le derme.

Le lichen plan de l'oreille peut être responsable des complications telles que la sténose avec otite externe chronique oblitérante décrit par Kosec et Al, également la surdité, trouvée chez un patient décrit par Martin et al.

Dans la majorité des cas de lichen plan de l'oreille, on trouve des localisations extra auriculaires telles que les membres, la cavité orale et la muqueuse génitales.

En général le traitement proposé est à base de dermocorticoïdes de classe très forte associés à l'acide trichloracétique pendant 3 mois, et y en a des auteurs qui proposent un traitement à base de tacrolimus.

Conclusion

Le lichen plan hypertrophique est une pathologie rare localisé généralement aux extrémités et difficile d'être diagnostiquer.

La localisation au niveau de l'oreille est susceptible à des complications telles que la sténose du conduit auditif externe, l'infection et la surdité.

La variété de lichen plan hypertrophique pose un problème de résistance aux traitements habituels de lichen plan cutané.

Lichen plan pigmentogène : à propos d'un cas

E. B.M. Keby Da Costa, E. El Bakali, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira
Service de Dermatologie, Hôpital Militaire D'instruction Mohammed V, Université
Mohammed V, Rabat

Introduction :

Le lichen plan pigmentogène est une variante rare de Lichen Plan cutané caractérisée par la présence de lésions lichéniennes hyperpigmentées dans les zones photo-exposées ou dans les plis de flexion. Le Lichen plan pigmentogène est fréquent en Inde et au Moyen-Orient. Cette dermatose a été rarement décrite en association avec d'autres maladies.

Observation :

Patient âgé de 42 ans sans antécédents particuliers, qui s'est présenté à notre service de dermatologie avec hyperpigmentation de visage. Ces lésions évoluaient depuis 08 mois. L'examen révélait la présence de macules foncées, à bleuâtres et des plaques hyperpigmentées confluentes sur la région mandibulaire non prurigineuse. Le bilan biologique ne montrait pas d'anomalies. L'étude histologique montrait un infiltrat dense lymphohistiocytaire en bande avec Incontinence pigmentaire importante. Le diagnostic de lichen pigmentogène a été retenu, le patient a été mis sous tacrolimus avec une bonne évolution.

Discussion :

Le Lichen plan pigmentogène est une dermatose rare, d'étiologie inconnue, caractérisée par des petites macules rondes ou ovalaires, bien limitées puis confluentes formant de larges plages hyperpigmentées. Il diffère cliniquement du lichen plan classique par le caractère pigmenté des lésions, l'absence de prurit, l'absence d'atteinte du cuir chevelu, des ongles, ou de lésions muqueuses. Les lésions prédominent dans les zones photo-exposées. L'évolution est plus longue que dans le lichen plan classique

Une peau en nid d'abeille

Mezni L¹, Fazzi M¹, Tabka M¹, Souissi A¹, Mokni M¹

¹ Service de dermatologie, CHU La Rabta

Introduction : Le lichen plan pigmentosus (LPP) est une pathologie inflammatoire fréquente en Inde et au moyen orient dont les expressions cliniques sont multiples. Nous rapportons un cas atypique du LPP dans sa forme réticulée.

Observation : Patiente de 50 ans agricultrice, aux antécédents d'ichtyose acquise et d'hépatite B, consultait pour une éruption prurigineuse pigmentée, généralisée évoluant depuis 20 ans. . L'examen notait des papules violines et finement squameuses, des placards pigmentés à disposition réticulée associés à des plages atrophiques et hypopigmentés au niveau du tronc et des extrémités. L'examen trouvait également une alopecie non cicatricielle des sourcils et une plaque pigmentée du palais dur . La dermoscopie des lésions cutanées a révélé des aires brunâtres sans structure, des points et des globules bruns et violacés avec un pattern polygonal, des squames et des zones blanchâtres. L'histologie d'une papule violine a montré une hyperkératose orthokératosique , une acanthose hypertrophique et une dermite d'interface. Le prélèvement d'une plaque pigmentée trouve un épiderme atrophique et un derme siège d'une incontinence pigmentaire.

Discussion : Le LPP est caractérisé par une atteinte grisâtre/brunâtre bilatérale et symétrique survenant sur une peau de phototype foncé. Les formes cliniques peuvent varier en fonction de l'origine ethnique et des facteurs génétiques et environnementaux tels que l'application prolongée des dermocorticoïdes et le rôle aggravant du soleil. L'atteinte est le plus souvent diffuse et rarement réticulée, en plaques, linéaire ou périfolliculaire. Les cas décrits dans la littérature rapportent différents stades de progression de la maladie pouvant évoluer vers la poikilodermie et poser un problème de diagnostic différentiel avec d'autres dermatoses telles que les lymphomes cutanés T poikilodermiques et certaines connectivites. La particularité de notre observation repose sur l'aspect réticulé de l'atteinte cutané ainsi que à l'aspect dyschromique et atrophique marquant une évolution poikilodermique de la maladie .

Association du lichen plan pigmentogène et de la dysthyroïdie

K.BARBRI F.HALI S.CHIHEB

1. INTRODUCTION :

Le lichen plan pigmentaire (LPP) est une variante peu fréquente du lichen plan.

Cette dermatose a rarement été décrite en association avec d'autres maladies. Ainsi, à travers notre travail, nous avons cherché à déterminer la fréquence de la dysthyroïdie chez nos patients suivis pour LPP.

2. OBJECTIF :

Déterminer la prévalence de la dysthyroïdie chez les patients suivis pour lichen plan pigmentogène.

3. MATERIELS AND METHODES :

Nous présentons une étude prospective monocentrique réalisée dans notre service de dermatologie. Pour tous les patients suivis pour LPP, un dosage des hormones thyroïdiennes a été réalisé afin de détecter une dysthyroïdie.

4. RESULTATS :

Il y a eu 24 cas de LPP confirmés histologiquement, tous de sexe féminin, âgés de 20 à 62 ans, avec une moyenne d'âge de 41 ans. Au moment de la présentation, vingt-trois (85,2 %) des patients présentaient une maladie progressive se manifestant par l'apparition de nouvelles macules hyper pigmentées multiples, ou une augmentation de la taille des lésions préexistantes au cours des 3 à 4 derniers mois. Une dysthyroïdie a été constatée dans 7 cas soit 29 %, dont 3 cas de thyroïdite de Hashimoto, 3 cas d'hypothyroïdie et un cas d'hyperthyroïdie associée

5. DISCUSSION :

La thyroïdite de Hashimoto est une maladie auto-immune chronique. Elle se caractérise par des associations privilégiées avec de nombreuses maladies auto-immunes, y compris des maladies dermatologiques dont le LPP. Cette association a été décrite dans la littérature par des rapports de cas. Nous rapportons 7 cas sur 24 soit (29%). Un processus auto-immun commun serait probablement à l'origine de l'existence d'une telle association.

6. CONCLUSION :

Les résultats de notre série montrent une association fréquente de la LPP avec la dysthyroïdie. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour mieux **caractériser** cette entité.

des maladies dermatologiques dont le LPP. Cette association a été décrite dans la littérature par des rapports de cas. Nous rapportons 7 cas sur 24 soit (29%). Un processus auto-immun commun serait probablement à l'origine de l'existence d'une telle association.

CONCLUSION :

Les résultats de notre série montrent une association fréquente de la LPP avec la dysthroïdie. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour mieux caractériser cette entité.

Blépharite Récurrente récalcitrante : Penser au lichen plan muqueux

H.Tahiri¹, F.Hali¹, K. El.Kafi², M.Belhadji², F.Mernissi³, S.Chiheb¹

Introduction : Le lichen plan (LP) est une maladie auto-immune qui affecte principalement la peau et les muqueuses. Sa prévalence globale varie de 0,1 % à 4 % de la population mondiale. Le lichen plan muqueux affecte par ordre décroissant la muqueuse buccale, suivie de la muqueuse génitale, de l'œsophage et du nasopharynx. L'atteinte oculaire est relativement rare, rapportée principalement à travers des cas cliniques, avec une présentation clinique non spécifique pouvant être à l'origine d'un retard diagnostique, causant ainsi des altérations chroniques et irréversibles dans l'intégrité de la surface oculaire et entraînant une morbidité significative. Nous rapportons le cas d'un lichen oculaire révélé par une blépharite chronique

Observation : Patiente âgée de 88 ans avec des antécédents médicaux de diabète et d'hypertension artérielle, opérée il y a 6 ans pour une cataracte bilatérale, admise pour des lésions oculaires avec une diminution de l'acuité visuelle évoluant depuis 5 ans, traitées par des collyres de corticoïdes et de cyclines.

L'examen clinique a révélé une rougeur oculaire avec une hyperhémie conjonctivale bilatérale, une blépharite intense avec des symblépharons bilatéraux, une épithéliopathie et une néovascularisation cornéenne de l'œil droit, ainsi qu'un comblement des culs-de-sac conjonctivaux de l'œil gauche. L'acuité visuelle était de 2/5 à l'œil droit et de 3/5 à l'œil gauche. Le reste de l'examen dermatologique a révélé une chéilite actinique sans atteinte cutanée, muqueuse ou phanérienne.

Une biopsie conjonctivale a été réalisée et a montré un infiltrat lymphocytaire avec des réorganisations fibreuses et hémorragiques compatibles avec un lichen plan oculaire. Une immunofluorescence indirecte avec recherche des anticorps anti-membrane basale est revenue négative. Le diagnostic de lichen oculaire a été retenu, et la patiente a été mise sous cyclosporine topique à 2 % et des cures de plasma riche en plaquettes.

Discussion : Notre observation illustre une localisation isolé et rare du lichen plan oculaire chez une patiente de 88 ans.

Le lichen plan oculaire est une maladie rare avec des altérations chroniques et irréversibles de l'intégrité de la surface oculaire, entraînant une morbidité significative. Plusieurs aspects cliniques ont été décrits depuis la première description en 1904, incluant la conjonctivite, la kératite, la blépharite récurrente, le symblépharon, le syndrome de l'œil sec et l'obstruction du canal lacrymal, ces aspects ne sont pas spécifiques et nécessitent une corrélation anatomo clinique et l'exclusion des diagnostics différentiels à savoir la pemphigoïde cicatricielle.

Le lichen oculaire est le plus souvent associé à une atteinte muqueuse ou cutanée facilitant le diagnostic mais dans de rares cas comme celui de notre patiente, les lésions oculaires sont isolées et constituent alors un défi diagnostique pour le praticien. De nombreux traitements sont proposés tels que la corticothérapie et la cyclosporine topique, le plasma riche en plaquette ainsi que la chirurgie avec des résultats variables

Conclusion : Le lichen oculaire est une entité rare, souvent sous-diagnostiquée à cause de sa présentation clinique non spécifique, nécessitant une collaboration étroite entre dermatologues et ophtalmologues afin de poser un diagnostic précoce et d'éviter le passage aux séquelles irréversibles.

Lichen bulleux : à propos d'un cas

M.Faik Ouahab¹, L.Mansour Billah¹, G.Basri¹, Y.Tahiri¹, M.El Jazouly¹, S.Chiheb¹

¹Service de dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de Casablanca, UM6SS

Introduction :

Le lichen plan (LP) est une affection inflammatoire lichénoïde chronique touchant la peau, les ongles, les cheveux et les muqueuses. Différents sous-types ont été décrits jusqu'à présent. Le lichen plan bulleux (LPB) est une variante rare. Nous en rapportons un cas chez un enfant de 14 ans.

Observation :

Un patient de 14 ans sans antécédents particuliers, consultait pour une éruption cutanée généralisée et prurigineuse d'apparition aiguë. L'examen dermatologique retrouvait une éruption cutanée diffuse faite de papules violacées finement squameuses, localisée sur le tronc, les jambes et les bras le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général sans autre signes associés. Cette symptomatologie évoluait par poussées avec l'apparition d'une atteinte secondaire des mains et des pieds ; sans notion de prise médicamenteuse ou photo exposition. L'examen clinique retrouvait de multiples papules érythémateuses surélevées de bulles hémorragiques. L'examen des ongles, cheveux et muqueuses était sans particularité. L'examen anatomopathologique était en faveur d'un LPB. Le patient a été traité par trois injections intramusculaires de corticoïdes à un mois d'intervalle avec amélioration complète.

Discussion :

Le lichen plan est une affection inflammatoire fréquente d'étiologie inconnue. Sa variante bulleuse est connue sous le nom de lichen plan bulleux. Sa prévalence exacte reste inconnue. Bien qu'il s'agisse généralement d'une affection sporadique, la littérature fait état de cas familiaux qui apparaissent plus tôt et durent plus longtemps. Cliniquement, il se présente sous forme de vésicules et de bulles se développant sur des lésions préexistantes de LP au niveau des extrémités inférieures, des poignets et des avant-bras, la face dorsale des mains, les jambes et la région génitale. L'atteinte des ongles se manifeste par des hémorragies sous unguéales, conduisant à une onycholyse et finalement à une atrophie unguéale.

Les résultats histologiques suggèrent que l'infiltration extensive de lymphocytes conduit à la destruction des cellules basales, ce qui entraîne la formation d'un grand espace de Max Joseph et, par conséquent, l'exposition d'antigènes épidermiques, entraînant ainsi la production d'auto-anticorps et la formation de bulles.

Actuellement, il n'existe pas de traitement de choix pour le BLP. Cependant, en raison de la nature hyperactive de cette pathologie, des dermocorticoïdes ont été utilisés de manière empirique. Les corticostéroïdes systémiques, considérés comme des traitements de deuxième intention, sont réservés aux cas sévères résistants aux traitements locaux. D'autres traitements ont été utilisés, tels que la dapsonne dans les formes pédiatriques, le mycophénolate mofétil et les rétinoïdes topiques 0,025% en association avec la triamcinolone 0,1% et l'acitrétine.

Conclusion :

Le lichen bulleux est une forme rare de lichen plan, qui représente des défis diagnostiques et thérapeutiques. Bien que son étiologie reste inconnue, des progrès ont été réalisés dans la compréhension de ses mécanismes immunologiques. Des études supplémentaires portant sur un grand nombre de patients contribueraient de manière significative à la standardisation de son traitement.

Lichen plan conjonctival isolé : un défi diagnostique

Imane Hakim, Chadia Naji, Maryem Aboudourib, Ouafa Hocar, Said Amal

Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI - Marrakech

Laboratoire de Biosciences, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc

Introduction :

Le lichen plan est une affection auto-immune inflammatoire courante d'étiologie inconnue qui affecte généralement la peau et les muqueuses. Le lichen plan oculaire isolé est une présentation extrêmement rare entraînant de graves cicatrices, et est cliniquement impossible à distinguer des autres causes de conjonctivite cicatricielle. Nous rapportons le cas d'une patiente avec un lichen oculaire isolé associé à une blépharite bilatérale chronique.

Objectif : Attirer l'attention sur une présentation clinique extrêmement peu fréquente menaçant le pronostic visuel.

Observation :

Patiente âgée de 69 ans, suivie pour syndrome de Ryenolds depuis 2021 mise sous corticothérapie générale et Azathioprine arrêté après 3 mois par elle-même, se présente pour une conjonctivite fibrosante chronique en poussée résistante au traitement symptomatique. L'examen ophtalmologique a mis en évidence une hyperhémie conjonctivale, une blépharite, une meibomite et un symblépharon bilatéral. Le reste de l'examen n'a révélé aucune lésion cutanée, buccale ni génitale. Une biopsie avec immunofluorescence directe a été faite révélant un lichen, aucun dépôt d'IgG, IgA, IgM ou C3 n'était présent. La patiente a été mise sous corticoïdes locaux, avec une bonne évolution.

Discussion :

Le lichen plan (LP) est une affection inflammatoire de la peau et des muqueuses sans cause connue. Les preuves disponibles indiquent une réponse immunologique médiée par les lymphocytes T à un changement antigénique induit dans la zone de la membrane basale de la muqueuse ou de la peau. Il apparaît sous forme de papules et de plaques violacées prurigineuses que l'on trouve le plus souvent sur les poignets, le bas du dos et les chevilles. La muqueuse buccale et la langue sont les sites les plus fréquemment atteints, et des lésions sur d'autres surfaces muqueuses, telles que l'anus, les organes génitaux et la partie supérieure voies aérodigestives, peuvent également survenir. Le lichen plan oculaire est une maladie rare qui a été de plus en plus rapportée dans la littérature au cours des deux dernières décennies impliquant la conjonctive, la cornée et le système de drainage lacrymal.

Thorne et al ont caractérisé 6 cas de LP avec conjonctivite cicatrisante, un seul d'entre eux, de 51 ans avec symblépharon bilatéral, se présente avec atteinte oculaire exclusive. Le diagnostic a été confirmé par les constatations immunopathologiques comme chez notre patiente.

Le diagnostic différentiel de ce sous-type inhabituel et sévère de LP doit être établi avec d'autres maladies cliniquement indiscernables se manifestant par une conjonctivite cicatricielle, comme la pemphigoïde des muqueuses, le pemphigus vulgaire, la maladie du greffon contre l'hôte, le syndrome de Stevens Johnson et le pemphigus paranéoplasique.

Le diagnostic définitif est crucial parce que l'inflammation persistante et chronique peut entraîner une fibrose sous-épithéliale progressive, des synéchies, une sécheresse oculaire secondaire, un entropion, un trichiasis et une opacification cornéenne, qui sont invariablement associée à une perte sévère d'acuité visuelle et une cécité. Les médicaments de première intention comprennent les corticostéroïdes topiques et la cyclosporine. Les psoralènes avec lumière ultraviolette, les patients qui ne répondent pas aux traitements topiques peuvent bénéficier d'un traitement systémique avec des corticostéroïdes systémiques et autres immunosuppresseurs comme la Cyclosporine, Cyclophosphamide, l'Azathioprine ou le Mycophénolate Mofétil. Après résolution de l'inflammation aiguë, le patient doit être traité avec un traitement d'entretien à long terme pour arrêter la progression chronique de la maladie.

Conclusion :

Le lichen plan conjonctival isolé est une cause exceptionnelle et sévère de conjonctivite cicatricielle. Distinguer cette présentation inhabituelle des autres maladies inflammatoires avec atteinte conjonctivale est crucial pour initier tôt une thérapie appropriée afin d'éviter des dommages irréversibles de la fonction visuelle.



Figure 1 (a,b) : *Patiente présentant une blépharite bilatérale avec conjonctivite fibrosante résistantes au traitement.*



Figure 2 : *Patiente revue avec bonne amélioration après 10 jours de dermocorticoïdes.*

Un cas de lichen scléro-atrophique extra-génital

O. Khadiri; M. Aboudourib; O. Hocar; S. Amal

Service de dermatologie, CHU Mohamed VI, Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Marrakech, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le lichen scléro-atrophique (LSA) ou lichen scléreux (LS) est une affection inflammatoire rare et chronique dont la cause est inconnue. Environ 85 % des cas de LS sont des cas génitaux, tandis que la forme extragénitale n'est observée que dans 15 à 20 % des cas. Le lichen scléro-atrophique extragénital (LSEG) peut se produire simultanément avec la forme génitale ; cependant, dans 6 % des cas, seule la forme extragénitale a été décrite. Nous présentons un cas de lichen scléro-atrophique exclusivement extragénital.

Observations :

Mme A.N âgée de 65 ans, mariée et mère de 3 enfants, sans antécédents pathologiques notables, consultait pour des lésions blanchâtres diffuses, modérément prurigineuses évoluant depuis 03 mois, intéressant au début le tronc puis extension aux membres supérieurs et membres inférieurs, avec installation

d'une sclérose cutanée. L'examen clinique montrait des plaques de couleur blanc nacré et atrophiques, d'aspect frippé, confluentes en larges placards par endroits entourées d'une hyperpigmentation au niveau du tronc, des faces antérieures des avant-bras ainsi que les membres inférieurs. L'examen dermoscopique a montré un fond érythémateux associé à des stries blanchâtres brillantes, des vaisseaux en point et un réseau pigmenté par endroit. Le reste de l'examen clinique, notamment cutanéomuqueux et général, était normal.

L'étude histologique montrait un épiderme atrophique, siège d'une hyperkératose orthokératosique avec par endroit une hyperkératose ostio-folliculaire ainsi qu'un derme papillaire œdémateux et un derme profond fibreux comportant un infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire. Le diagnostic de lichen scléro-atrophique extra-génital était retenu. Le bilan biologique n'a révélé aucune preuve de troubles systémiques, en particulier de maladies auto-immunes

Discussion :

Décrit en 1887 par Hallopeau, le lichen scléro-atrophique (LSA) est une dermatose inflammatoire fibrosante d'évolution chronique et de prédominance féminine, touchant surtout la région anogénitale (80 %). La localisation purement extra-génitale ne se voit que dans 2,5 % des cas.

Bien que l'étiologie de la maladie soit inconnue, l'association avec des maladies auto-immunes suggère une possible composante auto-immune. Cependant, cela ne se manifeste pas chez notre patiente. Plusieurs autres facteurs, tels que la prédisposition génétique, de faibles niveaux d'androgènes, les infections chroniques et les traumatismes, ont été évoqués en tant que facteurs pathogènes.

Cliniquement, les lésions sont principalement localisées sur le tronc, la racine des membres et les plis cutanés.

Ce qui est en accord avec le tableau clinique de notre malade.

Contrairement au lichen scléro-atrophique génital, l'extragénital est généralement asymptomatique. Le diagnostic est généralement établi sur la base de l'examen clinique et dermoscopique, et est ensuite appuyé par les résultats histopathologiques.

Conclusion :

Le lichen scléreux (LS) est une maladie inflammatoire cutanée chronique qui affecte généralement la région ano-génitale, avec une occurrence moins fréquente de l'atteinte cutanée isolée. Le LSEG pose essentiellement un problème esthétique et présente rarement des complications de transformation maligne.

Image(s) :



Plaques blanchâtres atrophiques entourées d'une hyperpigmentation au niveau de la face antérieure des avant-bras



Macules blanchâtres atrophiques white spot disease like au niveau du tronc

Le syndrome vulvo-vaginal-gingival : une forme rare du lichen plan érosif

Abu Humaid Hamza, Rabhi Faten, Ben Slimane Malek, Lefghih Zahra, Kahena Jaber, Dhaoui Mohamed Raouf

Service de dermatologie, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunisie

Introduction

Le lichen plan (LP) est une affection chronique des muqueuses qui touche jusqu'à 1 à 3 % de la population et qui affecte gravement la qualité de vie du patient, en particulier dans ses variantes érosives des muqueuses. Le syndrome vulvo-vaginal-gingival (VVG) ou syndrome de Hewitt-Pelisse est une variante rare et grave du lichen plan érosif. Nous décrivons les aspects cliniques et thérapeutiques du syndrome VVG chez une femme.

Observation

Il s'agissait d'une patiente âgée de 32 ans sans antécédents pathologiques notables admise pour des érosions buccales douloureuses récidivantes évoluant depuis 4 ans. Elle a été traitée par colchicine considérant le diagnostic de maladie de Behçet sans amélioration. L'examen clinique a montré des érosions à fond érythémateux et à bordure en carte de géographie au niveau de la muqueuse buccale avec chéilite sèche, des érosions au niveau des faces internes des petites lèvres, un érythème conjonctival bilatéral avec ptérygion et des érosions nasales surmontées par des croûtes hémorragiques. Le reste de l'examen clinique était sans anomalies. Les bilans biologiques étaient sans anomalies. Les sérologies virales des hépatites B et C étaient négatives. Une biopsie de la muqueuse buccale a révélé un épiderme hyperparakératosique et acanthosique caractérisé par une couche germinale, siège de dystrophie vacuolaire et d'une exocytose à éléments inflammatoires lymphocytaires. Le derme est occupé par infiltrat inflammatoire à prédominance lymphocytaire, disposé en bande. Le diagnostic de lichen plan érosif a été évoqué et la patiente a été mise sous corticothérapie orale à la dose de 0.75mg/kg/j et des bains de bouche avec dégression lente après cicatrisation.

Discussion

Le syndrome VVG est une variante du LP érosif, décrite pour la première fois en 1982 par Pelisse et al. Il est caractérisé par une triade clinique : des érosions et une desquamation de la vulve, du vagin et de la gencive. Dans de rares cas, les conjonctives,

les glandes lacrymales, le conduit auditif et l'œsophage peuvent également être touchés ce qui explique les atteintes conjonctivales et nasales chez notre patiente. Ses principales complications sont la formation de cicatrices synéchiants, la sténose muqueuse et le risque de dégénérescence. Le syndrome VVG a généralement une évolution chronique et nécessite un traitement plus agressif que les autres types de LP. Les corticostéroïdes topiques sont le traitement de première intention. Dans les cas récalcitrants, comme notre patiente et qui sont fréquents, les stéroïdes systémiques associés ou non aux traitements immunosuppresseurs sont indiqués.

Conclusion

Le diagnostic de syndrome VVG doit être évoqué devant toutes érosions buccales et génitales chroniques. Un traitement précoce permet une évolution sténosante de la maladie.

Atteinte cutanée et neurologique sévère révélant une granulomatose éosinophilique avec polyangéite : A propos d'un cas

S. JEBBOUJE¹, F. HALI¹, S. CHIHEB¹

Introduction

La granulomatose éosinophilique avec polyangéite, anciennement appelée granulomatose de Churg et Strauss, est une vascularite systémique auto-immune associée aux ANCA, caractérisée par un asthme, une hyperéosinophilie périphérique et des lésions multisystémiques avec atteinte cutanée retrouvée dans 10 à 30% des cas. Elle nécessite le recours à un traitement immunosuppresseur agressif.

Nous rapportons un cas de maladie de Churg et Strauss à révélation dermatologique.

Observation

Une patiente âgée de 37 ans, connue asthmatique depuis 3 ans sous traitement, consultait dans notre structure pour des lésions cutanées apparues 1 mois après un syndrome pseudo-grippal, une impotence fonctionnelle et un amaigrissement chiffré à 4kg.

L'examen trouvait un placard nécrotique hyperalgique de la cuisse gauche. L'examen neurologique révélait un déficit sensitivomoteur modéré du membre inférieur gauche, un syndrome bronchique et une polyarthralgie.

La biopsie cutanée objectivait une dermo-hypodermite faite d'infiltrat inflammatoire à PNN et PNE associée à une vascularite nécrotique. Le bilan biologique révélait un syndrome inflammatoire modéré avec une anémie hypochrome microcytaire, thrombocytose, VS et CRP élevées; une hyperéosinophilie sanguine à 12443, c-ANCA et p-ANCA sont revenus négatifs. La TDM thoracique montrait de multiples foyers en verre dépoli associés à des infiltrats micronodulaires et des images nodulaires ainsi que des adénopathies médiastinales bilatérales. Le lavage broncho-alvéolaire (LBA) a objectivé la présence de 17.4% de PNE. Le bilan infectieux est revenu négatif. La TDM abdomino-pelvienne objectivait la présence d'un épanchement péritonéal de faible abondance ainsi que le syndrome de casse noisette. L'ENMG était en faveur d'une mononeuropathie multiple axonale sensitivomotrice avec une dénervation active.

Le diagnostic d'une granulomatose à éosinophiles avec polyangéite a été retenu et un traitement à base de prednisone (1mg/kg/jr) et des bolus de cyclophosphamide a été débuté avec une bonne amélioration clinique dermatologique. Par ailleurs, la patiente a gardé un déficit moteur de récupération nécessitant un recours à la kinésithérapie.

Discussion

Chez notre patiente le diagnostic de la granulomatose éosinophilique avec polyangéite a été retenu devant les critères suivants de l'ARC-90 : l'ATCD d'asthme, l'hyperéosinophilie sanguine, la polyneuropathie sensitivomotrice, l'aspect en verre dépoli au niveau pulmonaire et la vascularite à PNE au niveau de la biopsie cutanée

Devant l'atteinte systémique, une association d'une thérapie cortisonique (prednisone 1mg/kg/jr) et une thérapie immunosuppressive (bolus de cyclophosphamide) était la pierre angulaire de notre prise en charge chez cette malade qui présentait une atteinte cutanée nécrotique sévère et neurologique très manifeste.

Conclusion : Notre cas illustre un tableau d'une vascularite cutané-systémique type syndrome de Churg et Strauss qui était méconnu initialement et une manifestation cutanée initiale a été le point révélateur.

Syndrome de Wells mimant un angioœdème et révélant un Myélome Multiple: À propos d'un cas.

L.Mansour Billah ; M. Faik Ouahab ; G. Basri ; Y. Tahiri ; M. El Jazouly ; S. Chiheb.

Service de Dermatologie-Vénérologie, Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc.

Introduction : Le syndrome de Wells (WS), également appelé cellulite éosinophile, est une dermatose éosinophile rare, caractérisée par une grande variabilité clinique et des caractéristiques histologiques suggestives. Son diagnostic repose sur des signes cliniques typiques, notamment des plaques érythémateuses infiltrées sur les membres, le tronc et le thorax. La localisation au niveau du visage est rare. Nous rapportons un cas inhabituel de localisation faciale imitant l'œdème de Quincke qui a été traité avec succès par la Dapsone.

Observation : Un homme de 60 ans a présenté des épisodes récurrents d'angio-oedème de la face pendant 4 ans, qui ont été résolus par une corticothérapie de courte durée. L'examen clinique a révélé une plaque infiltrée sur le visage et l'oreille droite, ainsi qu'une lésion annulaire inflammatoire et prurigineuse du membre supérieur gauche. Il nie tout symptôme associé, toute prise de médicaments ou piqûre d'insecte. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire, sans hyperéosinophilie sanguine. L'analyse anatomopathologique décrit un infiltrat inflammatoire éosinophile péri-vasculaire et interstitiel essentiellement constitué de fibres de collagène entourées d'éosinophiles (image de flamme) permettant le diagnostic de WS. Les anticorps antinucléaires, l'anti-ADN ainsi que la radiographie pulmonaire étaient normaux. Le bilan paranéoplasique a révélé une gammapathie monoclonale IgG Kappa, un taux sérique d'IgG > 30g/L, et la présence de plasmocytes dystrophiques sur le myélogramme en corrélation avec un myélome multiple latent. Le patient a reçu des corticostéroïdes oraux à la dose de 1 mg/kg/jour avec une régression transitoire des lésions cutanées. En raison d'une réponse incomplète, la Dapsone a été initiée à la dose de 50 mg à 100 mg par jour avec une amélioration significative.

Discussion : Le diagnostic de WS est difficile en raison de l'absence de signes spécifiques ; il est basé sur des caractéristiques cliniques, biologiques et histologiques suggestives. Au cours de la maladie, les patients présentent des épisodes récurrents de dermatite aiguë prurigineuse, des éruptions urticariennes persistantes et/ou des tuméfactions œdémateuses douloureuses. L'hyperéosinophilie sanguine est fréquente mais non permanente. Si l'histopathologie est utile pour établir le diagnostic, elle n'est pas totalement spécifique du WS. Jusqu'à présent, l'étiologie reste inconnue. Les auteurs de petites séries de cas et de rapports de cas individuels ont suggéré des associations possibles avec une multitude de troubles, notamment des infections parasitaires, des allergies médicamenteuses, des maladies auto-immunes, des troubles hématologiques et des tumeurs solides. La prise en charge des WS est complexe et représente un défi thérapeutique.

Conclusion : Le syndrome de Wells relève un challenge diagnostique et thérapeutique. La particularité de notre observation réside dans sa présentation clinique trompeuse : à notre connaissance, le WS imitant un angio-œdème n'a été décrit qu'une seule fois dans la littérature. De plus, il s'agit du premier cas décrit d'un myélome multiple indolent révélé par le syndrome de Wells.

Syndrome de Churg et Strauss à révélation dermatologique : A propos d'un cas

S. JEBBOUJE¹, F. HALI¹, S. CHIHEB¹

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU IBN ROCHD CASABLANCA

Introduction: La granulomatose éosinophilique avec polyangéite, anciennement appelée granulomatose de Churg et Strauss, est une vascularite systémique auto-immune associée aux ANCA, caractérisée par des lésions multisystémiques avec atteinte cutanée retrouvée dans 10 à 30% des cas. Elle nécessite le recours à un traitement immunosuppresseur agressif. Nous rapportons un cas de maladie de Churg et Strauss à révélation dermatologique.

Observation : Une patiente âgée de 37 ans, connue asthmatique depuis 3 ans sous traitement, consultait dans notre structure pour des lésions cutanées polymorphes apparues 1 mois après un syndrome pseudo-grippal, une impotence fonctionnelle et un amaigrissement chiffré à 4kg.

L'examen trouvait un placard inflammatoire œdématié infiltré légèrement chaud douloureux, suspensif de la cuisse gauche, des nodules dermo-hypodermiques inflammatoires à disposition linéaire au niveau de la jambe homolatérale. Le reste de l'examen clinique révélant un déficit sensitivomoteur modéré du membre inférieur gauche, un syndrome bronchique et une polyarthralgie.

La biopsie cutanée objectivait une dermo-hypodermite fait d'infiltrat inflammatoire à PNN et PNE associée à une vascularite nécrotique. Le bilan biologique révélait un syndrome inflammatoire modéré avec une anémie hypochrome microcytaire, thrombocytose, VS et CRP élevées ; une hyperéosinophilie sanguine à 12443, c-ANCA et p-ANCA négatifs. La TDM thoracique montrait de multiples foyers en verre dépoli associés à des infiltrats micronodulaires et des images nodulaires ainsi que des adénopathies médiastinales bilatérales. Le LBA a objectivé la présence de . Le bilan de la tuberculose est revenu négatif. La TDM abdomino-pelvienne objectivait la présence d'un épanchement péritonéal de faible abondance. L'ENMG était en faveur d'une mononeuropathie multiple axonale sensitivomotrice avec une dénervation active.

Le diagnostic d'une granulomatose à éosinophiles avec polyangéite a été retenu et un traitement à base de prednisone (1mg/kg/jr) et des bolus de cyclophosphamide a été débuté avec une bonne amélioration clinique.

Discussion : Chez notre patiente le diagnostic du syndrome de Churg et Strauss a été retenu devant les critères suivants de l'ARC-90 :

- ATCD d'asthme,
- Hyperéosinophilie sanguine
- Polyneuropathie sensitivomotrice
- Aspect en verre dépoli au niveau pulmonaire
- Une vascularite à PNE au niveau de la biopsie cutanée

Devant l'atteinte systémique, une association d'une thérapie cortisonique associée à une thérapie immunosuppressive était la pierre angulaire de notre prise en charge chez cette malade.

Conclusion

Notre cas illustre le syndrome de Churg et Strauss qui était méconnu initialement et une manifestation cutanée a été le point de révélateur.

Une maladie de Buerger révélée par un ulcère de jambe

H.BOUMEHDI , S.AITYAZZA, O.HOCAR , S.AMAL , M.ABOUDOURIB

Service de Dermatologie-vénérologie CHU Mohammed VI

Introduction

L'ulcère de jambe est défini comme une perte de substance intéressant l'épiderme et la couche papillaire du derme, qui peut s'étendre au tissu sous-cutané et qui apparaît toujours en présence de tissus sous-jacents pathologiques.

Les étiologies sont multiples : vasculaires, immunologiques, infectieuses, néoplasiques et paranéoplasiques.

L'étiologie de l'ulcère définira la prise en charge thérapeutique. Des examens complémentaires codifiés permettent généralement d'établir le diagnostic.

Nous rapportons le cas d'un patient présentant un ulcère de jambe révélant une maladie de Buerger.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 50 ans, tabagique chronique à raison de 40 PA, non connu diabétique ni cardiaque, qui présente un ulcère de jambe évoluant depuis 2 mois suite à une scarification. L'examen clinique a révélé une ulcération douloureuse de 7 cm de long, avec une petite ulcération circulaire au niveau du genou. Une biopsie en 3 parties a montré un aspect en faveur d'un Pyoderma Gangrenosum . Un bilan paraclinique exhaustif a été demandé (biologique, immunologique, sérologies, marqueurs tumoraux, thrombophilie) sans anomalie. Cependant, l'échographie doppler artérielle et l'angiographie ont montré une thrombose totale de l'aorte abdominale sous-rénale étendue à la bifurcation iliaque et des deux artères iliaques internes, une thrombose veineuse profonde bilatérale, l'ensemble évoquant une maladie de Buerger. Outre le sevrage tabagique, le patient a été mis sous double antiagrégant plaquettaire et IEC puis a bénéficié d'un stent aorto-iliaque. L'évolution a été marquée par la nécrose du pied puis de la jambe, et le patient a subi une amputation de la jambe.

Discussion :

La maladie de Buerger ou thromboangéite oblitérante est une maladie inflammatoire, segmentaire et occlusive affectant les artères et veines de petit et moyen calibre des extrémités des membres. Cette pathologie touche principalement les jeunes hommes de moins de 50 ans et les fumeurs. Son étiologie reste inconnue et le tabagisme semble jouer un rôle aggravant majeur. Des facteurs immunologiques pourraient être impliqués et récemment une altération de la vasodilatation endothélium-dépendante a été mise en évidence. Le diagnostic reste un diagnostic d'exclusion et repose sur l'histoire de la maladie, les anomalies cliniques et l'aspect artériographique, bien qu'aucun de ces aspects ne soit spécifique. Le phénomène de Raynaud, l'artériopathie digitale et les thromboses superficielles migrantes sont des arguments en faveur du diagnostic. Il n'existe actuellement pas de traitement spécifique, l'arrêt du tabac reste le facteur essentiel qui améliore le pronostic de cette maladie . Les analogues de la prostaglandines tel que l'iloprost intra-veineux aide à la diminution des taux d'amputation, mais les problèmes

de tolérance et de coût limitent son utilisation. Le recours à d'autres traitements comme les vasodilatateurs classiques, les anti-agrégants plaquettaires tel que l'aspirine, les anti-coagulants, la thrombolyse in situ, la revascularisation chirurgicale ont été utilisés sans grand succès et l'amputation reste indispensable lorsque l'ischémique est irréversible. L'oxygénothérapie hyperbare est une option de traitement complémentaire largement acceptée qui offre une amélioration significative chez les patients atteints de plaies diabétiques, d'ostéomyélite réfractaire, d'ischémie des membres ou d'infection nécrosante des tissus mous.

Conclusion :

L'étiologie de la maladie de Buerger est inconnue, mais le rôle du tabagisme est prépondérant dans l'apparition et l'évolution de la maladie. Notre observation souligne l'intérêt de l'imagerie vasculaire pour tout ulcère de jambe.

Oncologie Dermatologique

L'intérêt de la dermoscopie dans le dépistage des carcinomes basocellulaires infracentimétriques chez les patients avec

Xeroderma pigmentosum :

H.El Halla, S. Ait Oussous, S. Bellasri, R. Chakiri

Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir.

Introduction :

Le Xeroderma Pigmentosum correspond à un groupe de maladies rares, transmises sur le mode autosomique récessif, caractérisées par une extrême sensibilité au rayonnement ultra-violet (UV) en particulier UVB. Le XP appartient au groupe des maladies qui prédisposent au cancer. La dermoscopie est une méthode non invasive, qui facilite le dépistage des cancers chez ces malades.

Matériels et méthodes :

Étude transversale de cinq enfants atteints d'XP, chez qui une cartographie a été réalisée au service de dermatologie au CHU Sous Massa d'Agadir pour le dépistage des carcinomes basocellulaires infra-centimétriques.

Observation :

Il s'agit de 5 patients suivis pour xeroderma pigmentosum, l'âge moyen était de 10.8 ans, le sex ratio H/F est de : 1.5. 2 patients étaient issus d'un mariage consanguin, 3 patients étaient scolarisés. Tous les patients étaient de bas niveau socio économique, mal suivis pour xeroderma pigmentosum et n'appliquent pas une photoprotection adaptée.

L'examen dermatologique trouvait un phototype 4 chez 3 patients et phototype 3 chez 2 patients. La cartographie réalisée chez les cinq patients nous a permis de dépister 13 lésions de carcinome basocellulaires millimétriques parmi 60 lésions. 11 lésions étaient des macules, une papule et une plaque. 9 lésions étaient localisées au niveau du visage et 4 au niveau du cou.

Les caractéristiques dermoscopiques trouvés étaient : globules pigmentés, Nids ovoïdes, fond érythémateux, vascularisation en point, aspect en feuille d'érable, télangiectasies, squames, aspect digitiforme, vascularisation linéaire, érosion, vascularisation en tronc d'arbre, voile gris bleu.

La prise en charge de ces carcinomes basocellulaires infracentimétriques était l'imiquimod dans 9 lésions et la photothérapie dynamique dans 4 lésions cutanées.

La photoprotection était de mise chez tous les patients.

Discussion :

Les carcinomes basocellulaires sont les tumeurs les plus fréquentes en cas de xeroderma pigmentosum, souvent multiple, de localisation préférentiellement faciale.

La dermoscopie joue un rôle important dans le dépistage des cancers chez les patients suivis pour xeroderma pigmentosum et essentiellement pour les carcinomes basocellulaires. Chez nos patients la dermoscopie nous a permis de faire un diagnostic précoce et limiter une chirurgie endommageante.

A noter que dans notre étude, tous les CBC étaient pigmentés et donc la dermoscopie nous a permis d'éliminer d'autres tumeurs pigmentées fréquentes dans ce contexte.

Le traitement conservateur fait appel à plusieurs alternatives : imiquimod, photothérapie dynamique, bléomycine, électrocoagulation.

Conclusion :

La dermoscopie est un outil non invasif, précieux pour le diagnostic des carcinomes basocellulaires qui doit être pratiqué chez tous patient suivi pour xeroderma pigmentosum vu la fréquence de CBC chez ces patients et d'éliminer d'autres diagnostics sur peau endommagée.

Carcinome basocellulaire et exposition solaire : quelle relation ?

L.Benchekroun, O.Essadeq, N.Ismaili, L.Benzekri, K.Senouci, M.Meziane

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V Souissi, Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Introduction

Le carcinome basocellulaire (CBC) est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les populations blanches. Bien que la mortalité due au CBC soit faible, la morbidité élevée et le coût associé à son traitement représentent un fardeau important pour le système de santé. L'exposition au soleil est la principale cause de CBC. Cependant, l'association entre l'exposition solaire et le CBC n'est pas simple. Nous rapportons le cas de 3 patients, qui ont développé un CBC sur des zones photoprotégées.

Observation

La 1ère patiente est une femme de 82 ans, de phototype III, voilée, qui présente une érosion au vertex évoluant depuis 2 ans.

Le 2e patient est un homme de 88 ans, de phototype III, qui présente une lésion pigmentée au niveau de l'aisselle depuis 5 ans.

La 3ème patiente est une femme de 70 ans, de phototype III, voilée, qui présente une lésion pigmentée au niveau du cuir chevelu sur le vertex, évoluant depuis 3 ans.

Les 3 patients ayant vécu en milieu rural durant leur enfance ont affirmé s'être exposés au soleil de façon très importante durant leur enfance. Le reste de l'examen cutané n'a pas trouvé d'autres lésions malignes. La dermoscopie était cohérente avec le diagnostic de CBC avec pour les lésions pigmentées une ulcération centrale, des nids ovoïdes, des télangiectasies et des structures en feuille d'érable et pour la lésion achromique des vaisseaux en tronc d'arbre et des zones blanches sans structure. L'histologie a confirmé le diagnostic.

Discussion

Les CBC surviennent fréquemment à un âge avancé sur un phototype clair, ce qui était le cas de nos patients. Parmi les facteurs de risque les plus importants figure l'exposition au soleil.

Selon une étude explorant la relation entre le CBC et l'exposition au soleil, les coups de soleil sévères dans l'enfance ont montré une forte relation avec le risque de CBC à l'âge adulte avec un risque 2,6 fois plus élevé de CBC que les sujets peu exposés, mais les coups de soleil à l'âge adulte n'ont montré aucune association avec le risque de CBC.

Nos trois patients ont développé un CBC à l'âge adulte sur des zones protégées du soleil, ce qui confirme que notre peau a une mémoire, une "mémoire" pour exprimer cette capacité des cellules à accumuler des mutations dans leur séquence d'ADN jusqu'à ce que les dommages soient trop importants et que cela puisse entraîner des lésions cutanées.

Une étude a été menée pour explorer les facteurs de risque spécifiques au site anatomique pour le développement du CBC. Dans cette étude, il a été décidé que les principaux facteurs étaient la peau claire, les antécédents d'acné sévère, le jeune âge, ainsi qu'une

exposition excessive au soleil, notant l'importance de protéger tout le corps du soleil, plutôt que des seuls sites habituellement exposés au soleil. Dans notre série de 3 cas, les 3 sujets ont plus de 65 ans, aucun d'eux n'avait un antécédent d'acné sévère. La peau claire est un facteur de risque de CBC, que ce soit sur les zones exposées au soleil ou protégées du soleil. Et enfin, l'exposition au soleil de nos patients était très faible dans les zones de CBC : Les deux femmes étaient voilées d'un tissu épais protégeant leur cuir chevelu du soleil, et concernant l'homme, le creux axillaire est une région très difficile à exposer au soleil.

Notre série de cas nous permet de confirmer l'hypothèse de la première étude, qui stipule que l'exposition au soleil à l'âge adulte n'a aucun effet, mais celle de l'enfance et de l'adolescence contribue au développement du CBC. Pour le patient avec un CBC au niveau axillaire, on pourrait supposer que des facteurs génétiques sont impliqués également.

Conclusion

Les CBC sont des cancers cutanés très fréquents, qui sont le plus souvent négligés en raison de l'absence de symptômes dans la majorité des cas. L'exposition au soleil est un facteur de risque qui doit être régulé dès le plus jeune âge, avec le port d'un chapeau, l'application de crème solaire et des vêtements de protection, afin de prévenir le développement de tumeurs malignes de la peau à un âge plus avancé.

Introduction :

Le carcinome basocellulaire (CBC) représente 65% des tumeurs épithéliales. Le rôle de l'exposition solaire est bien documenté et contribue à sa prédilection pour les zones photo-exposées. Il peut être classé histologiquement en plusieurs types histologiques. La forme adénoïde est un sous-type rare et de malignité de bas grade.

Nous rapportons un cas de CBC adénoïde chez un homme siégeant au niveau du scalp.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 61 ans sans antécédents particuliers qui consulte pour une lésion en relief du cuir chevelu asymptomatique d'évolution lente depuis 15 ans et chez qui l'examen clinique a révélé au niveau occipital un nodule érythémateux grossièrement arrondi bien limité de contours irréguliers à base infiltrée faisant 2cm de grand diamètre parcouru de télangiectasies. L'examen au dermoscope a montré des vaisseaux arborisants, des vaisseaux en tronc d'arbre, un aspect en arc en ciel et des aires jaunes amorphes. Ont été évoqués les diagnostics suivants : un CBC adénoïde, un carcinome adénoïde kystique cutané et un hidradénocarcinome. Une biopsie cutanée a été réalisée objectivant une prolifération tumorale carcinomateuse et non connectée à l'épiderme faite de cellules tumorales basaloïdes, entourées d'un stroma mucineux, munies de noyaux peu atypiques à chromatine fine et avec de fins nucléoles. Ils déterminent en périphérie une palissade nucléaire. Le cytoplasme est basophile et les limites cytoplasmiques ne sont pas visibles. Les boyaux sont souvent entourés par des fentes de rétraction en rapport avec un CBC adénoïde.

Le patient a été adressé par la suite au service de chirurgie maxillo-faciale pour exérèse de sa tumeur.

Discussion:

Le CBC adénoïde est une rare variante histologique et constitue 5,9% de l'ensemble des CBC. Il se caractérise sur le plan histologique par une prolifération de cellules basaloïdes se disposant en cordons et îlots formant des structures tubulaires et des motifs cribiformes. Parfois, il peut également montrer des espaces kystiques contenant du matériel mucineux qui se colore positivement pour l'acide hyaluronique. La lumière des structures tubulaires et le stroma du voisinage peut contenir de la mucine ou des cellules nécrotiques éosinophiles.

Comme la quasi-totalité des CBC, la forme adénoïde est de prise en charge chirurgicale mais de pronostic meilleur en comparaison avec la forme micronodulaire, infiltrante et/ou sclérodermiforme.

Conclusion :

Le CBC adénoïde est une variante rare qui n'est pas beaucoup décrite dans la littérature. Son aspect dermoscopique n'a jamais été rapporté.

Notre observation est un cas original de CBC adénoïde d'aspect dermoscopique particulier par la présence des zones jaunes amorphes avec l'aspect en arc en ciel qui pourraient être pourvoyeurs du diagnostic de ce type de CBC.

Une localisation atypique d'un carcinome basocellulaire linéaire et pigmenté au pli inguinal.

LAHROUGUI A, ABOUDOURIB M, AMAL S, HOCAR O : Service de dermatologie et vénéréologie
FMPM, CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc. Laboratoire Biosciences et santé

Mots clefs : carcinome basocellulaire, linéaire, pli inguinal.

Introduction

Le carcinome basocellulaire pigmenté à disposition linéaire est une entité extrêmement rare, avec moins de 100 cas dans la littérature, dont le premier a été décrit par Lewis en 1985. Sa localisation la plus commune demeure la région périorbitaire.

Nous décrivons un cas de carcinome basocellulaire linéaire et pigmenté du pli inguinal droit chez une patiente de 75 ans.

Observation

Patiente de 75 ans, sans antécédents pathologiques, présentait depuis 2 ans une lésion nodulaire au pli inguinal droit, augmentant progressivement de taille suite à sa manipulation.

L'examen clinique a objectivé une patiente stable avec un état général conservé, qui présentait une plaque linéaire, bien limitée, à bords pigmentés et à centre ulcéré, mesurant 5cm de grand axe, localisée au niveau du pli inguinal droit.

Nous avons évoqué le mélanome, le carcinome épidermoïde pigmenté ainsi que l'angiokératome linéaire, comme étant les principaux diagnostics différentiels de notre cas.

La dermoscopie objectivait des nids ovoïdes, des télangiectasies associée à une vascularisation en tronc d'arbre, ainsi qu'une ulcération centrale.

Le diagnostic de carcinome basocellulaire pigmenté était confirmé par deux biopsies cutanées, objectivant une prolifération carcinomateuse faite de cellules basaloïdes, infiltrante et ulcérant l'épiderme, à organisation palissadique en périphérie, avec des fentes de rétraction par rapport au tissu conjonctif adjacent, les noyaux sont irréguliers, hyperchromes siège de mitoses anormales, le cytoplasme est peu abondant et basophile et parfois pigmenté.

L'option thérapeutique proposée pour notre patiente était une exérèse complète à marges saines.

Discussion

Malgré sa rareté, le carcinome basocellulaire linéaire pigmenté, peut prendre plusieurs formes, sa localisation la plus fréquente est la région périorbitaire, d'autres localisations comme l'épaule ont été décrites mais celle du pli inguinal reste exceptionnelle.

L'orientation de la majorité des carcinomes basocellulaires linéaires se fait selon les lignes de tension de la peau, permettant une exérèse chirurgicale facile et expliquant les bons résultats et le bon pronostic post-opératoire.

Cette disposition linéaire peut-être expliquée par plusieurs mécanismes, notamment le phénomène Koebner décrit chez notre patiente.

La dermoscopie permet d'orienter le diagnostic mais sa confirmation repose sur l'histologie.

La prise en charge thérapeutique repose sur l'exérèse complète à marges saines, avec un pronostic généralement bon.

Conclusion

Ce cas clinique illustre le polymorphisme clinique et les localisations atypiques que peut avoir le carcinome basocellulaire, auxquelles il faut penser afin d'établir un diagnostic précoce pour améliorer la prise en charge.

Bowen sur kératose séborrhéique : s'agit-il d'une dégénérescence ou d'une collision ?

**Choukri.Souad , Elloudi.S ; Baybay.H , Soughi.M; Douhi.Z ; Mernissi.FZ
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès ; Maroc**

Introduction :

La kératose séborrhéique (KS) est une tumeur épidermique fréquente, apparaît généralement après la cinquantaine (1). Siègent préférentiellement sur le tronc , le cou , le visage et les bras. Elle est considérée comme une lésion bénigne, sans potentiel de malignité.(2)

La maladie de Bowen est un carcinome épidermoïde in situ, d'évolution lente, qui atteint habituellement le sujet de phototype clair, sur des zones photo exposées.

Nous rapportons un cas de bowen survenant sur une kératose séborrhéique.

Observation:

Il s'agit d'une patiente âgée de 60 ans, sans antécédents, consultait pour une lésion pigmentée asymptomatique de la joue droite, évoluant depuis vingt ans avec notion d'augmentation en taille depuis 4 mois.

L'examen dermatologique a objectivé une papule pigmentée à surface verruqueuse, bien limitée, mesurant 0.5cm de diamètre, mobile par rapport au plan profond, à base non infiltrée, siégeant en sous orbitaire droit.

L'examen dermoscopique a mis en évidence un patron papillomateux ; légèrement pigmenté, parcouru par endroits par des vaisseaux linéaires, serpigineux et en épingles à cheveux , surmonté par des squames blanchâtres et des croutes hémorragiques.

Une biopsie exérèse a été réalisée, dont le résultat anatomopathologique a montré un aspect compatible avec une maladie de bowen développée sur une lésion de kératose séborrhéique.

Discussion :

Les rapports de kératose séborrhéique en association avec des tumeurs malignes , notamment le carcinome basocellulaire , le carcinome épidermoïde in situ et invasif , ainsi que le mélanome et le kératoacanthome, malgré leur rareté, ont soulevé des questions sur la véritable nature bénigne de ces lésions. (3,4)

De ce fait, Le débat sur la question de savoir si les kératoses séborrhéiques associées aux néoplasmes cutanés représentent des « tumeurs de collision » ou une transformation maligne se poursuit.

En effet, de nombreuses études ont précédemment défendu la possibilité d'une transformation maligne des kératoses séborrhéiques, en s'appuyant sur le fait que les lésions malignes n'étaient pas simplement adjacentes ou fusionnant avec des kératoses séborrhéiques, mais ont été trouvées au sein de ces dernières.(4)

En contre partie, il a été admis que La KS et la maladie de bowen partagent des facteurs de risques communs notamment l'exposition solaire et l'infection à l'HPV ce qui conforte l'hypothèse de coexistence accidentelle des deux lésions, qui est soutenue par le fait que les lésions de bowen s'associent préférentiellement aux KS du visage (3)

De plus, la forte prévalence de la kératose séborrhéique contrastant avec la rareté de tumeurs malignes associées suggère que la survenue fortuite de ces tumeurs malignes est plus logique(3)

Conclusion :

Jusqu'à présent, il n'existe pas de consensus sur l'origine de cette association si rare, par conséquent la réalisation d'une biopsie cutanée s'impose devant toute lésion de KS d'aspect ou d'évolution atypique.

Références :

- (1) Hafner C, Vogt T. Seborrheic keratosis. J Dtsch Dermatol Ges 2008; 6(8): 664-77. 4. Gill D, Dorevitch A, Marks R. The prevalence of seborrheic
- (2) Monteagudo JC, Jorda E, Terencio C, Llombart-Bosch A. Squamous cell carcinoma in situ (Bowen's disease) arising in seborrheic keratosis: three lesions in two patients. J Cutan Pathol. 1989 Dec;16(6):348-52. doi: 10.1111/j.1600-0560.1989.tb00584.x. PMID: 2533222.
- (3) Rajabi P, Adibi N, Nematollahi P, Heidarpour M, Eftekhari M, Siadat AH. Bowenoid transformation in seborrheic keratosis: A retrospective analysis of 429 patients. J Res Med Sci. 2012 Mar;17(3):217-21. PMID: 23267371; PMCID: PMC3527037.
- (4) Vun Y, De'Ambrosis B, Spelman L, Muir JB, Yong-Gee S, Wagner G, Lun K. Seborrheic keratosis and malignancy: collision tumour or malignant transformation? Australas J Dermatol. 2006 May;47(2):106-8. doi: 10.1111/j.1440-0960.2006.00242.x. PMID: 16637805.

Maladie de Bowen bifocale à révélation unguéale: observation exceptionnelle

Walid N, Rachadi H, Chiheb S, service de Dermatologie Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction :

La maladie de Bowen (MB) est une forme *in situ* de carcinome épidermoïde cutané dont étiologie exacte est inconnue, mais l'infection par le papillomavirus humain est un facteur prédisposant fortement impliqué. Nous rapportons une association de la maladie de Bowen génito-unguéale HPV induite révélée par une lésion unguéale.

Observation :

Une patiente de 55 ans, ménopausée, ayant comme ATCD mari suivi pour condylomes vénériens il y a 20 ans. Elle consultait pour une lésion indurée de l'ongle de l'index droit évoluant depuis 15 ans avec notion de prurit vulvaire et grattage par le même doigt. L'examen de l'ongle révélait une lésion verruqueuse au niveau du repli latéral de l'index droit avec onycholyse sans douleur ni prurit, l'examen des muqueuses montrait des végétations vénériennes rosées et noirâtres par endroit, occupant les grandes et les petites lèvres génitales ainsi que la face interne de la cuisse droite et l'orifice anal. A l'interrogatoire les lésions génitales étaient plus anciennes que la lésion unguéale et négligées par la malade. Deux biopsies unguéale et génitale ont été réalisées objectivant respectivement maladie de Bowen unguéale et néoplasie intra-épithéliale vulvaire de haut grade HPV induite. Nous avons retenu le diagnostic de maladie de Bowen à double localisation (unguéale et génitale). Les sérologies virales sont revenues négatives. L'examen gynécologique et proctologique n'ont pas objectivé d'autres anomalies.

Discussion :

La maladie de Bowen est une affection précancéreuse avec un risque de progression vers un carcinome invasif dans les lésions extragénitales de 3 % à 5 % et dans les lésions génitales de 10 % [6]. L'association de MB et HPV a été rapportée

Les doigts et l'appareil unguéal représentent le site le plus courant de la MB extragénitale associée au HPV.

L'originalité de notre cas réside dans la localisation simultanée génito-unguéale de la MB qui peut être expliquée par la transmission virale génito-unguéale ceci devant les végétations vénériennes préexistantes, la différence temporelle entre l'atteinte génito-anale et l'atteinte unguéale ainsi que la théorie d'auto inoculation par le biais du grattage.

Akira et Al, constatent que 24 % des cas de MB unguéale est associé aux autres maladies liées au HPV et proposent de considérer le MB unguéale comme un réservoir de l'HPV à haut risque et une maladie sexuellement transmissible.

**Le syndrome de Grzybowski et maladie de Bowen multiple :
association fortuite ou nouvelle entité ?**

Introduction

Le kératoacanthome est une tumeur bénigne d'origine pileaire. Elle est caractérisée par sa croissance rapide et sa régression spontanée. Le syndrome de Grzybowski ou le kératoacanthome éruptif généralisé (GEKA) est une maladie rarissime qui se manifeste par des lésions kératosiques excessivement prurigineuses ayant les caractéristiques histologiques typiques du kératoacanthome solitaire. Son association à la maladie de Bowen n'a jamais été décrite. Nous rapportons un cas particulier de ce syndrome associé à une maladie de Bowen multiple.

Observations

Une femme âgée de 68 ans de phototype II, opérée d'un carcinome épidermoïde in situ de la paupière inférieure deux mois auparavant, consultait pour des lésions maculo-papulo-nodulaires chroniques prurigineuses localisées sur les deux membres inférieurs évoluant depuis 15 ans. L'examen clinique retrouvait de multiples papulonodules

à surface kératosique sur les cuisses et les jambes et plusieurs macules pigmentées et sans atteinte des muqueuses. L'étude histologique de deux lésions papulo-nodulaires révélait une prolifération épithéliale à double croissance endo et exophytique d'architecture cratériforme, remplie de kératine mature entourée d'une bordure malpighienne, reliée à l'épiderme de surface par un bec de raccordement en faveur du diagnostic de kératoacanthome. Le carcinome épidermoïde in situ était confirmé histologiquement sur deux lésions maculeuses pigmentées. Compte tenu du caractère chronique, prurigineux et cratériforme des lésions, de l'âge d'apparition, de l'absence d'antécédents familiaux similaires et de l'aspect histologique en faveur de multiples kératoacanthomes, le diagnostic de syndrome de Grzybowski était retenu. Son association à la maladie de Bowen multiple était confirmée par l'étude histologique des lésions maculeuses.

Discussion

Le GEKA a été décrit pour la première fois en 1950, seule une quarantaine de cas ont été rapportés à ce jour. Il survient, sporadiquement, entre la cinquième et la septième décennie de la vie. Il se caractérise par des papules très prurigineuses situées sur les zones photo-exposées et photo-protégées, ayant les caractéristiques histologiques typiques du kératoacanthome solitaire. Une atteinte muqueuse, un ectropion et un érythème facial peuvent s'ajouter au tableau clinique. Sa physiopathologie demeure obscure. A notre connaissance, l'association de la maladie de Bowen au syndrome de Grzybowski n'a jamais été rapportée dans la littérature, néanmoins, une publication avait souligné la présence de l'HPV dans les kératoacanthomes du syndrome de Grzybowski ce qui pourrait expliquer l'association retrouvée chez notre patiente.

Conclusion

L'originalité de notre observation réside en deux faits : la rareté du syndrome de Grzybowski et son association à des maladies de Bowen multiples.

Prurit révélant un carcinome épidermoïde vulvaire

S. Marraha, O. ElJouari, L. Farhat, FZ. El Ali, N. Handous, S. Gallouj

Service de Dermatologie, Université Abdelmalek Essaâdi, CHU Mohamed VI Tanger

Introduction :

Le carcinome épidermoïde de la vulve est rarement rapporté dans la littérature. Il s'agit habituellement d'un cancer malpighien développé au dépens du revêtement cutané. Il se manifeste généralement par une ulcération douloureuse sur un fond érythroplasique. Son traitement est essentiellement chirurgical.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente ménopausée de 65 ans qui nous a consulté pour un prurit vulvaire uniquement qui évolue depuis une année. Il y a un mois, le prurit s'est intensifié et est devenu insomnique, avec une tuméfaction vulvaire douloureuse. L'état général est conservé. L'examen clinique retrouve une érosion vulvaire d'environ 0,5 cm, douloureuse, indurée, bien limitée avec un contour régulier exposant une surface rosée. Il a également été noté une disparition des petites lèvres. Aspect brillant et blanchâtre de la face interne des grandes lèvres (Image 1 et 2). Dermoscopie : érythème, vaisseaux en pointillés et en épingle à cheveux, zone blanche sans structures et une ulcération (Image 3). La biopsie avec examen anatomo-pathologique montre un revêtement épidermique hypertrophique avec une prolifération carcinomateuse épidermoïde bien différenciée faite de cellules tumorales polyédriques à cytoplasme éosinophile et à noyau volumineux. Un infiltrat inflammatoire polymorphe et focalement lichénoïde avec des corps apoptotiques basaux isolés. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien a montré deux adénopathies iliaques externes gauches. La patiente a été adressée au service de gynécologie pour une prise en charge chirurgicale. Une vulvectomie totale avec curage ganglionnaire a été proposée.

Discussion :

Le carcinome épidermoïde de la vulve représente 3 à 5 % des cancers génitaux féminins. Il peut survenir sur des lésions de dysplasie liées à une infection par le HPV ou sur des lésions de lichen scléreux. Chez les femmes ménopausées, il est lié à une carence en œstrogènes. Cliniquement, il s'agit d'une ulcération douloureuse et prurigineuse sur un fond érythémateux située sur la face interne des grandes lèvres dans 40% des cas.

L'histologie confirme le diagnostic en montrant des kératinocytes atypiques traversant la membrane basale, regroupés en lobules centrés par des globes cornés. Le SCC de la vulve est de mauvais pronostic avec principalement une invasion ganglionnaire et locorégionale.

Il n'y a pas de consensus sur la prise en charge thérapeutique optimale. La chirurgie reste la pierre angulaire du traitement. La radiothérapie externe et la curiethérapie interstitielle ont leur place dans l'arsenal thérapeutique.

Conclusion :

Le prurit est un signe fonctionnel qui peut révéler de nombreuses pathologies dermatologiques. Il est impératif de faire un examen minutieux clinique et dermoscopique afin de ne pas méconnaître une cause tumorale sous-jacente qui peut être fatale.

Mots clés : Prurit – ulcération – carcinome épidermoïde



Image 1 et 2 : Montrant l'aspect clinique de la tumeur et le site de biopsie

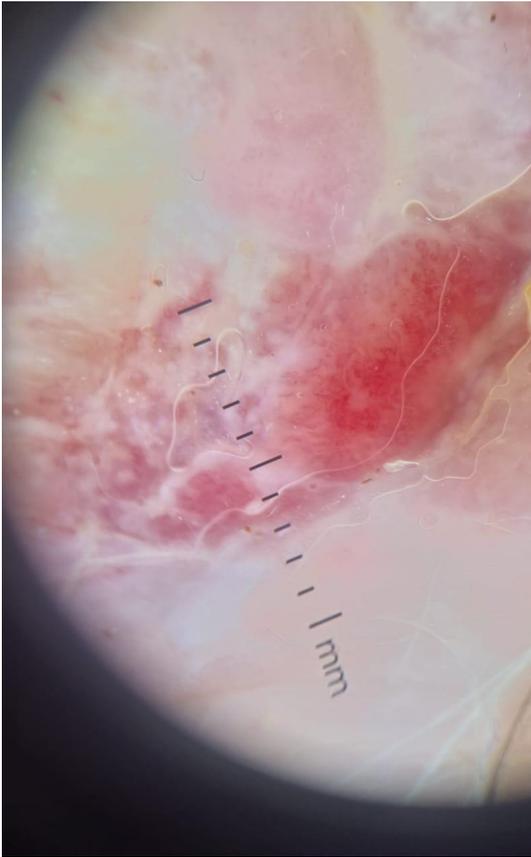


Image 3 : Montrant l'aspect dermoscopique de la tumeur

Ulcère de Marjolin :

Tumeur maligne survenant sur les cicatrices chroniques (série de 40 cas)

A. Saddik¹, F. Hali¹, H. Majdoul¹, M. Diouri², A. Messoudi³, F. Marnissi⁴, S. Chiheb¹

¹Département de Dermatologie et Vénérologie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

²Centre National des Brûlures et Chirurgie Plastique, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

³Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

⁴Département d'anatomie pathologique, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

Introduction :

L'ulcère de Marjolin désigne toute dégénérescence maligne survenant sur des ulcérations ou affections chroniques cicatricielles. L'incidence de l'ulcère de Marjolin n'est pas bien établie mais classiquement décrite comme rare. Le type histologique prédominant reste le carcinome épidermoïde (CE). Le but de notre étude est de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques à travers une série à recrutement dermatologique.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 22 ans, entre l'année Janvier 2000 à

Décembre 2022.

Résultats :

Au total, 40 cas ont été prises en charge dans notre centre : 38 cas de carcinome épidermoïde et 2 cas de carcinome basocellulaire. L'âge moyen de nos patients, dont 28 hommes et 12 femmes, était de 59,5 ans, avec des extrêmes allant de 31 à 85 ans. Trente-sept patients étaient de bas niveau socio-économique.

La dégénérescence maligne des cicatrices de brûlures était retrouvée chez 15 malades (37,5%), nous avons compté 14 cas de dégénérescence maligne sur cicatrice post-traumatique (35%). La dégénérescence maligne survenant sur cicatrices d'étiologies variables était représentée par 11 cas. Le délai de survenue de la dégénérescence par rapport à la lésion initiale était 30,18 ans avec des extrêmes allant de 2 à 60 ans. Le délai moyen avant la consultation était de 24,5 mois (4 mois -10 ans). Le motif de consultation était représenté par la modification et/ou l'extension de la lésion initiale chez 55 % des malades.

Sur le plan clinique, la tumeur était ulcéro-bourgeonnante dans 34 cas (85%). La tumeur était localisée au niveau du membre inférieur dans 26 cas (soit 74 %), à la région fessière dans 5 cas, la tête dans 5 cas, membre supérieur dans 3 cas et au pavillon de l'oreille dans 1 cas. Tous les patients inclus dans cette série ont bénéficié d'un bilan d'extension clinico-radiologique, loco-régional et à distance, ayant mis en évidence : Adénopathies satellites dans 29 cas (72,5%), une lyse osseuse par contiguïté dans 13 cas (32,5%), aucune métastase viscérale n'a été notée dans notre série au moment du diagnostic.

Le traitement était conservateur à type d'exérèse tumorale chez 22 patients. Alors qu'un traitement radical a été réalisé d'emblée chez 11 patients devant des lésions localement très avancées avec atteinte osseuse sous-jacente.

Le curage ganglionnaire a été réalisé chez 19 patients. Il a mis en évidence un envahissement ganglionnaire dans 4 cas. Une radiothérapie externe a été indiquée à titre adjuvant chez 2 patients. Parmi les 40 patients de notre série, 26 ont été perdus de vue après prise en charge chirurgicale, une récurrence locale a été observée dans 5 cas et 2 décès ont été recensés

Discussion et conclusion :

L'ulcère de Marjolin est communément admis comme une maladie de la cinquantaine, à caractère insidieux, survenant dans des délais avoisinant trois décades après le traumatisme initial. Cliniquement, l'aspect macroscopique le plus commun est la forme ulcérée et le type histologique prépondérant est effectivement le carcinome épidermoïde. Ce qui concorde avec notre série.

La survenue de métastase est le principal facteur pronostique.

Le traitement de choix est l'exérèse large et agressive de la tumeur. L'amputation reste la seule alternative, quand un traitement conservateur est impossible ou lors de récurrences.

Un carcinome épidermoïde compliquant une dermatite de chauffettere S.EIHAITAMY1* - H.BAYBAY1 -C.BOUHAMDI1 - Z. DOUHI1 -M.SOUGHI1 -S.ELLOUDI1 -L.Tahiri2 - FZ.MERNISSI1 1 Service de Dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc ; 2 Anatomie pathologique, CHU HASSAN II, Fès, Maroc Mot clés : Dermatite de chauffettere, Carcinome

épidermoïde, rayonnements infrarouges. Introduction: La dermatite de chaufferette est une affection cutanée due à une exposition chronique à la chaleur caractérisée par une hyperpigmentation réticulée érythémateuse associée à une atrophie épidermique et des télangiectasies. A un stade ultérieur de cette dermatite, Un carcinome épidermoïde peut être développé, c'est un phénomène rarement décrit dans la littérature. Nous en rapportons une nouvelle observation. Observation: Un homme de 64 ans s'est présenté avec des antécédents de douleurs aux membres inférieurs et une tumeur cutanée évoluant depuis 10 ans. L'examen dermatologique a montré une tumeur ulcéro bourgeonnante de la face latérale de la cuisse droite, s'étendant jusqu'au genou, grossièrement arrondie, mesurant 18cm sur le grand axe, a base infiltrée, reposant sur une peau hyper pigmentée, réticulée, atrophique par endroit, secondaire à l'exposition chronique du membre, rapportée à l'anamnèse, à un radiateur électrique et l'utilisation régulière de bouillottes pour soulager les douleurs. Une biopsie cutanée a été réalisée et l'étude anatomopathologique était compatible avec un carcinome épidermoïde. Le patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale complète. Discussion: La dermatite de chaufferette est une dermatite chronique qui apparaît suite à l'exposition prolongée à une source de chaleur à des températures insuffisantes pour provoquer une brûlure. Elle est le plus souvent rapportée sur les membres inférieurs et le dos, traditionnellement associée à une exposition aux feux ouverts mais récemment d'autres causes impliquées incluent les ordinateurs portables, les coussins et meubles chauffants et les radiateurs électriques. Elle se présente cliniquement comme un réseau réticulé érythémateux au stade précoce qui se pigmente après une exposition chronique à la source de chaleur avec des zones d'atrophie, elle est généralement asymptomatique ou associée à une légère brûlure. La progression de cette dermatite vers un carcinome épidermoïde est un phénomène connu mais assez rare, le délai d'apparition de la malignité est de l'ordre de plusieurs décennies. Dans notre cas, il s'agit d'environ 10 ans. Sur le plan physiopathologique, deux théories ont été élucidées : une suggère que les rayonnements infrarouges activent des protéines de choc thermique qui entravent l'apoptose et peuvent activer des voies oncogènes. L'autre suggère que les rayonnements infrarouges stimulent la production accrue de collagénase par les fibroblastes dermiques et influencent les voies de signalisation, et par conséquent, ils pourraient être capables de susciter des réponses moléculaires comparables à celles provoquées par les ultraviolets rouges. Conclusion: Nous rapportons un cas rare de carcinome épidermoïde survenant sur une dermatite de chaufferette, pour souligner l'importance de reconnaître cette dermatite comme une lésion prédisposante aux cancers cutanés, et l'intérêt d'éduquer les patients afin de la prévenir. Reference : 1. Aria A B, Chen L, Silapunt S (May 16, 2018) Erythema Ab Igne from Heating Pad Use: A Report of Three Clinical Cases and a Differential Diagnosis . Cureus 10(5): e2635. 2. Miller K, Hunt R, Chu J, et al. Erythema ab igne. Dermatol Online J. 2011;17:28. Accessed December 10, 2020. <https://escholarship.org/uc/item/47z4v01z> 3. Wharton JB, Sheehan DJ, Leshner JL Jr. Squamous cell carcinoma in situ arising in the setting of erythema ab igne. J Drugs Dermatol. 2008;7:488-489. 4. Angela J. Wipf MD, Mariah R. Brown MD. Malignant transformation of erythema ab igne. JAAD Case Reports Volume 26, August 2022. 5. Freeman RG, Knox JM. Influence of temperature on ultraviolet injury. Arch Dermatol. 1964;89:858-864. 6. Schieke SM, Schroeder P, Krutmann J. Cutaneous effects of infrared radiation: from clinical observations to molecular response mechanisms. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2003;19:228-234 7. L. Calapre, E.S. Gray, M. Ziman . Heat stress: a risk factor for skin carcinogenesis Cancer Lett, 337 (1) (2013),

Un carcinome épidermoïde sur une lésion de leishmaniose cutanée

L.Iberraken, C.Ben mohand, H.Sahel

Service de dermatologie CHU Bab El Oued. Alger

Introduction :

Le carcinome spinocellulaire (CSC) est un cancer cutané largement répandu. Certains cas sont liés aux infections virales comme le Papilloma Virus humain. Cependant, le développement d'un CSC sur une leishmaniose cutanée active chez un patient immunocompétent est exceptionnel. Nous rapportons un cas.

Observation :

Un homme de 59 ans présentait une lésion ulcéro-bourgeonnante de la face antérieure du poignet gauche. Un examen parasitologique direct à la recherche des corps de Leishman s'était révélé positif. Les injections intra-lésionnelles d'antimoniote de méglumine entraînaient une amélioration partielle de l'ulcération. L'examen clinique retrouvait une ulcération bourgeonnante ovalaire de 6cm de grand axe saignant au contact, à bords infiltrés et durs. Il y avait une réduction de la mobilité articulaire du poignet. L'examen axillaire révélait une adénopathie fixe, dure et sensible. De multiples biopsies ont été réalisées sur la lésion. L'examen histologique était en faveur d'un CSC différencié mature infiltrant.

Discussion :

La leishmaniose cutanée est une infection parasitaire à tropisme cutané, liée à l'inoculation de leishmanies transmises par des piqûres de phlébotome. Du fait de son expression clinique variée, plusieurs cas de leishmanioses mimant un CSC ont été rapportés dans la littérature. D'autres ont décrit la survenue de CSC tardivement sur les sites d'anciennes lésions de leishmaniose. Cependant, la coexistence d'une leishmaniose cutanée active et d'un CSC a été rarement décrite. Dans notre cas, cette coexistence peut être expliquée par le développement du CSC sur une lésion de leishmaniose négligée. Cette hypothèse étiopathogénique est appuyée par l'évolution au long cours de l'ulcération qui implique l'inflammation chronique induisant des modifications cytogénétiques cellulaires, une dysplasie marquée, des anomalies mitotiques, et l'expression de la protéine p53. Notre cas peut aussi correspondre à la survenue aléatoire au même endroit d'un CSC et d'une piqûre de phlébotome. Quant à la prise en charge du CSC associé à la leishmaniose cutanée, il ne diffère pas de du traitement classique du CSC isolé.

Conclusion :

Une association entre la leishmaniose cutanée et le développement de cancers cutané a été signalée, mais la causalité reste à prouver. Par conséquent, devant une leishmaniose cutanée résistante au traitement classique, une biopsie cutanée est obligatoire pour écarter un CSC associé.

Transformation maligne d'une Folliculite décalvante : A propos d'un cas

Yousfi Y, Lahouel M, Belkahla M, Sriha B*, Saad S, Fetoui.N, Ben rjeb M, Aounallah A, Ghariani N, Mokni S, Denguezli M

Service de dermatologie, *Laboratoire d'anatomopathologie, CHU Farhat Hached, Faculté de médecine de Sousse, Tunisie

Introduction :

Les carcinomes spinocellulaires (SCC) surviennent souvent sur des lésions induites par les ultraviolets (UV), mais ils peuvent également se produire dans le cadre d'une inflammation chronique. La folliculite décalvante (FD) est une alopecie cicatricielle rare dont la pathogénie complexe et multifactorielle se traduit par une inflammation chronique et des cicatrices. Nous essayons à travers ce cas clinique de SCC sur FD de sensibiliser sur ce risque de transformation maligne.

Observation :

Un homme de 54 ans aux antécédents d'une alopecie cicatricielle de la région occipitale du cuir chevelu, non traitée, évoluant depuis le jeune âge. Il nous a consulté pour une lésion ulcéro-bourgeonnante de la même région évoluant depuis 2 ans. Il est par ailleurs en bonne santé et n'a jamais pris des médicaments immunosuppresseurs. Il rapporte une notion d'exposition solaire chronique. A l'examen il est phototype III selon la classification de Fitzpatrick, on a trouvé des plaques alopeciques larges atrophiques du vertex et de la zone occipitale du scalp, couleur chair à ivoire, recouvertes par des squames jaunâtres épaisses et des pustules qui entourent des poils en touffes, une lésion ulcéro-bourgeonnante de 4cm localisé au niveau la région occipitale alopecique du cuir chevelu. La Dermoscopie a montré un érythème périfolliculaire, des touffes de poils, des squames tubulaires jaunâtres et des pustules folliculaires, pour la lésion tumorale on a trouvé de l'érythème, des vaisseaux en pointillés et glomérulaires, de la kératine, des ulcérations et des zones blanches sans structure avec absence du pseudo réseau pigmenté. Une biopsie pratiquée a confirmé le diagnostic d'un SCC sur une FD. Le bilan d'extension a montré la présence des adénopathies cervicales millimétriques et une adénomégalie occipitale. Une exérèse chirurgicale avec greffe de peau et adénectomie occipitale ont été proposé.

Conclusion :

Les SCC sont le plus souvent secondaire à une exposition chronique aux UV, cependant, ces tumeurs peuvent également se développer dans le cadre des lésions inflammatoires chroniques. Les SCC secondaires à des lésions chroniques sont des tumeurs malignes agressives, avec des taux de métastases estimés entre 26 % et 40 % et une mortalité globale de 21%. Une recherche sur pubmed avec les mots clés " folliculitis decalvans" et "squamous cell carcinoma" n'a permis d'identifier que 4 publications antérieurs sur cette transformation maligne. Dans le cas de notre patient, les antécédents d'une folliculite décalvante mal contrôlée depuis plus que 20 ans était le principal facteur de risque prédisposant au développement d'un SCC dans un processus similaire à la formation d'un ulcère de Marjolin, L'hypothèse a été émise que l'inflammation active et le remodelage tissulaire associé dans la peau constituent un milieu propice à la transformation maligne, il est possible que son exposition aux UV aurait pu contribuer à l'accélération de la transformation maligne. Notre cas souligne l'importance de surveiller les patients atteints de FD pour détecter toute nouvelle lésion au site d'activité de la maladie.

An unusual location of verrucous carcinoma !

Sara Marraha*, ElJouari Ouiame*, Imane Telhaoui*, Salim Gallouj*

***Dermatology Department of the University Hospital of Tangier, Tetouan, Al-Hoceima,
Faculty of Medicine and Pharmacy of Tangier, Abdelmalek Essaâdi University**

Introduction :

Verrucous carcinoma is considered as a well-differentiated or low-grade squamous cell carcinoma that may be secondary to several factors, but the most incriminating one is Herpes Papilloma Virus. Verrucous carcinoma is characterized by a low metastatic risk and a significant local invasiveness. It is most often found in the oral cavity but also in the nasal cavity, larynx, esophagus, anorectal region, vulva and rarely in the plantar region.

We report the observation of a man who presents a verrucous carcinoma, in its rarest location, plantar.

Observation:

A 54 years old man, with no notable pathological history, chronic smoker at the rate of 20 packs/year, who was admitted to our department for the management of an ulcerating tumor on the plantar surface of the right foot. Clinical examination found a conscious patient, afebrile, BMI: 18.46kg/m² (P=65kg and T=1.75m). On the skin: phototype III, an ulcerating-burgeoning tumor on the plantar surface of the right foot, about 2.5cm long, well limited, with a verrucous hyper-burgeoning background, neither oozing nor hemorrhagic nor malodorous, and with a keratotic border with a peripheral horn. Two callosities were also noted; on the plantar surface and on the second toe of the left foot, measuring approximately 1 cm and 0.5 cm respectively.

Dermoscopic examination of the tumor showed a central ulceration with polymorphic vascular structures and peripheral hyperkeratosis.

Based on these clinical and dermoscopic signs we thought about a plantar squamous cell carcinoma, a plantar achromic melanoma, a kerato-acanthoma and a plantar perforating disease. Then a skin biopsy of the tumor was performed with anatomical-pathological examination which showed an exophytic epithelial tumor with epithelial outgrowths surmounted by a thick ortho and parakeratotic stratum corneum harboring numerous vacuolated koilocytic cells on the surface, sometimes binucleated, this is in relation with a verrucous carcinoma. The standard biological exams were normal and an X-ray of the right foot was done which showed no signs of osteitis or bone infiltration. A thoracic-abdominal-pelvic CT scan was performed and was not showing any particularities. We sought advice from the trauma surgery-orthopedics department and the patient was referred to their department for surgical management. The patient was re-admitted to our service at day 20 postoperatively to follow the process of adequate directed healing.

Discussion:

Verrucous carcinoma (VC) is a slow-growing, "cauliflower-like", well-differentiated variant of squamous cell carcinoma that typically affects men between 40 and 60 years of age. While these tumors rarely metastasize, they appeared to grow around lymphatic structures, rather than invading them directly.

The pathogenesis of verrucous carcinomas is unclear. Reports have suggested an association between smoking and oral VC and between chronic inflammation or previous trauma and skin VC. Another incriminating factor according to several studies is HPV, but there is controversy about the potential association between HPV infection and verrucous carcinoma.

In 1978, 8 cases of verrucous growths on the plantar foot were described histologically showing both endophytic and exophytic growth of a well-differentiated squamous epithelium with hyperkeratotic folds and mild cellular atypia.

Several localizations have been described for verrucous carcinoma, the most frequent being the oral cavity and pharynx, referred to as florid oral papillomatosis, the larynx and esophagus. The genital and perianal region is referred to as Buscke-Löwenstein tumor, but palmar and plantar localizations are the least frequent. It poses a diagnostic problem with the verrucous skin lesions of diabetic neuropathy, focal invasion or giant condyloma sharing the same architectural features.

Nowadays, the most effective therapeutic modality of CV is surgical excision that has to be wide and which justifies radiological examinations before the operative procedure to ensure adequate excision.

Conclusion :

In sum, when soft tissue lesions are not clearly differentiated clinically, such as that of a verrucous carcinoma, a simple 3- or 4-millimeter punch biopsy should be performed to prevent the undesirable and destructive consequences of this lesion. It is therefore important to differentiate between VC and other differential diagnoses such as plantar warts, callosities, or others in order to achieve appropriate and prompt surgical management and better follow-up of the tumor(6).

References :

1. Ruth JS, James WD. Verrucous carcinoma. 2015. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/1101695-overview>. Accessed on November 7, 2016.
2. Ackerman LV. Verrucous carcinoma of the oral cavity. *Surgery* 1948;23:670-8.
3. Brownstein MH, Shapiro L. Verrucous carcinoma of skin: epithelioma cuniculatum plantare. *Cancer*. 1976;38(4):1710-6.
4. Kao GF, Graham JH, Helwig EB. Carcinoma cuniculatum (verrucous carcinoma of the skin): a clinicopathologic study of 46 cases with ultrastructural observations. *Cancer*. 1982;49(11):2395-403.
5. Riccio et al. Bilateral Plantar Verrucous Carcinoma. www.ePlasty.com, Interesting Case, December 7, 2016
6. Gordon DK, et al. Verrucous carcinoma of the foot, not your typical plantar wart : A case study. *Foot* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.foot.2014.03.009>
Le carcinome épidermoïde cutané : diversité des facteurs de risque et variabilité des présentations cliniques - une série de cas B. El Idrissi ; S. Ait Oussous ; F. El alaoui EL abidi ; I. Iakhal ; H. El Halla ; S. Mhaimer ; R. CHAKIRI Dermatologie et Vénérologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc
Introduction Le carcinome épidermoïde (CE) est un cancer cutané fréquent, lié à plusieurs facteurs de risque dont l'exposition solaire, l'immunosuppression, le tabagisme et des pathologies génétiques. Cette étude analyse les facteurs de risque et les manifestations cliniques chez dix patients atteints de carcinome épidermoïde au Maroc. Matériel et méthodes Nous avons conduit une étude rétrospective sur dix patients diagnostiqués avec un carcinome épidermoïde. Les informations collectées comprennent les caractéristiques démographiques, les facteurs de risque, les symptômes, les caractéristiques dermoscopiques, les résultats histologiques, les stratégies thérapeutiques et le suivi post-traitement. Résultats Les patients avaient entre 13 et 79 ans, avec une moyenne de 54,6 ans et une répartition égale entre les 2 sexes. 30% étaient diabétiques, 20% hypertendus. D'autres conditions ont été observées comme le xeroderma pigmentosum (20%), le lupus discoïde (10%), le glaucome (10%), le

tabagisme (10%) et des antécédents de traumatisme ou brûlure (20%). Deux patients avaient une exposition solaire chronique sans protection. La durée d'évolution de la tumeur était en moyenne de 6,4 ans avec des extrêmes allant de 20 jours à 18 ans. Les tumeurs étaient principalement situées au niveau de la tête et du cou (40%). Leurs tailles variaient de 2 à 12 cm, avec une taille moyenne de 6,45 cm. 50% des tumeurs étaient ulcéro-bourgeonnantes, généralement indolores mais pouvaient saigner et devenir purulentes. L'examen dermoscopique révélait des structures vasculaires polymorphes, des zones blanches brillantes et des structures cornées. L'histologie a confirmé le diagnostic de carcinome épidermoïde chez tous les patients, avec majoritairement des tumeurs bien différenciées (60%). Des adénopathies étaient présentes dans 60% des cas. Tous les patients ont été opérés, à l'exception d'une patiente qui a reçu une chimiothérapie 10 jours avant son décès.

Discussion Nos résultats confirment les facteurs de risque du carcinome épidermoïde décrits dans la littérature : exposition solaire, conditions cutanées préexistantes, tabagisme et certaines pathologies génétiques rares. Les individus à peau claire exposés au soleil sont particulièrement vulnérables. Des conditions comme le lupus discoïde et des antécédents de traumatisme ou brûlure peuvent favoriser le carcinome épidermoïde. Par ailleurs, la coexistence de plusieurs facteurs de risque pourrait augmenter le risque. Enfin, les symptômes et l'évolution clinique sont très variables, rendant le diagnostic et le traitement difficiles.

Conclusion Cette étude met en évidence la variabilité clinique du carcinome épidermoïde et la diversité des facteurs de risque. Elle rappelle l'importance d'une surveillance régulière et d'un diagnostic précoce pour une prise en charge optimale. Elle suggère une sensibilisation accrue quant aux facteurs de risque moins conventionnels du carcinome épidermoïde.

Chirurgie des cancers cutanés : expérience du service de dermatologie du CHU de Tanger

Younes Benyamna, Ouiame El Jouari, Salim Gallouj

Service de dermatologie-vénérologie du CHU de Tanger Tetouan Alhoceima

Introduction :

L'incidence du cancer de la peau est en constante augmentation suite aux changements de l'environnement social et médical.

Les modalités actuelles de traitement sont diverses, mais l'excision chirurgicale reste le gold standard compte tenu de ses avantages : guérison et prévention des récives.

Nous avons une étude rétrospective, portant sur 90 patients dont le recueil des données a été fait selon une fiche d'exploitation préalablement établie dont les objectifs étaient :

- L'analyse descriptive des différentes modalités de prise en charge chirurgicale des cancers cutanés
- L'évaluation de l'efficacité des différentes conduites suivies dans notre service
- L'élaboration et conception de modalités protocolaires chirurgicales

Matériel et méthodes :

On s'est aidé par une fiche d'exploitation préalablement établie dont on a recueilli les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

On a inclus tous les patients ayant une tumeur cutanée maligne située au niveau de la face et dont le traitement était chirurgical alors qu'on a exclu les patients ayant des métastases cutanées, ou des tumeurs malignes dont le traitement n'est pas chirurgical ainsi que les tumeurs malignes cutanées siégeant hors du territoire facial.

Résultats :

Le sexe ratio était de 1.06 avec un âge médian de 63.5 ans, soit entre 3 et 87 ans. La plupart des patients se sont présentés pour des lésions suspectes, alors que 3 patients présentaient des récives.

Les lésions ont été dominées par les CBC (76.2%), suivies par le carcinome épidermoïde puis le mélanome. A l'examen, la majorité des patients présentaient des lésions uniques alors que 10,86% présentaient des lésions multiples.

La majorité des cancers cutanés de notre série était localisée au niveau du nez (>26%).

Quant au geste opératoire, tous nos patients étaient opérés sous anesthésie locale, avec des marges d'excision respectant les recommandations internationales et la correction du défaut se faisait suivant trois modalités : Cicatrisation dirigée, suture directe ou par différents types de lambeaux (groupés en 3 grands types : d'avancement, de rotation et de transposition ou leur combinaison).

Dans tous les cas, on a obtenu un bon résultat carcinologique et fonctionnel avec un résultat esthétique accepté dans l'ensemble.

Discussion :

Les cancers cutanés sont les cancers les plus fréquents chez l'adulte. Ils représentent 1/3 de l'ensemble des tumeurs diagnostiquées tous les ans et le CBC en est le type le plus fréquent ce qui concorde avec notre série.

La majorité des séries dans la littérature, montrent une prédominance particulière du nez. 85% des CBC de la série de Staub (1) siègent au niveau de zones photoexposées, avec 82 % au niveau du visage, et parmi les lésions du visage, 30 % siègent au niveau du nez.

Les objectifs du traitement chirurgical seraient par ordre de priorité :

- Guérir et éviter les récives à travers une excision complète de la tumeur
- Maintenir une fonction normale à chaque fois que possible
- Maintenir un aspect esthétique satisfaisant.

Pour répondre à ses trois objectifs, la chirurgie de Mohs serait de très grand intérêt; elle permet à

la fois une excision complète du tissu tumoral tout en limitant la perte de tissu sain surtout lorsque la localisation met en jeu un pronostic fonctionnel. La diminution de la perte de substance facilite donc la reconstruction et apporte souvent un bénéfice esthétique en minimisant la rançon cicatricielle.(2)

À défaut de cette technique , procéder aux marges standardisées est l'issu. (3,4,5)

La résection chirurgicale complète est le plus souvent utilisée dans le traitement des cancers cutanés et les méthodes utilisées pour la reconstruction sont la fermeture primaire, le lambeau local et la greffe de peau.

Le choix de la méthode de reconstruction dépend de plusieurs facteurs. (6)

Dans notre série -en attente de la restauration de la plateforme de la MMS- on procède à la méthode classique lors du traitement des cancers cutanés. Et les méthodes de reconstruction étaient établies selon la localisation, l'âge du patient, l'état de la peau environnante et le type de cancer.

Conclusion :

Le rôle du dermatologue dans la PEC des cancers cutanés commence par la prévention primaire et secondaire. Le traitement chirurgical est toujours à favoriser et le choix de la modalité de correction du defect tissulaire est à établir selon chaque cas en fonction des particularités liées au patient et au type du cancer.

INTERET DE LA BIOPSIE EXERESE CHIRURGICALE DANS LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS CUTANEEES : EXPERIENCE DE NOTRE DEPARTEMENT ET REVUE DE LA LITTERATURE

**Z.BERJAOU¹, H.SQALLI¹, S.EZZAIM¹, J.HAFIDI¹, N.GHARIB¹, A.ABBASSI¹ et
S.MAZOUZ¹
M.MAATI² et K.SENOUCI²**

1. Service de chirurgie plastique, CHU IBN SINA, RABAT, MAROC

2. Service de Dermatologie, CHU IBN SINA, RABAT, MAROC

Résumé : Communication Orale

I. Introduction :

La prévalence croissante des tumeurs de la peau a entraîné une augmentation de la fréquence des biopsies cutanées dans la pratique médicale.

Les biopsies cutanées sont nécessaires pour aider à établir un diagnostic correct et à planifier des mesures thérapeutiques. Il existe plusieurs méthodes différentes pour effectuer une biopsie cutanée.

Parmi lesquelles on cite la biopsie exérèse chirurgicale. Elle est une procédure dans laquelle une lésion cutanée est entièrement retirée.

Dans cette communication, on étudiera neuf malades avec lésions cutanées suspectes qui ont bénéficié d'une biopsie exérèse avec une revue de la littérature.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective entre Avril 2021 et Avril 2023 qui comprend neuf patients hospitalisés au sein de notre service de chirurgie plastique et réparatrice.

Leur âge varie entre 19 ans et 87 ans.

Nos malades ont été adressés par nos collègues du service de la dermatologie devant une première biopsie non concluante avec la difficulté de réaliser une anesthésie au sein de leur bloc (tares associés), devant la taille importante de la tumeur ou le site critique de l'exérèse.

Les neuf patients ont été opérés au bloc central de chirurgie plastique.

Quatre de ces patients ont été opérés sous anesthésie locale.

Un patient sous rachianesthésie.

Et quatre patients sous anesthésie générale.

Résultats :

Les diagnostics obtenus après la biopsie exérèse ont été comme suit :

Une patiente avec mélanome.

Un patient avec fibrosarcome.

Une patiente avec histiocytofibrome.

Un patient avec botryomycome.

Une patiente avec carcinome basocellulaire.

Quatre malades : un carcinome épidermoïde.

A la suite du diagnostic histologique, les patients qui ont une tumeur maligne ont été repris avec les marges propres et une reconstruction adéquate.

Tous nos patients ont une bonne évolution à l'exception du malade avec le fibrosarcome qui a un pronostic très péjoratif devant l'évolution rapide de sa tumeur vers métastases osseuses.

Discussion :

Dans la pratique de la dermatologie, les biopsies cutanées sont une procédure diagnostique cruciale qui est fréquemment réalisée.

Il existe plusieurs façons de biopsier la peau, et différents critères sont pris en compte lors de la sélection de la meilleure approche pour une circonstance particulière.

Cette méthode est préférée lorsqu'une tumeur maligne est suspectée.

Dans notre étude cette méthode est indiquée après des biopsies incisionnelles non concluantes ou discordantes avec les données cliniques.

Une biopsie exérèse chirurgicale n'a généralement pas de contre-indications, et peut être réalisée par un dermatologue sous anesthésie locale pour des petites lésions en respectant les unités esthétiques.

Conclusion :

Bien que théoriquement simple, une biopsie exérèse peut parfois être difficile à réaliser et nécessite le recours à un chirurgien pour la réaliser.

De plus, il est crucial de donner au pathologiste des détails tels que la description clinique, le site de la biopsie et le diagnostic différentiel clinique.

Management of malignant facial skin tumors: A prospective study

M.A.AOUZAL(1);S.AGHIOUSS(2); T.NASSIM SABAH(2); R.CHAKIRI(1)

(1) Dermatology department, Ibn Zohr University

(2) Plastic and Reconstructive Surgery Department, Cadi Ayyad University

Abstract :

Objective : Facial skin cancer is common and can have multiple etiologies. Its severity involves multiple aspects such as morbidity and mortality and possible aesthetic consequences. Prominent location and sun exposure explain the higher incidence of facial skin tumors. Management of facial skin cancer and its complications is an important research topic that requires constant updates to improve outcomes.

Methods:From a prospective study spread over 12 months (from August 2021 to August 2022), involving 56 cases of malignant cutaneous tumors of the face collected in the Plastic and Reconstructive Surgery Department of OUED DAHAB Military Hospital of Agadir.

Results: The average age is 59 years, with extremes ranging from 25 to 88 years, and the sex ratio is 3. The 56 tumors found involved the entire facial region and predominated in the mid-facial region. The average size of the tumors is 23 mm in length by 15 mm in width. Basal cell carcinoma (BCC) is the most frequent histological form (69.6%) followed by squamous cell carcinoma (SCC) (25%). We report a case of melanoma, a case of sebaceous carcinoma, and a case of Merkel's carcinoma. All patients underwent surgical treatment and 17,8 % were associated with adjuvant radiotherapy including 9 patients with BCC and only one patient with SCC. The most used method of reconstruction is flaps. For the long-term evolution of the patients, recurrence was observed in 3.5% of the cases with a history of BCC.

Discussion:Skin cancers are the most common malignancies worldwide, with approximately 2 to 3 million cases of nonmelanoma skin cancer and 132,000 cases of melanoma occurring each year. BCC is the most common skin cancer in men, followed by SCC. Melanoma accounts for a small percentage of all skin cancers diagnosed each year (3%) but is responsible for significant mortality (65%). Surgery is considered the treatment of choice and it includes cancer surgery which allows complete and sufficient oncological excision of the tumor as well as lymph node excision if necessary, and reconstructive surgery. Management of facial skin cancer must be multidisciplinary including dermatologist, surgeon, pathologist, radiologist and oncologist within the framework of multidisciplinary consultation meetings.

Conclusion:Facial skin malignancies are constantly increasing. They constitute a broad entity that requires a multidisciplinary approach. The study will include all the essential points concerning the diagnosis and treatment of facial skin cancer. Based on a pool of data, the study proposes a simple treatment algorithm that can aid in the management of this type of tumors.

Keywords:

Face – Skin cancer - reconstructive surgery

LA RECONSTRUCTION DE LA JONCTION PALPERO-JUGALE POST EXERERE TUMORALE DES CARCINOMES BASOCELLAULAIRES : A PROPOS DE 15 CAS

Z.BERJAOU, S.CHERBOUB, I.MOUTAHIR, J.HAFIDI, N.GHARIB, A.ABBASSI ET S.MAZOUZ

Service de chirurgie plastique et réparatrice, chirurgie de la main, CHU IBN SINA, Rabat, MAROC.

Résumé : Communication écrite (Poster)

I. Introduction

Tous les 10 ans, L'incidence des tumeurs cutanées augmente parallèlement au vieillissement de la population générale. L'exposition solaire augmente cette incidence en favorisant la transformation maligne.

Ces tumeurs sont majoritairement localisées sur la face.

Leur traitement de référence de première intention est l'exérèse chirurgicale.

La jonction palpéro-jugale est une sous unité esthétique de la paupière inférieure qui nécessite une reconstruction post exérèse tumorale qui respecte sa structure anatomique et prévient le risque de l'ectropion.

II. Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de 15 cas faite entre Janvier 2021 et Mars 2023 au sein du service de chirurgie plastique et réparatrice du CHU IBN SINA de Rabat.

Les critères d'inclus dans l'étude est la reconstruction limitée à la jonction palpéro-jugale.

Tous ces patients ont comme tumeur le carcinome basocellulaire, et bénéficient d'une exérèse tumorale complète avec preuve histologique.

La reconstrustruction était par : une greffe de peau totale (7 patients), un lambeau V-Y latéral (4 patients), un lambeau V-Y vertical (3 patients), et un lambeau mustardé (un patient).

III. Résultats

Tous nos patients ont eu un résultat satisfaisant sur le plan fonctionnel avec absence de complications en particulier la rétraction avec l'ectropion.

Un suivi était assuré avec prescription de protection solaire et rétinoïdes pour prévention primaire.

IV. Discussion

La paupière inférieure étant sujette à l'ectropion, les anomalies de la jonction paupière-jugale constituent une difficulté de reconstruction. L'utilisation des lambeaux de rotation/avancement est préconisée pour diminuer la tension inférieure exercée sur le bord palpébral. Malgré cette méthode, l'ectropion peut toujours être un défi.

Bien que diverses techniques aient été proposées, il n'y a pas de consensus sur la meilleure opération pour la reconstruction de cette région.

La reconstruction des pertes de substances moyennes (telle que décrite dans cette étude), comprend la fermeture directe, greffe de peau, lambeau d'avancement, et lambeau Mustardé.

La fermeture directe est limitée par la tension dans les PDS plus importants.

Greffe de peau peut entraîner des dépressions cutanées, ainsi que cicatrices hypertrophiques ou hyperpigmentation chez les personnes avec une peau plus foncée.

Les lambeaux de la joue ou de moutarde sont courants. Ils reposent sur le décollement pour mobiliser la peau et se heurte avec des complications potentielles telles que l'hématome et nécrose distale du lambeau.

De multiples variantes ont été décrites dans la littérature, mais elles partagent toutes le trait commun de réorganiser les tissus locaux pour reconstruire "Like with Like."

Pour obtenir un résultat favorable résultat esthétique, il est généralement nécessaire d'exciser de grandes

« Oreilles » en V dans la joue ce qui entraîne une cicatrice supplémentaire.

V. Conclusion

La reconstruction de la jonction paupière-joue présente un risque connu d'ectropion.

Le lambeau de Mustardé nécessite une dissection importante et peut encore être sujet à l'ectropion. Les lambeaux V-Y ont été décrits comme moins morbides, mais leur utilisation est limitée aux pertes de substances de taille moyenne qui n'impliquent pas le bord palpébral.

UN CAS INHABITUEL DE RECIDIVE TUMORALE AU SEIN D'UN LAMBEAU FRONTAL.

Z. BERJAOU, S. CHERBOUB, J.HAFIDI, N.GHARIB, A.ABBASSI et S.MAZOUZ ;
Service de chirurgie plastique et réparatrice, chirurgie de la main, CHU IBN SINA,
RABAT, MAROC.

RESUME : Communication écrite (Poster)

INTRODUCTION

Le carcinome basocellulaire (CBC) est la tumeur maligne la plus fréquente chez les personnes à peau claire et représente environ 75 % de tous les cas de cancer de la peau. Des taux d'incidence croissants sont signalés depuis des décennies dans le monde entier. Les principaux facteurs de risque sont les rayonnements UV, le sexe masculin, le type de peau claire, l'âge avancé, l'immunosuppression à long terme, des antécédents individuels ou familiaux positifs et certaines génodermatoses. Le CBC ne métastase que rarement et sa mortalité est faible, mais il est associé à une morbidité importante.

Nous rapportons ici un cas d'une apparente récurrence de carcinome basocellulaire au sein d'un lambeau frontal.

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'un patient de 55 ans connu hypertendu sous traitement, qui présentait une lésion bourgeonnante de la face latérale droite et le dorsum du nez

Lors de la consultation au sein de notre service de chirurgie plastique, le patient rapporte la survenue d'un carcinome basocellulaire situé au niveau du dorsum nasal opéré il y a 1 an dans un autre établissement avec marges d'exérèse saines et une couverture par un lambeau frontal paramédian en deuxième temps.

Actuellement, une biopsie est réalisée. Elle confirme le diagnostic de carcinome basocellulaire infiltrant. (Même type histologique du premier carcinome).

Il faut noter que le patient n'a pas d'autres localisations de carcinomes basocellulaires sur le tronc et les membres.

Devant un aspect très étendu de cette apparente récurrence, un scanner s'avère nécessaire objectivant une infiltration profonde de l'os sous jacente.

Le patient a été présenté à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire puis adressé Au service de chirurgie maxillo-faciale de CHU IBN SINA pour amputation nasale large, puis la radiothérapie postopératoire.

DISCUSSION

Le carcinome basocellulaire (CBC) est le cancer le plus courant. De croissance très lente, le CBC est de bon pronostic, mais il peut cependant causer des destructions tissulaires locales extensives gravissimes lorsqu'il est incomplètement ou tardivement pris en charge.

En général, le meilleur traitement pour le CBC est l'excision chirurgicale, Un taux de guérison de 5 ans de au moins 95 % est jugé raisonnable et acceptable objectif à atteindre.

La réapparition de ce CBC nasal après une exérèse primaire est susceptible d'être expliquée par trois hypothèses.

1. En premier lieu il est logique d'évoquer une simple récurrence de la lésion initiale. On sait en effet que les CBC récidivent dans environ 10 % des cas [5,6], surtout lorsqu'ils sont situés à la face.

2. Aussi le transfert au sein du lambeau d'un carcinome basocellulaire, invisible macroscopiquement au moment de la couverture chirurgicale. Le transfert de tumeurs cutanées au sein des lambeaux et greffes de peau a déjà été rapporté, preuves histologiques à l'appui. Dans le cas du mélanome malin des membres, cette possibilité a même conduit à prélever systématiquement une greffe de peau sur le membre controlatéral à la lésion. Le transfert de carcinome basocellulaire au sein d'un lambeau frontal serait ainsi théoriquement possible.

3. La dernière hypothèse est donc celle d'une exérèse initiale incomplète avec marges insuffisantes. Dans notre cas et vu que l'exérèse a été réalisée dans un autre hôpital, il a été difficile de s'assurer des marges à savoir que la lecture de la première exérèse n'était faite qu'une seule fois par un seul laboratoire anatomopathologique, ce qui favorise cette hypothèse. En plus, le fait de constater que le deuxième carcinome basocellulaire est du même type anatomopathologique que le premier.

La lésion récurrente est plus agressive, ce qui est en faveur de cette hypothèse poussant à faire une exérèse très large avec l'amputation du nez et la radiothérapie postopératoire.

Notre cas se distingue cependant par l'extrême rapidité de l'évolution du carcinome avec envahissement du lambeau de couverture ainsi que l'os propre du nez homolatéral au bout d'une année après l'exérèse primaire. Ceci est dû probablement au fait du décollement au moment de la reconstruction, qui a favorisé la dissémination des cellules tumorales résiduelles.

CONCLUSION

L'étude de ce cas nous incite à être particulièrement vigilants en matière de:

- La lecture anatomopathologique qui doit être contrôlée à l'aide de plusieurs lectures par des anatomopathologistes différents.
- La surveillance postopératoire de chez de tels patients, car les carcinomes basocellulaires avec marge d'exérèse incomplète ont un fort pouvoir d'extension local. Cette surveillance a été perturbée par le contexte Covid-19, ce qui entre dans le cadre d'impact important de la pandémie sur la prise en charge de tels patients.

Carcinome cutané métatypique : 7 cas

Mnif E*, Amouri M*, Ben Younes K, Hamdi A*, Charfi S, Boudawara T**, Bahloul E*, Turki H***

***Service de dermatologie, Hopital Hedi Chaker, Sfax, Tunisie**

****Service d'anatomopathologie, Hopital Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie**

Introduction:

Le carcinome basocellulaire cutané (CBC) et le carcinome épidermoïde cutané (CEC) typiques ne sont pas morphologiquement similaires. Cependant, un CEC peu différencié peut prendre un phénotype basaloïde, ce qui entraîne un chevauchement morphologique appelé carcinome métatypique (CM).

Matériaux et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective entre janvier 2004 et décembre 2021 en incluant tous les patients hospitalisés pour un CM, confirmé par biopsie cutanée.

Résultats :

Sur une période de 18 ans, nous avons recueilli 7 cas de CM parmi 132 CEC (5,9 %). Il y avait 131 patients âgés de 9 à 112 ans (moyenne de 65,6 ans) avec un sex ratio H/F de 1,3. L'aspect macroscopique était évocateur d'un CEC dans 4 cas et d'un CBC dans 3 cas. La tumeur était toujours située sur une zone photoexposée : le visage (5 cas) ou la jambe (2 cas). La taille de la tumeur variait de 1 à 20,5 cm (moyenne de 4,8 cm). Tous les CM ont été excisés avec une marge d'au moins de 1 cm. Une radiothérapie adjuvante a été réalisée dans un seul cas (14,2 %). Un seul patient présentait une invasion tumorale vasculaire et nerveuse. Aucune récurrence, métastase ou décès n'ont été notés.

Discussion:

Le CM est une tumeur rare, avec une fréquence variant de 1,5 à 2 % (selon une récente étude multicentrique). La fréquence plus élevée de notre série (5,3 %) pourrait être due à des cas surdiagnostiqués. Il existe beaucoup de controverses dans la classification et la pathogenèse. Étant donné qu'il combine à la fois une prolifération basaloïde et épidermoïde, un potentiel métastatique est possible. Ainsi, le CM est plus étroitement lié aux CEC qu'aux CBC. Classiquement, cette tumeur prédomine sur la région céphalique (95 % contre 72 % dans notre série). Les données concernant l'agressivité du MC sont contradictoires, car certains auteurs le considèrent comme une tumeur agressive avec une fréquence élevée de récurrence et de métastases, tandis que d'autres évoquent un bon pronostic (Oldbury et al.). Nos résultats confirment cette dernière hypothèse. En conclusion, le CM est plus prévalent dans notre série, mais avec le même pronostic que précédemment rapporté.

Carcinome verruqueux survenant sur un hamartome de Jadassohn : rapport de cas

K. Slamti¹, G. Basri¹, I. Chikhaoui¹, S. Nejjari¹, M. El Jazouly¹, S. Chiheb¹⁻²

¹Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Faculté de médecine de l'Université Mohammed VI des Sciences de la santé.

²Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire Ibn Rochd, Faculté de médecine de l'Université Hassan II

Introduction

L'hamartome sébacé de Jadassohn (JSH) est une malformation congénitale qui évolue en plusieurs phases : plaque alopecique à la naissance, surface mamelonnée ou verruqueuse à la puberté avec un risque de transformation tumorale à l'âge adulte. Le risque de malignité du JSH a été débattu dans la littérature. En fait, des études récentes tendent à confirmer la présence de tumeurs basaloïdes bénignes, en particulier le trichoblastome et le carcinome basocellulaire (CBC). Le développement d'un carcinome spinocellulaire (SCC) est rarement décrit. Nous rapportons un cas inhabituel de carcinome verruqueux survenant sur un naevus sébacé.

Observation

Un patient de 65 ans, sans antécédent pathologique, présentait depuis l'enfance une lésion du cuir chevelu avec notion de traumatismes à répétitions. À l'examen, il y avait une plaque verruqueuse jaune-orange glabre sur le cuir chevelu pariétal droit mesurant 5 cm x 1,5 cm. À l'intérieur de la lésion se trouvait un nodule exophytique hémorragique sans lymphadénopathie régionale associée.

Un examen dermoscopique a été effectué, qui a montré des vaisseaux entourés d'un halo blanc et des globules jaunâtres regroupés.

Les diagnostics évoqués étaient les suivants : Carcinome épidermoïde sur hamartome de Jadassohn, trichoblastome sur hamartome de Jadassohn, carcinome basocellulaire et hamartome de Jadassohn avec lésions traumatiques.

En raison de la crainte d'une dégénérescence tumorale maligne, une biopsie exérèse a été pratiquée sur le nodule exophytique et a révélé un aspect morphologique qui pourrait correspondre à un carcinome verruqueux. L'examen histologique a montré une lésion tumorale verruqueuse. La base présente des projections papillomateuses inégales. Celles-ci sont composées de cellules basophiles présentant des anomalies cytonucléaires minimales à modérées, sans mitoses. Une excision plus poussée a ensuite été réalisée et a montré un aspect compatible avec l'hamartome de Jadassohn. Aucune récurrence n'a été observée.

Discussion

Notre observation est particulière par sa présentation clinique, l'association d'un carcinome verruqueux sur un hamartome sébacé de Jadassohn (JSH).

Le développement d'une tumeur maligne dans un JSH est rare et fait encore l'objet de discussions. Plusieurs auteurs font état d'un faible taux de malignité dans les JSH. Par conséquent, les tumeurs bénignes les plus fréquemment signalées sont les trichoblastomes et les syringocystadénomes papillifères, plus rarement les sébomatricomes, les kystes apocrines et un porome apocrine. Cependant, de nombreux rapports ont été publiés qui considèrent le JSH comme un état pré-malin et soutiennent la pratique désormais de l'excision précoce, en particulier en présence de caractéristiques atypiques. Le carcinome basocellulaire est le néoplasme malin le plus fréquent dans les naevus sébacés (5-7%). Des tumeurs malignes moins courantes peuvent se développer, notamment le carcinome épidermoïde, le carcinome apocrine et le carcinome annexielle.

Notre cas met en évidence un risque de transformation maligne à l'âge adulte, ce qui explique l'indication d'une ablation précoce habituellement préconisée.

Le carcinosarcome cutané : Une tumeur cutanée primaire avec différenciation biphasique

**H.BOUMEHDI , S. AITYAZZA, O.HOCAR, S.AMAL,M.ABOUDOURIB
Service de Dermatologie vénérologie CHU MOHAMMED VI MARRAKECH**

Introduction:

Le carcinosarcome est une tumeur maligne caractérisée par la présence de deux composantes malignes épithéliale et mésenchymateuse intimement mélangées et sont principalement présents dans les organes viscéraux . Le carcinosarcome cutané représente une entité rare et est potentiellement agressif .

Nous rapportons le cas d'un patient ayant un carcinosarcome cutané crânien récidivant et discutons les caractéristiques de cette tumeur .

Observation :

Patient de sexe masculin âgé de 75 ans , sans antécédents pathologiques , se présente pour une tuméfaction au niveau du scalp évoluant depuis 7 mois . L'interrogatoire a objectivé la notion d'un traumatisme cérébral par branche d'arbre 3 mois avant .L'examen clinique a retrouvé un nodule solide pariétale ulcéré mesurant 5cm de taille avec un diamètre de 2 cm .Une biopsie cutanée a été faite objectivant un carcinome basocellulaire folliculaire .Le patient a été opéré pour exérèse tumorale complétée par un lambeau pariétal et greffe cutanée . Deux mois plus tard le patient se présente pour récurrence locale . Une nouvelle biopsie a été faite objectivant une prolifération tumorale polymorphe avec une composante pléomorphe sarcomatoïde et une autre composante qui montre un carcinome basocellulaire folliculaire et adénoïde . Un scanner cérébral a été fait montrant une tumeur infiltrante avec extension endocrânienne responsable d'une thrombose du sinus longitudinal supérieur .Une échographie ganglionnaire a objectivé une extension ganglionnaire régionale (ganglions cervicaux jugulo-carotidiens et angulo-mandibulaires) . Le patient a donc bénéficié d'une exérèse tumorale large associée à une Radio chimiothérapie .

Discussion :

Le carcinosarcome, également appelé, carcinome sarcomateux, sont classés comme une forme de tumeur maligne mixte rare avec environ 130 cas signalés à ce jour dans la littérature .

Caractérisé par la présence de deux composantes malignes épithéliale et mésenchymateuse intimement mélangé .

La principale localisation est le tractus urogénital , les localisations cutanées sont très rares .

Le carcinosarcome cutané a tendance à être trouvé chez les adultes dans les régions exposées chroniquement au soleil après la cinquième décennie de vie avec une prédominance masculine comme le cas de notre patient .

Les tumeurs sont connues pour leur nature biphasique, leur taux de croissance rapide, leur ulcération et leur apparence exophytique .

Plusieurs formes histologiques de carcinosarcome de la peau ont été décrites, y compris le carcinosarcome basal, le carcinosarcome épidermoïde, le carcinosarcome pilomatriciel et le carcinosarcome trichoblastique.

Il existe actuellement plusieurs hypothèses pour expliquer le développement des carcinosarcomes, qui comprennent la différenciation divergente d'une seule cellule progénitrice en populations épithéliales et mésenchymateuses malignes (hypothèse monoclonale), l'origine de deux cellules progénitrices distinctes (hypothèse multiclonale) et une collision tumorale de deux néoplasmes uniques.

Il est intéressant de noter que le type et le rapport des éléments sarcomateux n'influencent pas le pronostic , la survie dépend plutôt davantage de la composante épithéliale. Lorsque les concentrations des cellules squameuses sont plus élevées, les taux métastatiques auraient été plus élevés par rapport aux composantes des cellules basales .

La prise en charge dépend des caractéristiques cliniques et histologiques et est faite essentiellement par une exérèse chirurgicale large et d'une lymphadénectomie .

Conclusion :

Le carcinosarcome cutané est une tumeur maligne biphasique rare comprenant des éléments mésenchymateux et épithéliaux et est agressif .Caractérisé par son aspect nodulaire et sa croissance rapide . Sa prise en charge dépendra essentiellement de sa composante épithéliale .

MELANOME DU TALON : A PROPOS DE 8 CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

Z.BERJAOU¹, S.CHERBOUB¹, I.BOUKHARI¹, J.HAFIDI¹, N.GHARIB¹, A.ABBASSI¹ et
S.MAZOUZ¹
M.MAATI² et K.SENOUCI²

¹ Service de Chirurgie Plastique, CHU IBN SINA, RABAT, MAROC.

² Service de Dermatologie et vénérologie, CHU IBN SINA, RABAT, MAROC.

Résumé : Communication orale

Introduction :

Le mélanome se développe lorsque les mélanocytes, les cellules productrices de pigments présentes dans la peau, les yeux, l'oreille interne et les leptoméniges, subissent des modifications génétiques.

Le type de cancer de la peau le plus mortel et le plus agressif est le mélanome malin cutané, même si le mélanome ne représente qu'environ 1 % de toutes les tumeurs malignes de la peau.

Un sous-type rare de la maladie est le mélanome du talon. Cette manifestation clinique particulière est causée par l'épaisse couche cornée de cette région et le stress mécanique dû aux fortes pressions de cisaillement.

Matériels et méthodes :

Notre travail repose sur une étude rétrospective réalisée au service de chirurgie plastique du centre hospitalier Ibn Sina de Rabat, concernant 8 cas du mélanome du talon sur une durée de 4 ans étalée entre janvier 2019 au janvier 2023.

Tous nos malades ont été diagnostiqués et adressés à notre service par nos collègues du service de Dermatologie du plastique du centre hospitalier Ibn Sina de Rabat.

A partir des dossiers médicaux, nous avons recueilli les données concernant les manifestations cliniques, radiologiques, les résultats histologiques, la prise en charge chirurgicale et le suivi à court et à moyen terme.

Résultats :

On a trouvé 30 cas de mélanome opéré dans la même période de l'étude au sein de notre service. Seuls les malades opérés pour un mélanome du talon ont été retenus.

Sept de ces patients étaient de sexe féminin soit, un sex ratio de 0,9.

L'âge moyen de nos malades est 64 ans.

Le délai du diagnostic était entre 6 mois et 4 ans.

5 de nos patients avaient comme type histologique le Mélanome acro-lentiginal (LAM) alors que les 3 restants avaient un mélanome nodulaire.

5 patients ont Clarck IV, deux Clarck V et une seule Clarck II.

Sept patients ont bénéficiés d'un bilan d'extension local type IRM du pied et général type tomodynamométrie cranio-thoraco-abdomino-pelviennne.

Une patiente a fait le PET-scan comme bilan d'extension général et IRM du pied

Le traitement a consisté en une chirurgie de propreté type amputation associée à une chimiothérapie chez une patiente.

Une exérèse chirurgicale type amputation couplée à un curage ganglionnaire chez une patiente.

Une exérèse chirurgicale avec curage ganglionnaire inguinal et reconstruction de la perte de substance talonnière par Greffe de peau totale (GPT) chez deux patients.

Les quatre patientes ont bénéficiés d'une exérèse tumorale sans curage ganglionnaire avec GPT comme reconstruction.

Aucun cas n'a bénéficié du ganglion sentinelle.

Discussion :

Une série de cas de 8 patients atteints de mélanome malin du talon a été présentée ici.

La localisation du mélanome au niveau du pied généralement constitue la particularité du mélanome chez l'africain 76 à 91 % des cas contre 5 à 10 % chez l'Européen.

Ce siège électif a fait suggérer dans le passé le rôle des microtraumatismes répétés dus à la marche pieds nus.

7 malades parmi eux ont un diagnostic tardif manifesté par épaisseur tumorale type Clarck IV et V.

Selon les différentes études, un manque de formation et d'informations médicales peut avoir un impact négatif sur le pronostic, car cela peut retarder le diagnostic et le traitement. D'ou l'importance de l'examen histologique dès la première consultation du patient.

Dans tous les cas, et devant le stade avancé de la maladie ainsi que l'inaccessibilité financière à la chimiothérapie et surtout l'immunothérapie, on peut dire que le mélanome était une affection de mauvais pronostic dans notre contexte.

La prise en charge était essentiellement chirurgicale pour la plupart de nos patients.

Différentes techniques peuvent être utilisées pour fermer les défauts après l'excision du mélanome, y compris la cicatrisation dirigée, les greffes de peau totale et les lambeaux.

On a opté pour la reconstruction par GPT pour éviter un pied équin en cas de cicatrisation dirigée et meilleure surveillance tumorale en cas de récurrence.

Conclusion :

Le mélanome du talon était une maladie rare, mais pas exceptionnelle ; le type histopathologique le plus fréquent était type acral lentigineux. Le retard à la consultation semblait être le principal facteur de mauvais pronostic dans notre contexte. Une sensibilisation de la population et du personnel de santé sur les signes précoces de la maladie, dans cette localisation plantaire particulière, permettrait probablement de réduire la mortalité, et la morbidité liée à des interventions chirurgicales plus difficiles à un stade avancé.

Un mélanome rapidement progressif chez un adolescent

I.Bejja, S. Elloudi, M. Soughi, Z. Douhi, H. Baybay, FZ Mernissi
Service de dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

Le mélanome est une tumeur rare et potentiellement agressive dans la population pédiatrique et chez les adolescents avec une incidence estimée à 2% chez les sujets de moins de 20ans. Il a globalement un pronostic plus favorable que ceux des adultes mais l'évolution vers le stade métastatique et le décès ne sont pas exceptionnels.

Nous en rapportons un cas.

Observation :

Garçon de 17ans présentait une lésion pigmentée en relief du dos de la main gauche évoluant depuis 7ans, ayant augmenté de volume suite à un traumatisme de la main devenant douloureuse. D'où sa consultation et la réalisation d'emblée d'une biopsie-exérèse objectivant un mélanome nodulaire puis le patient a été référé chez nous pour prise en charge.

L'examen clinique trouvait une plaque érythématoviolacée cicatricielle sclérosée entourée de deux papules noirâtres, d'apparition récente après exérèse. La dermoscopie a montré un fond érythémateux, un aspect d'arc en ciel avec quelques points et globules noirs.

L'examen des aires ganglionnaires a révélé des adénopathies axillaires homolatérales. Un complément par échographie a montré trois adénopathies axillaires gauches avec des signes d'atypie sans localisations à distance à la TDM cranio-cervico-thoraco-abdomino-pelvienne.

Le patient a bénéficié d'une reprise chirurgicale avec curage ganglionnaire. L'étude histologique a objectivé un mélanome nodulaire, niveau V de Clark, Breslow estimé à 7mm avec limite profonde insuffisante et au curage ganglionnaire 3N+/6N sans effraction capsulaire et expression de l'HMB 45, la PS 100 et le Melan A, d'où l'indication d'une radiothérapie adjuvante.

La recherche de mutation C-Kit et BRAF était négative.

Six mois après, le patient fut installé des nodules sous cutanés échelonnés le long du membre supérieur gauche avec des papules angiomateuses de l'aire axillaire évoquant des métastases à distance associés à des adénopathies axillaires gauches et apparition de micronodules parenchymateux pulmonaires d'allure suspecte. Devant la non disponibilité de l'immunothérapie, une exérèse des nodules sous-cutanés avec curage ganglionnaire ont été fait correspondant histologiquement à des métastases de son mélanome.

Une autre TDM a été réalisée après, objectivant une augmentation en taille des nodules pulmonaires sans autres localisations à distance d'où la décision d'une chimiothérapie.

Discussion :

L'incidence de mélanome double chaque 10 à 15ans avec une tendance au rajeunissement de la population atteinte mais sa survenue avant l'âge de 20ans demeure rare avec un

pronostic plus ou moins favorable par rapport à la population adulte, bien qu'il existe des formes métastatiques et fatales.

Notre observation souligne les défis actuellement posés des mélanomes rapidement évolutifs notamment dans cette tranche d'âge. D'abord, un retard de dépistage, ensuite le retard d'un examen dermatologique détaillé avant réalisation d'une exérèse et enfin les difficultés de la prise en charge thérapeutique des patients atteints de mélanomes métastatiques.

Références :

1. Ceballos PL, Ruiz-Maldonado R, Mihm MC. Melanoma in children. N Eng J Med 1995;332:656-663
2. Cerroni L, Barnhill R, Elder D, Gottlieb G, Heenan P, Kutzner H, et al. Melanocytic tumors of uncertain malignant potential: results of a tutorial held at the XXIX Symposium of the International Society of Dermatopathology in Graz October 2008. Am J Surg Pathol 2010;34:314—26
3. Arnaud Uguena et Al, un mélanome de progression insidieuse et rapidement fatale chez une adolescente, annales de pathologie (2012) 32, 254-258.



Figure 1 : cicatrice de la face dorsale de la main gauche après 1^{ère} exérèse



Figure 2 : aspect clinique et dermoscopique des métastases cutanées

Mélanome de localisation atypique : A propos d'un cas

S. Jebbouje¹, F. Hali¹, S. Chiheb¹

¹ Service de dermatologie, Chu Ibn Rochd Casablanca, Maroc

Introduction :

Le mélanome est une tumeur maligne très agressive développée aux dépens des mélanocytes. La localisation plantaire est caractéristique dans notre contexte marocain. Cependant, des localisations atypiques ne peuvent être éliminées devant un aspect suspect de mélanome d'une lésion pigmentée siégeant en dehors de cette localisation.

Nous rapportons l'observation d'une patiente qui présentait une lésion noirâtre suspecte au niveau du sein gauche.

Présentation du cas

Une patiente âgée de 66 ans, suivie au département de gynécologie pour une masse mammaire au niveau du sein gauche classée ACR 3 à surveiller, avait consulté devant l'apparition au niveau du sein gauche de novo en peau saine d'une lésion maculeuse hyperpigmentée augmentant progressivement de taille devenant hétérogène et nodulaire par endroit, avec issu de sang au grattage, évoluant depuis 2 ans et demi et compliquée depuis un an par l'apparition des bandes mélanonychiques polydactyliques au niveau des ongles des orteils des deux pieds.

A l'admission, l'examen clinique et dermoscopique ont objectivé une lésion maculeuse hyperpigmentée asymétrique à contours irréguliers, hétérogène, mesurant environ 2 cm de grand axe surmonté d'une lésion nodulaire infracentimétrique pigmentée, sans halo inflammatoire, localisée au niveau du QII du sein Gche. Présence de multiples nævus faits de macules pigmentés symétriques à bords réguliers, de couleur et surface homogènes ovales et arrondies par endroit, localisées au niveau du visage, tronc et les 4 membres. L'examen ganglionnaire a objectivé la présence d'une adénopathie cervicale droite et des ADP inguinales droites fermes non douloureuses, les deux aires ganglionnaires axillaires étaient libres.

Une biopsie-exérèse avec des marges de 2 cm sous anesthésie locale a été effectuée. L'étude microscopique a montré une prolifération tumorale maligne mélanocytaire nodulaire à développement verticale sans ulcération épidermique de niveau IV de CLARK, mesurant selon BRESLOW 4 mm d'épaisseur avec embolie vasculaire sans invasion nerveuse. Avec des limites de résection chirurgicale latérales et profondes saines. L'étude histologique a attesté que l'exérèse était complète avec passage en zone saine. Le diagnostic d'un mélanome invasif a été retenu.

Un PET-scan a été réalisé dans le cadre du bilan d'extension et a objectivé la présence d'une adénopathie médiastinale droite et des adénopathies para-trachéales droite supérieures hypermétaboliques, avec une captation hépatique discrètement hétérogène, sans foyer franc individualisable à surveiller, suggérant un stade T3aN0M1.

Discussion :

Bien que la localisation d'un mélanome cutanée au niveau du sein est non décrite dans la littérature, le diagnostic ne peut être éliminer devant une lésion pigmentée asymétrique, inhomogène à évolution atypique siégeant en dehors des localisations connues les plus fréquentes.

Conclusion

L'apport de la dermoscopie est très utile dans le diagnostic précoce des mélanomes devant des lésions pigmentées suspectes et de localisation atypique.

Une Kératose Séborrhéique pas comme les autres...

L.Mansour Billah ; M. Faik Ouahab ; G. Basri ; Y. Tahiri ; A.Kelati ; S. Chiheb.

Service de Dermatologie-Vénérologie, Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc.

Introduction : L'évaluation des lésions pigmentaires est un défi quotidien pour les dermatologues. Les kératoses séborrhéiques(KS) pigmentées peuvent présenter une ou plusieurs caractéristiques mélanocytaires, dont la plus fréquente est un "faux" réseau pigmentaire. Les mélanomes de type KS (KS-Mélanome-Like) sont difficiles à diagnostiquer et passent facilement inaperçus, en particulier chez les patients âgés présentant de multiples KS. L'examen dermoscopique améliore la précision du diagnostic des tumeurs pigmentées ; il doit être effectué pour toutes les lésions, et pas seulement pour celles qui sont suspectes d'un point de vue clinique.

Observation : Nous rapportons le cas d'un homme de 47 ans de phototype 3, présentant de multiples lésions pigmentées du visage, du cuir chevelu et du tronc. L'examen clinique retrouve plusieurs lésions pigmentées homogènes, dont la majorité sont symétriques, non ulcérées, hyperkératosiques, et dont l'aspect clinique est celui des KS. L'examen dermoscopique de l'ensemble des lésions a objectivé des images de fissures, crêtes, des ouvertures comédoniennes et des kystes de type milia. Le patient présentait sur le scalp une lésion cliniquement distincte des autres : la lésion était asymétrique, non ulcérée, légèrement surélevée et de trois couleurs différentes (brun foncé, brun clair et gris). L'examen dermoscopique a montré une asymétrie dans la forme et la couleur, avec plusieurs critères d'une lésion mélanocytaire dont une pigmentation irrégulière avec bords mordillés, une tâche d'encre centrale avec une pigmentation bleuâtre hétérogène pouvant être considérée à tort comme des ouvertures comédoniennes, et de multiples zones sans structure clair-rosâtre, sans image de régression. Cette lésion a été considéré comme un signe du « Vilain petit Canard » sur KS. Un examen histologique a été réalisé objectivant un mélanome in situ.

Discussion : La kératose séborrhéique est la tumeur cutanée non-mélanocytaire la plus fréquente chez l'homme. En raison de leur bénignité, les KS sont fréquemment traitées sans biopsie par les dermatologues. Cependant, il arrive de rencontrer des KS pigmentées qui peuvent présenter des caractéristiques mélanocytaires. L'entité KS-Mélanome-Like est un piège diagnostique potentiel où le dermoscope est un outil utile, non-invasif permettant d'identifier des indices subtils de mélanome. Les images dermoscopiques des KS sont connues et largement décrites. Aucune des caractéristiques dermoscopiques des KS n'est spécifique au KS : toutes ses caractéristiques peuvent être trouvées dans d'autres tumeurs cutanées. Les études montrent que l'existence de critères mélanocytaires (réseau pigmentaire, globules et points, stries), d'une couleur bleu noir, d'un voile bleu blanc et de phénomènes régressifs dans une lésion de type KS, par ailleurs solitaire, doit être préoccupante et mener vers une confirmation histologique dans l'objectif d'éliminer un mélanome malin. La particularité de notre observation repose sur la détection de la lésion maligne grâce au signe du « vilain petit canard » sur KS et non sur un naevus, et la présence à la dermoscopie de composante mélanocytaire et séborrhéique dans une même lésion.

Conclusion : Le mélanome peut imiter cliniquement la kératose séborrhéique, ce qui conduit à une prise en charge incorrecte qui peut retarder le diagnostic et aggraver le pronostic. Toutes les lésions des patients présentant de nombreuses KS doivent être examinées par dermoscopie afin d'augmenter les chances de détecter le « mélanome de type KS » qui représente un piège dermoscopique où seule l'analyse histologique est fiable.

Mélanome desmoplastique labial chez une patiente atteinte de neurofibromatose de type 1

H. Marghadi O. Handi ; M. Abaoudouraib O. Hocar ; S. Amal

Service de Dermatologie , CHU MOHAMED VI, Marrakech, Maroc

Introduction :

La neurofibromatose de type 1 (NF1) est une maladie génétique associée à des taux élevés de tumeurs bénignes et malignes dérivées de la crête neurale. Le mélanome a été décrit parmi les cancers rares survenant chez les personnes atteintes de NF1, mais la localisation muqueuse n'a été signalée que dans un seul cas à ce jour. Nous rapportons un deuxième cas de mélanome labial, type desmoplastique, survenu chez une patiente atteinte de NF1.

Observation :

Une patiente de 60 ans suivie pour NF1, s'est présentée pour une lésion buccale douloureuse ayant augmenté rapidement de volume au cours des 4 derniers mois.

L'examen physique a montré une tumeur croûteuse ulcérée non pigmentée, mesurant environ 2,5 cm de diamètre de la lèvre inférieure. Aucun ganglion lymphatique cervical suspect n'a été détecté. On évoquait cliniquement un carcinome épidermoïde, ainsi une biopsie incisionnelle a été réalisée. L'examen histologique a révélé une prolifération de cellules fusiformes, disposées en nids envahissant le derme. Une étude immunohistochimique mettait en évidence l'expression de la protéine S-100 et HMB-45 par les cellules tumorales, par contre on notait l'absence de marquage de Melan-A.

Le diagnostic de mélanome desmoplastique (MD) a été retenu. Un scanner thoraco- abdomino-pelvien ne retrouvait aucune métastase à distance. La patiente a été adressée au service de chirurgie maxillo-faciale où une exérèse chirurgicale large de la tumeur a été réalisée.

Discussion :

Le MD de la lèvre est une affection extrêmement rare qui prête à confusion avec les autres tumeurs non mélanocytaires. Les hommes sont plus fréquemment touchés que les femmes. Cliniquement, les MD de la lèvre inférieure se manifestent par des ulcères ou des masses ulcéro-croûteuses non pigmentées, comme est le cas chez notre patiente.

L'immunohistochimie est souvent nécessaire pour différencier le MD des tumeurs non mélanocytaires. L'antigène le plus sensible pour le diagnostic est la protéine S100, qui est positive dans la plupart des cas. En général, les antigènes de différenciation mélanocytaire (HMB-45, gp100, Melan-A) sont négatifs. Des études récentes ont démontré l'expression de SOX10 dans les mélanomes malins, y compris le MD.

De nombreuses séries ont identifié le mélanome comme l'une des rares tumeurs malignes pouvant survenir chez les personnes atteintes de NF1. Cependant, une seule publication a rapporté la survenue d'un mélanome muqueux chez ces patients. L'association entre NF1 et DM n'est pas une simple coïncidence, puisque des mutations du gène NF1 ont été retrouvées dans 93 % des MD.

Conclusion :

Le pourcentage élevé de mutations du gène NF1 présentes dans les MD, suggère un rôle important de la NF1 dans la pathogenèse de cette variante rare du mélanome.

Métastases en transit : à propos d'un cas.

**Y.Tamim, Y.Berrada, S.Sektaoui, Znati, Pr Znati, S.Boutayeb, S.Hamada, M.Meziane,
N.Ismaili, L.Benzekri, K.Senouci**

Service de Dermatologie et Vénérologie, Hôpital Ibn Sina – Université Mohammed V, Rabat

INTRODUCTION :

Le mélanome est une tumeur maligne développée au dépend des mélanocytes

Les métastases en transit sont définies comme toutes métastases cutanées ou sous-cutanées qui se trouvent à plus de 2 cm de la lésion primaire sans atteindre l'aire de drainage ganglionnaire.

La plupart des patients atteints de métastases en transit ont un mauvais pronostic.

Leur traitement peut être simple si une excision chirurgicale est possible, mais difficile lorsque les métastases en transit sont avancées, multiples ou récurrentes.

OBSERVATION :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 40 ans, sans antécédents particuliers, suivie pour un mélanome nodulaire du 4^{ème} espace inter-orteil traité chirurgicalement par une amputation transmédiante de 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} orteil du pied droit avec un curage ganglionnaire.

L'examen anatomo-pathologique indique un Breslow estimé à 1 cm, un niveau V de Clarck et Mihm et des limites chirurgicales situées à 3.5 cm de la tumeur. Deux ganglions sont atteints sur 9 sans effraction capsulaire ont été retrouvés. La tumeur était classée pT4bN1M0.

La patiente était candidate à une immunothérapie par pembrolizumab mais non reçu par faute de moyens.

Un an après, la patiente s'est présentée avec quatre métastases en transit en regard et autour du site du curage ganglionnaire qui ont été traitées chirurgicalement. Le bilan d'extension était négatif.

Cinq mois plus tard, et ayant reçu la 1^{ère} dose de Pembrolizumab, la patiente s'est représentée avec un magma de métastase en transit occupant la totalité de la face interne de la cuisse.

Actuellement, la patiente est toujours sous Pembrolizumab sans amélioration clinique.

DISCUSSION :

Les métastases en transit représentent l'un des défis thérapeutiques les plus importants dans la gestion du mélanome à long terme.

Elles surviennent chez 3.4% à 6.1% de tous les patients atteint de mélanome, dans un délai médian de 17.9 mois après le diagnostic de mélanome.

Elles sont une manifestation d'une dissémination tumorale intralympatique et semblent biologiquement différentes des métastases cutanées à distances, étant probablement dues à une dissémination hémotogène

En effet, la manifestation clinique d'une métastase en transit survient lorsque les cellules malignes présentes dans le système lymphatique se multiplient au point qu'elles deviennent palpables ou visibles au niveau ou juste sous la peau.

Plus fréquente au niveau des membres, et surtout aux membres inférieurs. Cela peut être dû à l'effet de la gravité et à un réseau lymphatique plus long.

Les facteurs de risque associés à la survenue de métastases en transit comprennent un âge de plus de 50 ans, la présence d'ulcérations, une augmentation de l'épaisseur de Breslow, la présence d'une invasion angiolymphatique, la localisation aux extrémités et un ganglion sentinelle positif.

Leur prise en charge a évolué sans qu'un protocole standardisé n'ait été mis au point.

Le traitement de première intention pour les patients présentant des métastases en transit isolé ou en petit nombre est la résection chirurgicale, suivie d'un traitement adjuvant notamment les anti-PD1.

L'utilisation précoce des thérapies ciblées et de l'immunothérapie doit être envisagée pour les patients atteints de métastases en transit qui ne peuvent pas être traités chirurgicalement.

Des techniques ablatives simples comme la cryothérapie, laser CO2 et électrocoagulation et des traitements topiques tel que la diphencyprone et l'imiquimod peuvent être efficaces pour contrôler les métastases en transit superficielles, et sont particulièrement utiles si elles sont étendues et/ou si elles surviennent chez des patients fragiles ou âgés.

Les métastases en transit plus importantes peuvent souvent être contrôlées par injection intra-lésionnelle ou électro-chimiothérapie.

La radiothérapie et les injections intralésionnelles tels que le Rose Bengale (PV-10) et le Talimogène Laherparepvec (T-VEC) présentent un intérêt particulier en raison de leur potentiel d'activation du système immunitaire et de synergie avec les checkpoint inhibiteurs.

La chimiothérapie sur membre perfusé isolé peut traiter les métastases en transit des membres avec un excellent taux de réponse.

CONCLUSION :

Les métastases en transit représentent un défi thérapeutique. Malgré une prise en charge et une surveillance rigoureuses de la maladie, les métastases en transit ont un mauvais pronostic avec un taux de survie à 5 ans d'environ 25 %. Une approche multidisciplinaire entre les médecins de soins primaires, les dermatologues, les oncologues médicaux et les chirurgiens oncologues peut aider à prolonger la survie de ces patients.

Mots clés :

Mélanome, en transit, métastases

Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des lymphomes cutanés primitifs au Maroc : Série de 402 cas. Pr F. Hali¹, Dr S. Zakaryaa¹, Pr S. Chiheb¹, Pr K. Senouci², Pr S. Elloudi³, Dr FZ. Hashas³, Pr FZ. Mernissi³, Pr S. Amal⁴, Pr A. Kelati⁵, Dr I. Chikhaoui⁵.

¹ Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca. ² Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Sina, Rabat. ³ Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Hassan II, Fès. ⁴ Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Mohamed VI, Marrakech. ⁵ Service de dermatologie et vénéréologie, Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa, Casablanca.

Introduction À l'échelle internationale, l'incidence des lymphomes cutanés primitifs semble en augmentation croissante ; cependant, il existe très peu de données épidémiologiques et qui sont limitées à des échantillons restreints. Nous présentons la première étude multicentrique ayant traité l'épidémiologie des lymphomes cutanés primitifs au niveau national.

Matériels et Méthodes Etude transversale descriptive multicentrique ayant inclus les patients pris en charge pour lymphomes cutanés aux services de dermatologie et vénéréologie des différents CHU du royaume durant les 10 dernières années de janvier 2012 à décembre 2021.

Résultats Au total, 402 cas de lymphomes cutanés ont été colligés : Casablanca (135 cas), Rabat (119 cas), Fès (92 cas), Marrakech (56 cas). L'âge moyen était de 56 ans (extrêmes allant de 15 ans à 114 ans) avec une prédominance masculine chez 61% des cas. Le type histologique le plus fréquent était le lymphome T (88% des cas), à prédominance masculine (59%) avec un âge moyen de 57 ans ; dominé par le Mycosis Fongoïde (78 %), le syndrome de Sézary (8%). D'autres formes sont plus rares mais agressives : le lymphome agressif CD8+ (0.85%), le lymphome NK (0.28%). Les lymphomes transformés représentaient 4% des cas. Par ailleurs, les lymphomes B représentaient 12% des cas avec une prédominance masculine (89%) et un âge moyen de 55 ans, dominés par le lymphome B centro-folliculaire (40%) suivi par le lymphome B à grandes cellules de type membres inférieurs (30%). Les principaux facteurs de risque étaient : les facteurs environnementaux (12,8% des cas) dont l'exposition aux pesticides (45 patients) et aux hydrocarbures (7 patients), ainsi que les infections virales : HTLV/ EBV (2% des cas). Les antécédents étaient dominés par : le diabète (11,7%), l'hypertension artérielle (8,5%), les cardiopathies (3.2%) et les hémopathies (2.7%). Le tabagisme était retrouvé chez 25.8% des cas, l'alcoolisme chez 3.2% des cas et la consommation de cannabis chez 1.2%. Le délai moyen du diagnostic était de 4,5 ans avec altération de l'état général chez 27% des cas et un prurit chez 67% des cas. Plus de la moitié des patients avaient des lésions érythémato-squameuses infiltrées suivies par des lésions nodulaires chez 29,1% et des lésions érythémato-squameuses non infiltrées chez 27% des cas. L'aspect ichtyosiforme était retrouvé chez 3 malades et l'aspect bulleux chez un seul malade. Le siège des lymphomes cutanés était réparti comme suit : les membres inférieurs (77,1%), les membres supérieurs (73,1%), le tronc (70,1%), le visage (29.4%), le cuir chevelu (27%), palmoplantaire (13%) des cas. Les différentes modalités thérapeutiques dépendaient du stade tumoral et comportaient : l'application de dermocorticoïdes et la photothérapie dans 52% des cas chacun, une monochimiothérapie (ex : gemcitabine), radiothérapie, photophèrese, polychimiothérapie (ex : CHOP, RCHOP). L'évolution a été marquée par une rémission chez 41 % des malades, des rechutes chez 17% et un décès chez 11%. Conclusion Notre étude est la première à l'échelle nationale concernant l'épidémiologie des lymphomes cutanés. D'autres études nationales prospectives seraient souhaitables pour une meilleure connaissance de ces différentes entités pour une prise en charge diagnostique et thérapeutique optimales.

Le suivi du mycosis fongöide : caractéristiques et évolution à long terme

F.Chekairi¹, F.Hali¹, F. Elfatoiki¹, S.Chiheb¹

¹Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

Le mycosis fongöide (MF) est le lymphome T cutané primitif le plus fréquent. Son pronostic est favorable au moment du diagnostic de la maladie à un stade précoce. La survenue de tumeurs cutanées ou plus rarement d'une érythrodermie, assombrit le pronostic. La prise en charge thérapeutique du MF varie en fonction du stade et la surveillance est surtout clinique.

Le but de notre travail était de préciser les modalités du suivi et les caractéristiques évolutives des patients atteints de MF.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les cas confirmés de mycosis fongöide, hospitalisés sur une période de 10 ans entre 2013 et 2023.

Résultats

Quarante-huit cas ont été recensés, l'âge moyen était de 57,1 ans [29-80 ans]. Le sex-ratio H/F était de 2. Sur le plan clinique, la forme classique débutante était la plus fréquente (54,2%), un MF pilotrope était noté chez 9 patients, pigmentogène, poïkilodermique et ichtyosiforme dans un cas chacun. Une érythrodermie était retrouvée dans 10 cas.

Au moment du diagnostic, un stade précoce était noté dans la majorité des cas (60,4%) : IA (8 cas), IB (15 cas), IIA (6 cas), un aspect tumoral ou une érythrodermie était retrouvés dans 39,5% des cas : IIB (6 cas), IIIA (9 cas), IIIB (3 cas) et IVA (1 cas). Les patients étaient mis sous dermocorticoïdes de classe forte dans 35 cas, la photothérapie UVA ou UVB dans 22 cas, le méthotrexate dans 17 cas, l'interféron dans 4 cas, le bexarotène dans 1 cas et une polychimiothérapie chez 10 patients.

Dans les stades précoces, Le délai moyen entre les visites de suivi était de 2,9 mois [0,5-4mois]. Quant aux stades avancés, le délai était en moyenne de 2,5 semaines [1-6semaines].

Au cours du suivi à court terme : une amélioration clinique était observée dans 56,7% des cas, de nouvelles lésions chez 10 patients et la progression vers une érythrodermie dans 2 cas. Un bilan d'extension était demandé chez 13 patients, une adaptation thérapeutique dans 18 cas et une réhospitalisation dans 3 cas. 45,8% des patients étaient perdus de vue durant en moyenne 4,6 mois [1,5-12mois] et 2 décès était rapportés chez des patients de stade initial IIIB.

Entre 1 et 5 ans de suivi: une bonne évolution était notée dans 28,5% des cas, un aspect stationnaire dans 32,4% des cas, des lésions évolutives dans 39,1 % des cas et une transformation avec atteinte ganglionnaire chez 1 patient initialement stadifié IIIA.

À long terme: l'évolution était favorable dans 4 cas, une transformation était notée chez 6 patients, un décès était rapporté chez un patient classé initialement IB, 11 patients était perdus de vue durant en moyenne 9,1 mois [3mois-2,5ans] et 50% des patients ne se présentait plus aux consultations de suivi.

Discussion

Les modalités de suivi du mycosis fongoïde décrites à travers notre étude rejoignent les recommandations rapportées dans la littérature où la fréquence des consultations dépend essentiellement du stade du MF au moment du diagnostic et du caractère évolutif de la maladie : rapprochée en cas de maladie active progressive et plus espacée si le MF est stable non évolutif.

La surveillance est clinique et le traitement est régulièrement réévalué et adapté selon l'évolution de la maladie. Le bilan d'extension ne devrait être indiqué qu'en cas de signes d'appel. En outre, tous nos patients perdus de vue ont été contacté par téléphone pour renouveler des explications sur le risque de progression de la maladie et la nécessité du suivi régulier et à long terme.

Bien que l'évolution du MF soit le plus souvent indolente, dans notre étude 18,7% des patients avaient évolué vers une transformation ou une érythrodermie de mauvais pronostic et 3 décès en lien avec la maladie étaient rapportés.

Conclusion

Notre travail reflète la grande diversité évolutive du MF et les différentes modalités de surveillance en fonction du stade de la maladie. Un nombre important de patients perdus de vue au cours du suivi rend sa prise en charge difficile.

Mycosis fongoïde succédant à une mucinose folliculaire et associé à un histiocytose langerhansienne

**kouki Chaima, Abid Mayssa ; Hammami Fatma, Turki Kmar, Maalej Mahdi,
Charfi Slim *, Boudawara T*, Bahloul E ; Turki H
Service de dermatologie ; CHU Hédi Chaker, Sfax – Tunisie
*Service d'anatomie pathologique ; CHU Habib Bourguiba, Sfax - Tunisie**

Introduction :

Le mycosis fongoïde est le lymphome cutané primitif épidermotrope le plus fréquent. L'aspect histologique initial peu spécifique et l'association à d'autres proliférations hématopoïétiques peuvent retarder le diagnostic.

Nous rapportons le cas d'un patient atteint d'un mycosis fongoïde débutant par un aspect de mucinose folliculaire, et associé à une histiocytose langerhansienne.

Observation :

Un patient âgé de 76 ans, aux ATCDs d'un cancer colique opéré depuis 1an et compliqué d'une métastase pulmonaire traitée par une chimiothérapie adjuvante (Capécitabine), nous a consulté pour des plaques et nodules prurigineux généralisés évoluant depuis 3 ans. Il s'agissait de plaques érythémateuses arrondies bien limitées, siégeant surtout au niveau du dos des cuisses et des bras, certaines sont infiltrées et surmontées par des croûtes jaunâtres. Une biopsie initiale d'une plaque du dos est en faveur d'une mucinose folliculaire. Devant l'extension des lésions, plusieurs biopsies ont été faites après 6 mois montrant un aspect typique de mycosis fongoïde (CD4+, CD8+). Au niveau d'une lésion infiltrée jaunâtre du dos, un aspect d'histiocytose langerhansienne a été constaté. Le patient a reçu 40 séances de photothérapie avec une amélioration suivie rapidement d'une rechute. Un traitement par méthotrexate est entamé.

Discussion :

Dans notre cas, le mycosis fongoïde a présenté initialement un aspect de mucinose folliculaire. Cette dernière n'est pas souvent une prolifération bénigne autolimitée, elle peut avoir une tendance à la prolifération lymphocytaire clonale, aboutissant à un mycosis fongoïde.

L'apparition simultanée de MF et histiocytose langerhansienne est une association rare. L'hypothèse d'un processus clonal touchant un précurseur hématopoïétique commun générant deux contingents néoplasiques différents a été posé par certains auteurs. D'autres études ont suggéré que la prolifération histiocytaire est réactionnelle à une stimulation cytokinique accrue par les lymphocytes clonaux.

Conclusion :

Savoir suspecter un mycosis fongoïde devant un contexte clinique évocateur et un aspect histologique peu spécifique ou trompeur peut aider à un diagnostic précoce. L'association entre MF et histiocytose langerhansienne est rare. La nature de la relation entre les deux processus reste à établir.

Une alopecie cicatricielle revelant un mycosis fongoide folliculotrope

L.Iberraken , C. Ben mohand , H.Sahel
Service de dermatologie CHU Bab El Oued. Alger

Introduction :

Le mycosis fongoide folliculotrope (FMF) est un sous-type assez rare mais agressif de MF. On le trouve plus souvent chez les hommes et touche frequemment le cuir chevelu, le visage et le cou, qui sont generalement epargnes dans le MF classique. Le FMF s'accompagne generalement d'un large eventail de symptomes, ce qui rend le diagnostic parfois difficile. Une manifestation particuliere est l'alopecie cicatricielle. Nous rapportons un cas.

Observation :

Un patient de 38 ans presentait depuis une annee de multiples plaques erythemateuses prurigineuses arrondies du cuir chevelu, de la nuque et du visage, entrainant une alopecie cicatricielle. L'examen clinique montrait des papules hyperkeratosiques folliculaires des membres et du dos avec des comedons et des kystes sur l'abdomen. Il n'y avait pas d'adenopathies palpables. Le taux des LDH etait normal, ainsi que la formule sanguine et le frottis sanguin. La biopsie cutanee montrait un epidermotropisme et un folliculotropisme des lymphocytes atypiques infiltrant le derme avec une destruction des follicules pileux. Ces lymphocytes atypiques etaient de phenotype CD3+ , CD4+. Les depots de mucine n'etaient pas presents. Le diagnostic retenu etait celui d'un MFM. Le bilan d'extension etait normal. La Re-PUVA permettait apres 3mois d'arreter la progression des lesions et leur amelioration.

Discussion :

Le FMF se caracterise cliniquement par des plaques erythemateuses et des papules perifolliculaires. Sur le plan histopathologique, il y a une infiltration de lymphocytes T CD4+ neoplasiques dans l'epiderme et ses annexes. Il peut y avoir un depot de mucine resultant de l'infiltration de cellules neoplasiques qui, a un stade precoce, peut etre absente. Notre patient presentait une alopecie du cuir chevelu et des sourcils en plus de papules folliculaires disseminees, de comedons et de kystes sur le reste du corps ainsi que le prurit qui ont permis de suspecter le diagnostic de FMF. Son pronostic est plus sombre que celui du MF classique. L'infiltration de structures plus profondes, une mauvaise reponse au traitement topique et un diagnostic tardif en sont les raisons. Etant donne le bilan d'extension negatif, il a ete classe en FMF stade precoce beneficant d'une therapie associant des retinoïdes et la PUVA. Actuellement, seule la greffe allogénique de cellules souches hematopoïétiques peut guerir le FMF au stade avance.

Conclusion :

Devant une alopecie cicatricielle, il faudrait rechercher les autres lesions evocatrices de MFM (papules folliculaires, des comedons et des kystes). La biopsie cutanee permettrait de confirmer le diagnostic.

Mycosis fongoïde folliculotrope du cuir chevelu: à propos d'un cas

Le mycosis fongoïde (MF) est la forme la plus fréquente des lymphomes T cutanés. Le MF folliculotrope est le sous-type clinicopathologique « atypique » le plus courant de MF, représentant environ 12 % de tous les MF, et défini comme la présence de lésions folliculaires et le folliculotropisme comme signe histopathologique dominant avec ou sans mucinose folliculaire.

Nous rapportons le cas d'un mycosis ongoïde folliculotrope du cuir chevelu chez une femme âgée de 65 ans confirmé sur biopsie cutanée.

Le MF interstitiel : une variante rare de mycosis fongoïde

FZ.AFRYAD ; M.ABOUDOURIB ; O.HOCAR ; S.AMAL

Service de dermatologie de l'hôpital universitaire Mohamed VI Marrakech

Introduction :

Le mycosis fongoïde (MF) est le lymphome cutané le plus fréquent. Il se caractérise par une prolifération de lymphocytes T néoplasiques de phénotype auxiliaire mature, qui, dans la forme typique, envahissent l'épiderme, formant des lésions d'épidermotropisme. À côté de la forme classique, il existe de nombreuses présentations cliniques et histologiques particulières dont certaines sont bien reconnues comme des entités à part entières dans les classifications en vigueur : MF pilotrope, granulomateux et pagétoïde. Nous rapportons l'observation d'un patient pour lequel nous avons proposé le diagnostic de MF dans une présentation histologique inhabituelle, appelée interstitielle. Dans la forme interstitielle de MF, l'infiltrat est profond, localisé principalement entre les fibres collagènes du derme.

Observation :

Il s'agissait d'un patient âgé de 67ans, qui présentait un prurit généralisé depuis 1an, suivi 10 mois plus tard par l'apparition de multiples papules et nodules kératosiques confluent en placard au niveau des avant-bras, jambes et cou, ainsi que d'un faciès léonin. La biopsie cutanée, montrait un infiltrat interstitiel occupant tout le derme, parvenant jusqu'à la partie superficielle de l'hypoderme. On notait des foyers d'épidermotropisme et de pilotropisme. Les cellules de cet infiltrat étaient petites à moyennes, avec des noyaux allongés avec quelques mitoses, de phénotype T CD3+ CD4+ CD8- CD2+. Le diagnostic de lymphome T cutané primitif, de type interstitiel a été retenu. Par ailleurs, le bilan d'extension réalisé devant la présentation inhabituelle (tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne) ne montrait pas d'extension extracutanée. Notre patient a été mis sous préparation magistrale et sous faibles doses de méthotrexate avec amélioration partielle des lésions.

Discussion :

La variante histologique interstitielle de MF n'est pas commune, et ne constitue pas une entité à part entière de MF dans les classifications des lymphomes cutanés. S'il est qualifié d'interstitiel, c'est que l'on observe dans le derme un infiltrat diffus, disposé entre les faisceaux de collagène, composé majoritairement de lymphocytes T tumoraux. Ses principaux diagnostics différentiels sont le granulome annulaire et la morphee

inflammatoire. En effet, dans une unique série de référence publiée par Su et al, détaillant les caractéristiques anatomocliniques des MFI, les biopsies cutanées révélèrent la présence d'un infiltrat lymphocytaire dense dans le derme avec quelques histiocytes, soulevant histologiquement les hypothèses diagnostiques de granulome annulaire et de morphée inflammatoire. Les cas décrits se présentaient cliniquement comme des lésions typiques de MF, à savoir des macules érythémateuses ou des plaques érythémato-squameuses fixes et chroniques, mais également par des nodules, comme c'était le cas pour notre malade. Notons que dans cette série, l'épidermotropisme était toujours présent, comme dans notre observation, rendant plus facile le diagnostic du MF. Le diagnostic de la variante interstitielle du MF n'a pas, à l'heure actuelle, d'implication pronostique, notamment en termes d'incidence de transformation à grandes cellules, et ne justifie pas une prise en charge thérapeutique spécifique.

Conclusion

Le panel de présentation histologique du MF est particulièrement large. Notre observation souligne la possible présentation du MF sous la forme d'infiltrats interstitiels, avec cliniquement des lésions nodulaires. Cette forme histologique, bien que rare, doit être connue des pathologistes.

Dermoscopie du Mycosis fongoïde folliculotrope

M. Cherif, A. Souissi, M.Tabka, I. Chelly, S. Haouet, M. Mokni

Introduction : Le Mycosis fongoïde folliculotrope (MFF) est le variant le plus fréquent de mycosis fongoïde (MF). Il se caractérise par une infiltration préférentielle des follicules pilosébacés par les lymphocytes tumoraux donnant des aspects cliniques caractéristiques. Cependant, les aspects dermoscopiques du MFF ont été peu décrits dans la littérature.

Méthode : Une étude rétrospective (de 2019 à 2023) monocentrique incluant les cas MFF confirmé à l'histologie et qui ont bénéficié d'un examen dermoscopique.

Résultat : Quatre patients de sexe masculin et d'âge moyen de 45 ans [37-58] ont été inclus. Une atteinte du cuir chevelu était observée dans tous les cas, associée à une atteinte des sourcils et de la barbe dans 2 cas et à une atteinte du tronc et des extrémités dans un cas. Les lésions évoluaient depuis une durée moyenne de 3 ans. Un prurit était présent dans tous les cas. Sur le plan clinique, il s'agissait de plaques alopeciques érythémateuses, mal limitées et infiltrées chez tous les patients. L'examen dermoscopique a mis en évidence des structures vasculaires dans 3 cas : des vaisseaux linéaires branchés (2 cas) et des vaisseaux linéaires en virgule (1 cas). Un fond jaunâtre était observé dans tous les cas et s'associait à des structures orange en mottes chez 2 patients. Une dilatation des orifices pilaires, des bouchons cornés et des pseudocomédons étaient visualisés dans tous les cas. Un aspect en « spicules » était présent dans un cas. Des squames péripilaires étaient présentes dans 3 cas formant des gaines coulissantes dans un cas. Une disparition des orifices pilaires était présente par endroits dans tous les cas ainsi que des structures blanches : aires blanches sans structures (1 cas), aires blanches en mottes (2 cas), aires blanches nuageuses (1 cas) et en rosettes (1 cas). Des anomalies de la tige pileaire à type de points noirs et de cheveux cassés étaient présentes dans 2 cas. Nous n'avons pas visualisé de halo péripilaire.

Discussion

Le MF est le lymphome cutané primitif le plus fréquent. Le MFF, le variant le plus fréquent de MF, et en représente 17,8% des cas. Il se caractérise par une infiltration préférentielle des follicules pilosébacés par les lymphocytes tumoraux, parfois associée à une mucinose folliculaire et à un épidermotropisme.

Le MFF se caractérise par une atteinte préférentielle du visage et du cuir chevelu (70% des cas dans la littérature). Il se manifeste classiquement par des plaques alopeciques érythémateuses et infiltrées comme chez nos patients.

Les aspects dermoscopiques du MFF sont peu rapportés dans la littérature. Dans la série la plus large, l'absence de follicule pileux, la présence d'orifices pilaires dilatés ainsi que de bouchons folliculaires étaient les principaux signes du MFF. Ces signes ont été notés chez tous nos patients. La formation de bouchons kératosiques folliculaires donnant un aspect en spicules a été rapportée dans un cas. La disparition des orifices pilaires était présente par endroits dans tous les cas, associée à des structures blanches. Ces deux derniers signes seraient indicateurs d'une atteinte plus agressive. Les anomalies pilaires, par contre seraient en faveur d'un pronostic meilleur. L'absence de halo péripilaire chez nos patients, soutient l'hypothèse de Toncic et al. qui estiment que ce signe se voit à un stade précoce de folliculotropisme.

Le fond jaunâtre et les aires jaunes-oranges sans structure (4 cas) ou en mottes (2 cas), seraient des éléments suggestifs de MF qu'il soit pilotrope ou non.

Conclusion : La dermoscopie peut orienter le diagnostic de MFF et pourrait apporter des éléments pronostiques selon certaines études de la littérature. Des séries plus larges sont nécessaires pour établir une meilleure corrélation entre les signes trichoscopiques et le pronostic de la maladie.

Une macrocheilite révélatrice d'un mycosis fongoïde

Dr El Bakkali meryem, Pr O El Jouari, Dr I Snoussi, Dr K Bennani, Pr S Guallouj
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Tanger

Introduction :

Le mycosis fongoïde (MF), le type le plus courant de lymphome cutané à cellules T. Une atteinte muqueuse spécifique, au cours du mycosis fongoïde, est possible mais reste rarement rapportée. Dans la grande majorité des cas, une seule muqueuse est touchée, en général la muqueuse buccale. Il s'agit le plus souvent d'un marqueur de pronostic défavorable.

Nous rapportons le cas d'un patient présentant une atteinte de la lèvre supérieure et des ulcérations de la muqueuse buccale précédant l'atteinte cutanée d'un mycosis fongoïde.

Observation :

Patient de 73 ans sans antécédents qui a présenté depuis 9 mois une tuméfaction labiale sup ainsi que des lésions de la muqueuse buccale associée à une dysphagie au solide puis installation d'une dysphonie.

L'évolution a été marquée par l'apparition après 4 mois de multiples lésions cutanées rougeâtres, non prurigineuses, indolores, localisées essentiellement au niveau du tronc. L'évolution a été rapide sur quelques semaines marquée par l'augmentation de la taille des lésions préexistantes et apparition de nouvelles lésions au niveau du dos, fesses, et des membres supérieur et inférieur. Ce qui a poussé le médecin ORL à référer le patient pour un avis spécialisé en dermatologie.

L'examen clinique avait trouvé un patient conscient stable sur le plan HD et respiratoire, qui présente de multiples lésions maculo papuleuses certaines confluent en plaque et de localisation diffuse : érythémateuses, infiltrées et surmontées de fines squames jaunâtres et d'autres de croûte brunâtre. L'examen objectif également la présence d'une macrochéilite de la lèvre supérieure associée à une atteinte de la muqueuse buccale : présence d'une langue plicaturée, des érosions et leucoplasie.

La biopsie cutanée avec étude immunohistochimique a confirmé le diagnostic d'un mycosis fongoïde avec un pilotropisme modéré sans mucinose visible.

La biopsie de la muqueuse buccale montre une infiltration dense et diffuse dermohypodermique avec épidermotropisme marqué par un processus lymphomateux à grandes cellules.

Pet scann : hypermétabolisme intense de la région labiale supérieure associé à un hypermétabolisme cutané multiple et un hypermétabolisme bilatérale pulmonaire.

Le patient a été adressé au service d'hématologie et mis sous chimiothérapie avec une nette amélioration des lésions cutanées et pulmonaires.

Discussion :

En tant que "grand imitateur", MF est connu pour l'éventail des formes qu'il peut prendre. Bien qu'il se présente classiquement avec des macules, des plaques et des tumeurs de la

peau, accentuées dans les régions protégées du soleil, Le MF peut prendre des formes cliniques multiples parfois surprenantes.

L'atteinte de la muqueuse buccale par le MF est cependant très rare, avec environ 60 cas rapportés dans la littérature. L'atteinte cutanée précède souvent de plusieurs années l'atteinte muqueuse. Lorsqu'il affecte la muqueuse buccale, le MF semble se localiser préférentiellement sur la langue, le palais et la gencive, avec seulement une atteinte rare de la lèvre supérieure.

La prise en charge du MF au stade précoce consiste principalement en l'administration de corticostéroïdes topiques, de moutarde azotée topique, de rétinoïdes topiques, d'une radiothérapie locale ou d'une photochimiothérapie. Les cas réfractaires aux thérapies topiques ou les stades avancés avec atteinte viscérale nécessitent généralement une chimiothérapie avec ou sans rétinoïdes systémiques adjuvants. L'atteinte muqueuse est traitée généralement par radiothérapie ou chimiothérapie.

Conclusion :

La reconnaissance d'un MF de la muqueuse buccale est importante non seulement pour le challenge diagnostique et thérapeutique qu'il pose mais aussi pour son pronostic répertorié mauvais dans la littérature.

Notre cas ajoute à la littérature une localisation particulière au niveau de la muqueuse orale qui a précédé l'atteinte cutanée d'un MF.

Une sarcoïdose systémique associée à un mycosis fongoïde : un cas

N. Damou, C. Ben Mohand, H. Sahel
Service de dermatologie CHU Bab El Oued Alger

Introduction : L'association d'une sarcoïdose à un mycosis fongoïde (MF) a été rarement rapportée dans la littérature. Le risque plus élevé de lymphoproliférations malignes au cours de la sarcoïdose suggère que cette association n'est pas fortuite. Nous rapportons un cas.

Observation : Un patient de 34 ans, aux antécédents d'une sarcoïdose pulmonaire stade III sous corticoïdes (0,5mg/kg/j) et méthotrexate (15mg/semaine) depuis 4 ans , consultait pour des lésions poikilodermiques prurigineuses du ventre et des membres inférieurs évoluant depuis 2 ans. L'examen extra-dermatologique retrouvait des adénopathies cervicales ainsi qu'une hépatosplénomégalie. Bilan standard : une lymphopénie 970/mm³, des CPK 239 mcg/l. Radiographie du thorax : des adénopathies médiastinales ainsi qu'un syndrome interstitiel. Biopsie cutanée : un infiltrat lymphocytaire sans granulome avec un immunomarquage compatible avec le diagnostic d'un MF.

Discussion : En 1986, l'association de la sarcoïdose systémique à des lymphomes cutanés a été décrite pour la première fois par Brinker et le terme de « syndrome sarcoïdose-lymphome » a été utilisé. Depuis, de nombreux cas ont été publiés suggérant une relation non aléatoire entre ces deux entités. Une méta-analyse menée par Bonifazi et al. a permis de conclure que les patients atteints de sarcoïdose présentaient un risque plus élevé de lymphomes cutanés et extra-cutanés. Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer cette association. La sarcoïdose est une maladie inflammatoire qui s'accompagne d'un dysfonctionnement immunitaire. Au cours de cette maladie, on retrouve une baisse de l'activité des lymphocytes T CD8 cytotoxiques et une production insuffisante de certaines cytokines (IL- 6 , TNF alpha , TGF beta) ce qui pourrait expliquer le risque plus élevé d'apparition de lymphomes dans cette population. Il existe également une augmentation de l'activité mitotique des lymphocytes au niveau des tissus, ce qui expliquerait le risque de transformation maligne. Il n'existe actuellement aucune étude sur l'association de la sarcoïdose au MF, mais les données que nous venons de citer suggèrent qu'il s'agit d'une association non fortuite.

Conclusion : L'association entre sarcoïdoses et MF n'a jamais été rapportée. Elle pourrait être expliquée par le dysfonctionnement immunitaire observé au cours de la sarcoïdose.

efficacité et la tolérance de la gemcitabine en monothérapie dans le traitement du mycosis fongoïde tumoral : à propos de notre expérience tunisienne et une revue de la littérature. Chaima Massaoudi, Nourreddine Litaiem, Ines Chabchoub, Soumaya Gara, Mariem Jones, Faten Zeglouli Service de Dermatologie de l'hôpital Charles Nicolle Introduction : La chimiothérapie est généralement réservée aux patients ayant un mycosis fongoïde (MF) à un stade avancé ou réfractaire en raison de ses fréquents effets indésirables et de son effet limité sur la survie. De nombreux agents chimiothérapeutiques ont fait la preuve de leur efficacité. Cependant, aucun n'a prouvé sa supériorité. Ces agents peuvent être utilisés en association ou encore en monothérapie dans le but de réduire la toxicité Nous rapportons le cas d'une patiente dont le mycosis fongoïde à un stade avancé n'a pas été suffisamment contrôlé par un traitement immunosuppresseur antérieur

et qui a répondu à un traitement par la gemcitabine. Observation : Une patiente âgée de 20 ans présentait une plaque érythémato-squameuse de la joue gauche évoluant rapidement vers une tumeur tissulaire de couleur rose violacée. Au décours de l'évolution et lors de la découverte d'une grossesse à 6 semaines, la patiente avait une aggravation progressive de sa maladie avec l'installation de multiples plaques érythémato-squameuses d'extension centrifuge devenues annulaires, et centrées par des nodules tissulaires de taille différente prédominant au niveau du cou, du tronc et des faces internes des cuisses. L'examen anatomopathologique révélait la présence d'une acanthose psoriasiforme modérée irrégulière avec de rares lymphocytes épars intra épidermiques et un infiltrat lymphoïde dense superficiel et profond péri vasculaire et périfolliculaires de petites cellules avec une image de folliculotropisme et absence de contingent de grandes cellules. L'immunomarquage mettait en évidence une population lymphoïde dermique et intraépidermique CD 3 et CD4 (+). La patiente était perdue de vue et elle nous a reconsulté à 2 mois du post partum pour une apparition de nouvelles plaques avec la notion d'une régression spontanée des plaques et des tumeurs en post partum immédiat. La patiente a été mise sous méthotrexate avec une extension continue des plaques du mycosis fongoïde ainsi que l'apparition de nouvelles plaques. L'examen anatomopathologique d'une adénopathie ganglionnaire axillaire découverte à l'examen clinique révélait la présence d'une localisation ganglionnaire partielle du mycosis fongoïde. L'immunophénotypage par cytométrie en flux montrait une population lymphoïde dans les proportions normales avec absence de prolifération clonale évidente. La patiente a été mise sous des cures hebdomadaire de Gemcitabine à la dose de 1000 mg/m² après avoir fait une congélation des ovocytes. Une neutropénie transitoire à 800 était notée. L'évolution après 6 cures était marquée par une régression complète des lésions et l'absence d'apparition de nouvelles lésions avec un recul de 4 mois. Une allogreffe est actuellement prévue. Discussion : La gemcitabine est un antimétabolite de la famille des pyrimidines, qui inhibe la synthèse de l'ADN. En monothérapie, la gemcitabine est rapportée être efficace en monothérapie chez les patients atteints de MF à un stade avancé ou réfractaire. Deux études de phase II portant sur l'efficacité de la gemcitabine en monothérapie (1 000-1 200 mg/m² les jours 1, 8 et 15 d'un cycle de 28 jours) dans le traitement du MF réfractaire ou récidivant ont rapporté des taux de réponse de 68 à 70,5 %. Une rémission complète a été observée dans 12-24 % des cas. Une autre étude a rapporté une réponse partielle de 23 à 29 mois chez 3 des 4 patients atteints d'un MF avancé n'ayant pas répondu aux précédentes combinaisons de PUVA, de fludarabine et d'interféron et de CHOP. Les toxicités associées à la gemcitabine en monothérapie ont été similaires au cours des différentes études. La myélosuppression de grade 1-3 de l'OMS étant l'effet indésirable le plus fréquemment rapporté. Dans notre cas, une neutropénie transitoire bien tolérée a été notée. Une hépatotoxicité réversible et une neutropénie fébrile ont été rapportées au cours de 2 études. Des toxicités plus rares ont été signalées, notamment une alopécie, des nausées et vomissements, une pneumonie et une hyperpigmentation cutanée. Cette observation tire son intérêt de l'efficacité et la bonne tolérance de la gemcitabine en monothérapie dans le traitement d'un MF tumoral et à notre connaissance il s'agit de la première observation tunisienne avec une rémission de 4 mois. Conclusion : La gemcitabine a récemment attiré l'attention en tant qu'agent prometteur pour le traitement du MF avancé ou réfractaire, non seulement en raison de son efficacité rapportée, mais aussi de son profil attrayant de faible toxicité et de son calendrier d'administration facile permettant ainsi d'obtenir une guérison durable

Lymphome à cellules du manteau cutané primitif : Une observation rare.

A. Abbour - FZ. Elfatoiki - H. Skalli - F. Hali - S. Chiheb.

Introduction :

Le lymphome à cellules du manteau (LCM) est un lymphome non Hodgkinien à cellules B matures caractérisé par une prolifération incontrôlée de cellules lymphoïdes dans la zone du manteau au niveau ganglionnaire. Cependant, l'atteinte cutanée du LCM est rare et la plupart des cas sont dus à une dissémination cutanée secondaire. Le LCM cutané primitif est encore plus rare. Nous rapportons un cas rare de LCM cutané primitif.

Rapport de cas :

Une femme de 65 ans, adressée à notre service pour des lésions érythémateuses infiltrées au niveau de tout le visage, ainsi qu'une légère hyperpigmentation en péri-orbitaire. L'examen physique a objectivé des lésions érythémateuses maculo-papuleuses au niveau du visage, oreilles et cou associées à une hyperpigmentation. Une biopsie cutanée a été réalisée et a révélé une prolifération lymphoïde avec une immunohistochimie en faveur d'un lymphome à cellules du manteau. Le reste du bilan était sans particularités à savoir : L'hémogramme, la tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne et la biopsie ostéo-médullaire. Sur la base des données histologiques et immunohistochimiques, le diagnostic de LCM cutané primitif a été retenu. La patiente a été mise sous chimiothérapie avec bonne évolution.

Discussion :

L'atteinte cutanée dans le LCM a été décrite dans plusieurs cas, alors que le LCM cutané primitif n'a été rapporté qu'exceptionnellement. L'atteinte cutanée est décrite dans 17% des cas au stade IV.

Pour diagnostiquer correctement un LCM cutané primitif, il faut s'assurer qu'il n'y ait aucune autre localisation, et ces cas nécessitent un suivi étroit pour surveiller l'évolution possible vers une maladie systémique ainsi que pour traiter les rechutes de la maladie cutanée. Un diagnostic correct est crucial pour le traitement clinique et le pronostic. Le pronostic du LCM cutané primitif est relativement favorable, et les options thérapeutiques doivent être adaptées à l'état clinique du patient

Bien que la chimiothérapie systémique soit le traitement standard de la LCM, la thérapie de choix pour le LCM cutané primitif est difficile à confirmer car cette maladie n'a pas été rapportée fréquemment ; on ne sait donc pas si le traitement standard de la maladie systémique peut être appliqué à une manifestation localisée avec la radiothérapie ou la chirurgie qui ont déjà donné d'excellents résultats.

Conclusion :

Il est important de se rappeler que l'atteinte cutanée peut être la première ou la seule manifestation du LCM et que le dermatologue peut être le médecin de première ligne pour établir le diagnostic.

Syndrome lymphoprolifératif cutané primaire à grandes cellules CD30+ : une entité rare de lymphome cutané

E. B.M. Keby Da Costa, E. El Bakali, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira

Service de Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Université Mohammed V, Rabat

Introduction

Les lymphomes cutanés primitifs sont des proliférations lymphocytaires malignes strictement localisées à la peau, sans extension extra cutanée initiale. Ils regroupent les lymphomes cutanés de type mycosis fongoïde et syndrome de Sézary et d'autres lymphomes pour la plupart non épidermotropes, d'origine lymphocytaire T ou B. Les lymphomes T cutanés épidermotropes de type mycosis fongoïde/syndrome de Sézary représentent plus de la moitié des lymphomes cutanés primitifs, devant le groupe des lymphoproliférations cutanées T CD30+. La transformation est définie histologiquement par la présence dans l'infiltrat cutané de plus de 25 % de grandes cellules et coïncide souvent (mais pas systématiquement) avec une évolution clinique de la maladie et l'apparition de lésions tumorales ou d'une érythrodermie. Le diagnostic est clinique, confirmé par l'histologie, immunophénotypage lymphocytaire et la biologie moléculaire.

Observation

Patiente de 67 ans, ayant comme antécédents une dysthyroïdie sous Levothyrox. Elle s'est présentée à notre service pour un nodule d'allure tumorale. Le début remonte à 05 mois par apparition de petit nodule rouge sus claviculaire droit d'évolution progressive et prurigineuse. L'examen dermatologique a objectivé la présence, chez une femme en bonne santé, de plaque érythémato-squameuse de 07 cm de diamètres centrée par un nodule rouge bourgeonnement de 3,5 cm indolore, au niveau sus claviculaire droit, et une autre plaque érythémato-squameuse de 04 cm de diamètres centre par nodule de 1 cm au niveau de mollet droit. Des explorations biologiques ont été réalisées, et n'ont pas montré de perturbations, rénales, hépatiques, ou du métabolisme glucidique. L'hémogramme avec frottis, a objectivé la présence de cellules de Sézary <3%. L'étude histologique d'une biopsie cutanée a montré une lympho-prolifération T cutané et le profil immunohistochimique a montré que l'infiltrat dermique et épidermique est de phénotype T, qui exprime fortement le CD3 avec présence d'un épidermotropisme dans le derme. Il y a une proportion plus importante de cellules CD4+ par rapport aux CD8+. Le CD30 est exprimé uniquement par les cellules de grande taille en regard de l'ulcération. L'étude histologique de biopsie cutanée et immunohistochimie nous a permis de retenir le diagnostic de mycosis fongoïde transformé en lymphome T à grandes cellules CD30+. Le patient a été mis sous chimiothérapie après un bilan d'extension qui a objectivé des localisations ganglionnaires axillaire droite au TEP scan.

Discussion

Le mycosis fongoïde et le syndrome de Sézary sont des lymphomes T primitive cutanés clairement reconnus et identifiés au sein de l'ensemble des lymphomes dans la classification OMS-EORTEC 2019. Le diagnostic est évoqué cliniquement dans la très grande majorité des cas et la biopsie cutanée confirme le diagnostic. Le stade du lymphome est précisé par la classification TNMB pour orienter l'attitude thérapeutique et le pronostic. La transformation survient en moyenne cinq ans après le début du mycosis

fongoïde avec une médiane de survie de 22 mois, témoignant d'une aggravation sévère du pronostic, ce n'était pas le cas de notre patiente qui a subi une transformation en moins de six mois.

Conclusion

La présence de grandes cellules exprimant le CD30 pourrait être considéré comme un marqueur de transformation du mycosis fongoïde. Néanmoins, elles peuvent aussi être observées dans de nombreuses pathologies cutanées inflammatoires ou infectieuses, d'où l'intérêt des confrontations anatomo-cliniques

Lymphome anaplasique T à grandes cellules systémique : à propos d'une observation

A.Ben Samir¹, M.Tabka¹, A.Souissi¹, I.Chelly², S.Haouet², M.Mokni¹

Service de dermatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie¹

Service d'anatomopathologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie²

Introduction

Le lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC) est un lymphome non hodgkinien à cellules T périphériques CD30+. La classification de L'OMS distingue 4 groupes de LAGC: les LAGC systémique ALK-positif, les LAGC systémiques ALK-négatif, les LAGC primitifs cutanés et les LAGC associés aux implants mammaires.

Nous rapportons un cas de LAGC systémique ALK-négatif.

Observation

Un homme de 59 ans, tabagique, aux antécédents d'hypertension artérielle et de diabète, consultait pour de multiples papulonodules cutanés d'apparition récente. L'examen dermatologique objectivait de multiples nodules et plaques infiltrés dont certains sont ulcérés. Les lésions intéressaient la région sous mandibulaire gauche, le flanc gauche, le pubis, les plis inguinaux et les cuisses. Une tuméfaction sous-cutanée sous-mentonnière ferme était également objectivée. Le reste de l'examen somatique trouvait un état général conservé et une adénopathie latéro-cervicale droite de 2 cm de grand axe, ovalaire, non inflammatoire et fixe par rapport au plan profond. L'étude anatomopathologique d'un nodule cutané montrait une infiltration dermique dense faite de lymphocytes de taille moyenne à grande sans épidermotropisme, exprimant le CD3 et CD30 et négatifs pour l'ALK. Cet infiltrat était également objectivé au niveau de la biopsie ganglionnaire, faisant retenir le diagnostic d'un LAGC systémique ALK-négatif. Le scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien, réalisé dans le cadre du bilan d'extension, montrait de multiples adénomégalies sus et sous-diaphragmatiques. Le patient avait reçu six cures de chimiothérapie par CHOEP (cyclophosphamide-doxorubicin-vincristine-etoposide-prednisone) avec régression complète de toutes les lésions cutanées à la fin du traitement.

Discussion

Le LAGC systémique ALK- négatif est rare et représente seulement 15-20% de tous les LAGC systémiques. Il serait plus fréquent chez les patients âgés, contrairement au LAGC systémique ALK-positif qui atteint préférentiellement les sujets jeunes. Cliniquement, le LAGC systémique peut se présenter sous forme de papulonodules ou de plaques ulcérées, solitaires ou disséminées, tout comme le LAGC primitif cutané. Sur la biopsie, les deux présentent le même aspect morphologique et immunohistochimique. L'expression d'ALK1 dans un infiltrat anaplasique CD30 cutané est en faveur d'un lymphome systémique CD30+. Cependant, l'absence d'expression d'ALK1 ne permet pas d'éliminer ce diagnostic. Dans ces situations, le bilan d'extension extracutané permet à lui seul de distinguer un LAGC systémique ALK- négatif avec atteinte cutanée d'un un LAGC primitif cutané. Les LAGC systémiques ALK-négatif sont de mauvais pronostic avec un taux de survie à 5 ans de 15 à 45% contre 70 à100% pour les LAGC systémiques ALK-positif. L'attitude thérapeutique le plus couramment adoptée pour les LAGC systémiques est la polychimiothérapie (CHOP).

Syndrome lymphoprolifératif cutané primaire à petites/moyennes cellules T CD4+: une entité rare et provisoire de lymphome cutané

E. El bakali, F. El guennouni, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira

Service de dermatologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, université Mohammed V, Rabat

Introduction :

Le syndrome lymphoprolifératif cutané primaire à petites/moyennes cellules T CD4+ (PCSM-TCLD CD4+) est une entité rare et provisoire depuis 2005. Auparavant, il était considéré comme un lymphome cutané à cellules T jusqu'en 2016. Il se caractérise par une prédominance de cellules T CD4+ pléomorphes de taille petite à moyenne. Nous rapportons un cas de syndrome lymphoprolifératif cutané primaire à petites/moyennes cellules T CD4+ sous forme d'un nodule du visage.

Observation clinique :

Une patiente âgée de 50 ans, sans antécédent notable. Elle se présentait pour une lésion nodulaire du visage, indolore et peu prurigineuse, évoluant depuis 2 mois, sans amélioration sous traitements topiques (dermocorticoïde, antifongique et antibiotique). A l'examen, présence d'une seule lésion nodulaire érythémateuse arrondie, de consistance ferme, de 2 × 2,5 cm de diamètre, localisée au niveau du menton. Elle n'y avait pas des symptômes systémiques ni des adénopathies palpables. L'étude histologique montrait un revêtement cutané surmonté d'une couche cornée orthokératosique avec un épiderme mince discrètement papillomateux. Le derme est siège d'un infiltrat lymphocytaire atypique et diffus infiltrant le derme, et atteignant la couche sous cutanée et impliquant le tissu périvasculaire. L'étude immunohistochimique montrait une prédominance des cellules TCD3+ avec immunopositivité CD4+ et présence de quelques cellules TCD8+, sans expression du CD20. Cet aspect était en faveur d'une lympho-prolifération cutanée primitive CD4+ à petites/moyennes cellules T. Sur le plan paraclinique, les bilans biologiques étaient normaux. La tomodensitométrie cervico-thoraco-abdomino-pelvienne était revenue sans anomalie. L'évolution a été marquée par une régression spontanée du nodule après la biopsie cutanée. Aucune récurrence n'a été observée au cours d'un suivi de 12 mois.

Discussion :

Le syndrome lymphoprolifératif cutané primaire à petites/moyennes cellules T CD4-positives est une maladie rare qui représente environ 2 à 3 % des lymphomes cutanés. L'âge médian au moment du diagnostic est de 51-53 ans, avec une légère prédominance masculine. La plupart des cas se présentent sous la forme d'un nodule, d'une plaque ou d'une tumeur solitaire asymptomatique, le plus souvent dans la région de la tête ou du cou. Cette affection est d'excellent pronostic, surtout en présence de lésions solitaires. En outre, elle se caractérise par un comportement clinique indolent et sa récurrence locale est rare. Sur le plan histologique, il se caractérise par un infiltrat dense de cellules T (CD4+, CD3+, CD8- et CD30-) principalement localisé dans le derme. Les grandes cellules pléomorphes ne dépassent pas 30 %, et l'épidermotropisme ou le folliculotropisme ne sont pas significatifs. Les cellules T CD4+ sont de taille petite à moyenne avec des noyaux pléomorphes qui sont le type cellulaire prédominant dans un infiltrat réactif mixte de petites cellules T CD8+, de cellules B, d'histiocytes et de cellules plasmiques. Le traitement optimal de cette affection n'a pas été établi. L'approche conservatrice est une option, car des cas de résolution spontanée après biopsie ont été rapportés. Pour les patients présentant des lésions persistantes, les choix de traitement préférés incluent les stéroïdes topiques ou intralésionnels, l'excision chirurgicale et la radiothérapie à faible dose. La doxycycline représente une alternative thérapeutique.

Conclusion :

Le syndrome lymphoprolifératif cutané primaire à cellules T CD4+ petites/moyennes est une entité rare et provisoire de lymphome cutané, associée à un pronostic favorable.

Un cas déroutant de lymphome cutané primitif anaplasique à grandes cellules de phénotype T/ALK- de présentation atypique chez un enfant

F. Benhayoun¹, F. Hali¹, F. Marnissi², S. Chiheb¹

¹Service de dermatologie et vénéréologie, Chu Ibn Rochd Casablanca

²Service d'anatomie-pathologique, Chu Ibn Rochd Casablanca

Introduction

Le lymphome anaplasique à grandes cellules est un lymphome non hodgkinien à cellules T CD30+. Il comporte 2 entités distinctes : le cutané primitif (PC-ALCL) qui est rare et ne présente pas d'atteinte systémique, et le systémique (S-ALCL). Le PC-ALCL est très rare chez l'enfant au dépend du S-ALCL. Nous rapportons un cas rare de PC-ALCL chez un enfant.

Observation

Patiente de 11 ans, ayant comme ATCD une maladie de Crohn chez la mère, qui présente depuis 3 mois 3 lésions nodulaires qui ont fistulisées à la peau au niveau de l'avant-bras gauche et cuisse droite, avec ADP axillaire gauche évoluant dans un contexte d'AEG, de fièvre et de sueurs nocturnes.

Devant l'aspect de gomme on a évoqué en 1^e l'origine infectieuse notamment la gomme tuberculeuse, leishmaniose, puis l'origine inflammatoire notamment la panniculite des maladies auto-immune (crohn, lupus), et en dernier l'origine tumorale notamment un lymphome cutané T ou une métastase cutanée. Le bilan biologique a objectivé une anémie inflammatoire, LDH était normale. Une biopsie cutanée à 3 fragments a été réalisé. L'histologie est revenue en faveur d'une dermo-hypodermite granulomateuse polymorphe. La recherche de BK et de leishmaniose sur biopsie cutanée était négative. La Calprotectine fécale était négative ainsi que le bilan immunologique. Un bilan de déficit immunitaire a été réalisé revenant sans anomalies.

L'évolution après 1 mois était marquée par l'aggravation des lésions au niveau de l'avant-bras qui sont devenues tumorales. Une 2^e biopsie a été réalisé en faveur d'un lymphome anaplasique à grandes cellules de phénotype T/ ALK-. Le bilan d'extension a objectivé de multiples ADP nécrosées au niveau axillaire gauche. La patiente a été classée T3N1M0, puis fut adressée en hématologie clinique pour chimiothérapie à base d'anthracyclines, étoposide, ifosfamide, cyclophosphamide, doxorubicine, methotrexate, et cytarabine. L'évolution fut marquée par la régression des lésions avec cicatrisation complète. Nous avons un recul de 10 mois sans signe de récurrence ni de systématisation.

Discussion et conclusion

L'intérêt de l'observation réside dans la rareté de cette entité clinique surtout chez les enfants, qui pose un challenge diagnostique nécessitant une confrontation clinico-anatomopathologique.

Il est impératif de différencier le PC-ALCL du S-ALCL avec métas cutanée car leur pronostic et traitement sont complètement différents. Le Pronostic est le plus souvent favorable. L'âge de présentation est d'environ 60ans. Il est très rare chez l'enfant au dépend du S-ALCL. Le principal facteur de risque est le terrain d'immunodépression qu'on n'a éliminé chez notre patiente. Cliniquement, chez l'enfant comme chez l'adulte, l'atteinte cutanée est peu spécifique pouvant être à l'origine d'un retard diagnostique. L'évolution peut être rapidement progressif simulant un lymphome agressif. Parfois on peut noter la présence d'ADP locorégional surtout si localisation au niveau des membres. Les signes généraux peuvent être présents si atteinte extra cutanée. Le traitement peut aller de la simple excision chirurgicale jusqu'à la chimiothérapie agressive selon la présentation clinique. Le pronostic est généralement favorable.

Un cas de lymphoprolifération cutanée primitive T non classable de caractéristiques phénotypiques atypiques localisée au niveau du visage

F. BENHAYOUN, F. HALI, S. CHIHEB

Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

Les syndromes lymphoprolifératifs T cutanés primitifs (CTCL) difficiles à classer ou d'entités provisoires comportent le CTCL épidermotrope CD8+ agressif, le CTCL à cellules $\gamma\delta$, le CTCL pléomorphe à petites et moyennes cellules CD4+, et les CTCL périphériques inclassables. Nous rapportons un cas de CTCL non classable de caractéristiques phénotypiques atypiques localisée au niveau du visage.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 49 ans, de phototype 5, chauffeur de profession avec notion d'exposition au fuel, qui présente deux placards papulo-nodulaires violacés intéressant la région temporale et malaire droite, ainsi que la joue gauche, avec une dépilation en regard des lésions. On a évoqué une sarcoïdose, un lupus tumidus, un Jessner Kanof, un pseudo-lymphome ou un lymphome. La biopsie cutanée a objectivé une lymphoprolifération T CD4+ à cellules petites et moyennes. Le bilan d'extension était sans anomalie. Le patient a été mis sous doxymycine et dermocorticoïde sans amélioration. Une 2^e biopsie cutanée a été réalisée objectivant un infiltrat lymphoïde T CD4+ avec pilotropisme et épidermotropisme basal faisant discuter un mycosis fongoïde (MF) pilotrope. Le patient a été mis sous méthotrexate sans amélioration. L'évolution fut marquée par l'apparition d'une ulcération au niveau du placard papulo-nodulaire de la joue droite avec issue de pus et l'apparition d'adénopathies cervicales bilatérales. Une 3^e biopsie cutanée a été réalisée objectivant un épiderme ulcéré, avec des microabcès dans la couche cornée, et un infiltrat du derme lymphocytaire diffus en nappes, avec présence de lymphocytes atypiques, ainsi qu'un épidermotropisme et pilotropisme. L'IHC montre une prolifération lymphoïde CD3+, CD4+/CD8-, CD30-, TFH-. L'étude de clonalité était en faveur d'un CTCL difficile à classer. La biopsie ganglionnaire et le reste du bilan d'extension étaient sans anomalies. Le patient a reçu 8 injections d'interféron pegylé mais sans amélioration. En suite la décision, en concertation avec les hématologues, a été de démarrer gemcitabine dont il a reçu 4 cures sans amélioration. Une corticothérapie orale a été ajoutée ensuite à la gemcitabine avec une très bonne amélioration et désinfiltration des lésions. La cicatrisation des lésions s'est faite en grains de milium.

Discussion :

L'intérêt de cette observation est de rapporter un cas de syndrome lymphoprolifératif cutané primitif T non classable qui nous a posé un challenge diagnostique du fait de ses caractéristiques phénotypiques atypiques.

La présence d'un profil CD4+ chez notre patient aurait pu faire discuter le CTCL à petites et moyennes cellules CD4+ mais TFH était négatif. Il s'agit de plaques, papules ou nodules, souvent uniques, situées sur l'extrémité céphalique. A l'histologie on trouve

un infiltrat lymphocytaire fait de lymphocytes de petites tailles associés à des lymphocytes atypiques de taille moyenne à grande, avec epidermotropisme dans ¼ des cas. Une extension péri-annexielle peut être observée, pouvant s'accompagner d'une destruction des follicules pileux en cas de folliculotropisme, ce qui pourrait expliquer peut être le folliculotropisme chez notre patient ainsi que la cicatrisation en grains de milium. Les lymphocytes expriment de façon significative des marqueurs TFH. La notion d'un facteur déclenchant n'est que rarement rapportée (piqûre d'insecte, exposition au soleil chez notre patient ?).

Le traitement n'est toutefois pas codifié, mais un traitement localisé et peu agressif doit être privilégié. La régression complète est la règle avec un faible risque de récurrence.

La réponse thérapeutique chez notre patient nous laisse encore perplexe quant au diagnostic vu la résistance aux différents traitements administrés, et l'amélioration sous corticothérapie.

L'hypothèse d'un CTCL acral est peu vraisemblable compte-tenu du profil CD4+/CD8-. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un CTCL épidermotrope ou d'une lymphoprolifération cutanée CD30+.

Tumeur ulcéro-bourgeonnante pré-tragienne

I.LAKHAL (1) ; I.ZOUINE(1) ; S. MHAIMER(1) ; O ; HALLOUMI(2) ; D.COMPOS (3);
S.FARES(2) ; R. CHAKIRI (1)

(1) Service de Dermatologie CHU Souss Massa, Agadir, Maroc

(2) Service d'hématologie CHU Souss Massa, Agadir, Maroc

(3) Cabinet de dermatologie et vénéréologie Dr Compos Dominique, Agadir, Maroc

Introduction :

Les lymphomes B cutanés primitifs sont par définition limités à la peau au moment du diagnostic. La plupart restent localisés à la peau au cours de leur évolution et nécessitent des traitements peu agressifs. Il est essentiel de les distinguer des lymphomes B systémiques avec une atteinte cutanée secondaire, puisque le pronostic et la prise en charge diffèrent considérablement .

Nous rapportons un cas d'un patient atteint d'un lymphome B cutané au niveau pré-tragien droit.

Observation :

Patient de 65 ans, tabagique et alcoolique chronique . Il a été admis dans notre formation pour prise en charge d'une lésion ulcéro-bourgeonnante pré-tragienne droite douloureuse apparue depuis 1 an sans autres signes associés.

L'examen clinique trouvait un patient en bon état général avec à l'examen de la peau une tumeur ulcéro-bourgeonnante dure , infiltrée, surinfectée , saignante au contact , érythémato-violacée , de contours réguliers de la région pré tragienne droite , mobile par rapport au plan profond mesurant presque 7cm de grand axe. L'examen dermoscopique a objectivé une vascularisation polymorphe et télangiectasie et un fond jaune orangé.

Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

L'histologie des lésions orientait vers un lymphome B centrofolliculaire (CD10- ; MUM1 < 75% des cellules) avec une détection d'une translocation de Bcl2.

Le bilan biologique était normal. La TDM parotidienne a montré processus tissulaire infiltrant par contiguïté le lobe superficiel de la parotide et le tragus avec des adénopathies intra parotidienne et des territoires IIa des deux côtés.

La biopsie ostéo-médullaire était normale.

La TDM C-TAP a objectivé des lésions hépatiques d'allure secondaire.

Le traitement qui a été adopté pour le patient était le protocole de chimiothérapie R-CHOP.

Discussion :

Le lymphome B cutané primitif centrofolliculaire (LBCPCF) décrit chez notre patient , se manifeste par des papules uniques ou groupées, des plaques ou des nodules érythémato-violacés. Les lésions se localisent essentiellement sur la tête et le cou ainsi

que le tronc. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 60 ans. Le taux de survie à cinq ans est de 95%.

En absence de traitement, les lésions des lymphomes B cutanés primitifs (LBCP) ont tendance à croître progressivement, bien qu'il puisse arriver dans de rares cas qu'elles restent stables ou régressent spontanément. Une dissémination à des sites situés en dehors de la peau survient chez environ 5 à 10% des patients comme notre patient qui avait consulté à un stade avancé. En revanche, lorsque les LBCP se localisent exceptionnellement aux jambes, cela est considéré comme un facteur de mauvais pronostic, avec un taux de survie à cinq ans de 41%.

Dans certains cas, les lymphomes B cutanés primitifs centrofolliculaires peuvent évoluer rapidement et se transformer en lymphome B à grandes cellules. Il est donc important de ne pas hésiter à effectuer de nouvelles biopsies cutanées si le tableau clinique évolue.

A l'histologie, des grandes cellules à noyau encoché, les centroblastes, accompagnées de centrocytes dans un infiltrat diffus ou nodulaire dense de petits lymphocytes réactifs parlent en faveur d'un lymphome B cutané primitif centrofolliculaire. Quand les grandes cellules prédominent dans cet infiltrat, il peut être difficile de distinguer le lymphome B cutané primitif centrofolliculaire à grandes cellules du lymphome B cutané à grandes cellules, de type membre inférieur.

En immunohistochimie, dans le LBCPCF, les cellules du centre folliculaire expriment généralement le bcl-6 et le CD10 mais sont le plus souvent négatives pour le bcl-2. La positivité du bcl-2 dans un LBCPCF est hautement suggestive de la nature tumorale de l'infiltrat.

Un bilan d'extension doit être effectué au moment du diagnostic, afin de différencier un lymphome B primitivement cutané d'un lymphome B systémique avec atteinte cutanée secondaire.

En cas de lymphomes cutanés indolents pauci-lésionnels, la radiothérapie (30 Gy et marges d'irradiation de 1-1,5 cm), est le traitement de choix. Dans le LBCPCF, les polychimiothérapies sont réservées aux rares formes progressives échappant aux autres traitements, aux cas avec progression extracutanée, ou aux formes étendues localisées aux membres inférieurs.

Les récurrences après traitement sont fréquentes (46,5%). Néanmoins, ces récurrences sont généralement limitées à la peau et n'affectent pas le pronostic.

Conclusion :

La positivité pour CD10 et BCL2 et la présence de t(14, 18) sont plus fréquentes en cas d'atteinte cutanée secondaire par un lymphome folliculaire systémique que dans le lymphome B centrofolliculaire d'où l'intérêt d'une imagerie (CT-scan ou PET-CT thoraco-abdomino-pelvien et cervical en cas de lésions cutanées de la tête ou du cou). L'indication à une biopsie de moelle doit être discutée de cas en cas.

Un lymphome B centrofolliculaire cutané primitif avec un profil immunohistochimique BCL2 +

L. Iberraken , C. Ben mohand , H.Sahel
Service de dermatologie CHU Bab El Oued Alger

Introduction :

L'atteinte cutanée au cours du lymphome B folliculaire peut être primitive ou secondaire à une atteinte systémique. Il est important de distinguer entre les deux car leur prise en charge et leur pronostic différent. Nous rapportons un LBFC se traduisant d'abord par des lésions cutanées et dont l'évolution, le bilan d'extension et le profil immunohistochimique BCL2+ ont permis de le classer en LBFC primitivement cutané et qui deux mois plus tard a présenté une dissémination extra-cutanée ganglionnaire.

Observation :

Un patient âgé de 50 ans, présentait depuis un an et demi des papulo-nodules érythémateux confluents en plaques fixes de 15cm, et non prurigineuses de la région latéro-dorsale droite. Les aires ganglionnaires étaient libres. L'examen histologique de la biopsie cutanée retrouvait une prolifération lymphomateuse à grandes cellules et la formation de centres germinatifs. L'étude immunophénotypique montrait une positivité des marqueurs de phénotype B CD20+ , un marquage du bcl-6 dans les cellules des centres folliculaires et une positivité diffuse pour le bcl-2 ainsi que le CD10. Le marqueur de prolifération ki67 était estimé à 70%. L'histologie et le profil immunohistochimique étaient compatibles avec un LBFC. Néanmoins, la positivité du bcl2 était inhabituelle. Le bilan d'extension était normal. deux mois après, un PET-SCAN était demandé montrant des adénopathies avides axillaires et inguinales homolatérales. Le patient a été traité par chimiothérapie R-CHOP. Une nette régression du placard tumoral a été observé après seulement 2 séances.

Discussion :

Il est important de distinguer un lymphome B cutané centro-folliculaire d'une localisation cutanée secondaire d'un lymphome B folliculaire systémique, par un *staging* comprenant un scanner, une biopsie de moelle osseuse ainsi qu'une étude immunophénotypique complète. Cliniquement et radiologiquement, notre patient présentait une forme particulière d'un LBCF primitivement cutanée avec un profil IHC inhabituel **Bcl2 + et CD10 +** et une extension aux aires ganglionnaires de drainage homolatérales le classant donc selon l'ISCL : T2aN2 nécessitant un traitement plus agressif. La co-expression du BCL2-CD10 pourrait en effet nous faire discuter la possibilité d'un LBCF secondaire à un LNH. Les recommandations ISCL-EORTC sont alors : d'effectuer une recherche de la translocation BCL2 t(14,18), qui en cas de positivité nous oriente vers un LBCF secondaire et en cas de négativité nous rapproche d'un LBCF primitif, mais qui parfois est positive c'est donc le bilan d'extension qui fait foi. Cette co-expression permet d'identifier les patients à risque d'atteinte extra-cutanée ultérieure vers un lymphome

systemique et dont l'évolution serait plus agressive, nécessitant une surveillance plus étroite par des bilans d'extension itératifs.

Conclusion :

Le lymphome B centro-folliculaire cutané primitif présente une histoire naturelle plus indolente que la forme secondaire de la maladie, avec un bon pronostic. Cependant, l'expression du Bcl2 rend le pronostic plus sombre car elle serait prédictive de l'évolution vers une forme systemique nécessitant donc une surveillance étroite.

Localisation cutanée d'un lymphome B systémique : une présentation clinique atypique

G.Sqalli¹,S.Elloudi¹,Z.Douhi¹,M.Soughi¹,H.Baybay¹,L.TahiriElousrouti²,
Fz.Mernissi¹

¹ : Service de dermatologie vénérologie CHU HASSAN II Fes

² : Laboratoire d'anatomie pathologique CHU HASANN II Fes

Introduction : Le lymphome B est un lymphome indolent qui se manifeste par des adénopathies asymptomatiques fluctuantes. Il est essentiel de distinguer une localisation secondaire du lymphome B systémique d'un lymphome B primitivement cutané. L'étude immunophénotypique et le bilan d'extension permettent de faire la différence.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 50 ans, suivi depuis 3 mois pour un lymphome B ganglionnaire confirmé et qui nous a été adressé pour un avis dermatologique concernant la présence de lésions cutanées prurigineuses évoluant depuis plus de 3 ans. L'examen dermatologique note la présence de plaques érythémato-squameuses au niveau des plis inguinaux et axillaires ainsi qu'au visage et au cou avec une éczématisation par endroit. L'examen des phanères objective une hyperkératose péri unguéale et palmo plantaire avec des plaques érythémato squameuses du cuir chevelu et un signe de traction positif. La dermoscopie cutané et du cuir chevelu montrait une vascularisation en point sans disposition particulière. Devant cet aspect nous avons pensé à un mycosis fongoïde, un syndrome de basex ou une localisation secondaire de son lymphome. Après traitement de l'éczématisation, une biopsie cutanée a été faite montrant la présence de cellules suspectes exprimant le CD79a, CD30 et le Bcl6 et Mum1 concluant à une localisation secondaire de son lymphome B systémique. Le patient a été mis sous chimiothérapie(rituximab,étoposide,cyclophosphamide,doxyrubicine,vincristine,medrol) et l'évolution a été marquée par la disparition complète de ses lésions cutanées.

Discussion : La localisation cutanée d'un lymphome systémique reste une atteinte relativement rare avec peu de données concernant sa description clinique typique. Il s'agirait souvent de lésions papulo nodulaire localisées au niveau du tronc pour les lymphomes B et au niveau céphalique pour la lignée T. L'atteinte cutanée constitue un facteur de mauvais pronostic surtout quand elle se manifeste dans les 6 mois qui suivent le diagnostic du lymphome systémique. La particularité ici de notre patient réside dans sa présentation clinique atypique concernant le siège des lésions et leur durée d'évolution précédant le diagnostic de son lymphome B ganglionnaire mais aussi la présence d'une hyperkératose palmo plantaire et une atteinte du cuir chevelu. L'histologie a posé le diagnostic et la positivité du Bcl2 nous a orienté vers une origine secondaire.

Conclusion : La peau peut être le siège d'invasion de divers lymphomes systémiques dont le lymphome B. Il faut savoir y penser devant la présence d'une atteinte des phanères associée à une atteinte des plis et du visage et rechercher la positivité du Bcl2 à l'histologie.

Références

[1] Lee, W. J., et al. « Secondary Cutaneous Lymphoma: Comparative Clinical Features and Survival Outcome Analysis of 106 Cases According to Lymphoma Cell Lineage ». British Journal of Dermatology, vol. 173, no 1, juillet 2015, p. 134- 45. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1111/bjd.13582>.

[2] Rickaby, R. W., et E. Calonje. « Cutaneous Involvement from Systemic Lymphoma ». British Journal of Dermatology, vol. 173, no 1, juillet 2015, p. 12- 13. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1111/bjd.13904>.

[3] Sahil, Maral, et al. « Présentation atypique d'un lymphome B centrofolliculaire ». Rev Med Suisse, vol. 424, avril 2014, p. 744- 48. www.revmed.ch, <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-424/presentation-atypique-d-un-lymphome-b-centrofolliculaire>.

[3] Bagot, Martine. Les lymphomes cutanés. Springer, 2013.

Une ulcération chronique de la main révélant un Sarcome Epitheloïde de type distal

F. Chemsy 1; N. Walid 1; FZ. El Fatoiki 1 ; F. Marnissi 2 ; S. Chiheb 1
1Dermatologie, C.H.U Ibn Rochd, Casablanca, Maroc ; 2Anatomie pathologique,
C.H.U Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Les ulcérations cutanées sont un motif fréquent de consultation, qui peuvent révéler plusieurs affections dermatologiques malignes. En l'occurrence, nous rapportons un cas d'une ulcération chronique de la main révélant un sarcome épitheloïde de type distal chez une jeune femme, constituant un véritable défi diagnostique et thérapeutique.

Observations :

Une femme de 29 ans, ayant des antécédents familiaux de néoplasie, consultait pour un ulcère non cicatrisant accompagné de raideur au niveau de la paume droite, évoluant depuis 9 ans, et traité symptomatiquement par plusieurs médecins. L'examen clinique trouvait un placard ulcéro-nodulaire creusant à fond fibrino-purulent et bordure irrégulière de 7x4 cm prenant toute la loge thénarienne, avec une rétraction du pouce. Les prélèvements mycologiques et bactériologiques étaient négatifs. Une biopsie cutanée avait objectivé une prolifération tumorale mésenchymateuse épitheloïde, avec une expression diffuse et intense de cytokératine AE1-3, EMA, ERG, FLI1 et INI1 à l'immunohistochimie, confirmant un sarcome épitheloïde de type classique. Un bilan d'extension avait révélé une infiltration tissulaire des muscles du pouce, du fléchisseur du 2^e doigt, et une atteinte ganglionnaire axillaire homolatérale. La patiente était présentée en RCP, la décision thérapeutique était une amputation de la main avec un curage ganglionnaire.

Discussion :

L'originalité de notre observation réside dans la rareté de cette entité, ainsi que sa survenue chez une femme.

Le sarcome épitheloïde (SE) est un sarcome des tissus mous rare ($\leq 1\%$), indolent et très lymphophile, qui atteint préférentiellement l'adulte jeune de sexe masculin. La lésion présentée est un nodule qui s'ulcère, touche le plus souvent l'extrémité des membres. L'atrophie musculaire et la rétraction sont dues à l'infiltration musculo-tendineuse de la tumeur. L'étude immunohistochimie confirme le diagnostic. L'excision radicale est la principale modalité thérapeutique. L'évolution des SE est marquée par les récurrences locorégionales qui sont fréquentes, et également les métastases pulmonaires qui mettent en jeu le pronostic vital.

Conclusion :

Le SE est souvent confondu avec une lésion bénigne, amenant à un retard diagnostique. Devant toute ulcération qui ne s'améliore pas sous traitement, il faut penser à une cause tumorale.

Angiosarcome : complication du traitement conservateur du sein

A.Saddik, F.Hali, R.Ajaaouani, F. Marnissi *, S.Sahraoui, S.Chiheb**

Service de dermatologie vénérologie

***Service d'anatomo-pathologie**

****Centre Mohamed VI d'oncologie**

CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Introduction :

L'angiosarcome mammaire (ASM) est une tumeur conjonctive rare, qui se développe au dépend du tissu vasculaire mammaire.

Il est souvent primitif chez les patientes jeunes et radio-induit chez les plus âgées.

Nous rapportons un cas d'angiosarcome mammaire chez une patiente ayant un antécédent de cancer du sein traité par chirurgie conservatrice et radiothérapie adjuvante.

Observation :

Une patiente âgée de 67 ans, suivie depuis 2015 pour un carcinome canalaire infiltrant du sein gauche, pour lequel elle a bénéficié d'une tumorectomie avec curage ganglionnaire axillaire, puis 6 séances de chimiothérapie avec une radiothérapie externe 50 Gy sur la glande mammaire, la patiente a également reçu une hormonothérapie anti-oestrogénique pendant 5ans. La patiente a été suivie régulièrement.

Actuellement elle présente des lésions cutanées apparues au niveau du quadrant inféro-externe du sein gauche évoluant depuis 3 mois, qui se sont étendues au niveau du mamelon et du quadrant inféro-interne.

L'examen clinique note une asymétrie mammaire, des lésions maculo-papuleuses violacées, angiomateuses et infiltrées, confluentes en plaque et reposant sur une peau indurée avec un aspect de peau d'orange, occupant la moitié inférieure du sein gauche, sans d'adénopathies palpables. Une écho-mammographie avec une micro biopsie échoguidée sont réalisées afin d'éliminer une récurrence locale du carcinome était sans particularité. La biopsie cutanée était en faveur un angiosarcome cutané.

Une mastectomie a été réalisée après concertation multidisciplinaire et l'examen anatomopathologie a confirmé un angiosarcome mammaire grade II d'exérèse complète.

Discussion :

Les ASM sont des tumeurs rares puisqu'elles représentent environ 0,04 % des tumeurs malignes du sein. On distingue deux types d'ASM : primitif et secondaire.

L'ASM primitif affecte avec prédilection la patiente jeune et concerne habituellement le parenchyme mammaire, alors que la peau est le plus souvent épargnée.

L'ASM secondaire concerne essentiellement le tissu cutané et survient dans deux contextes étiopathogéniques distincts : l'existence d'un lymphœdème chronique après traitement chirurgical radical d'un cancer du sein (mammectomie et curage axillaire) et antécédent de radiothérapie après traitement conservateur d'un cancer du sein, sans lymphœdème associé.

Son diagnostic de certitude est purement histologique. Notre observation a répondu à ces critères diagnostiques de Cahan et al.

Conclusion :

L'angiosarcome radio-induit est une rare tumeur maligne, elle survient chez les femmes âgées ayant bénéficié d'un traitement conservateur du cancer du sein. Elle est caractérisée par son mauvais pronostic, sa tendance vers les métastases viscérales.

LE DERMATOFIBROSARCOME DE DARIER FERRAND : A PROPOS DE 10 CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

Z.BERJAOU¹, S.CHERBOUB¹, I.MOUSTAKBAL¹, J.HAFIDI¹, N.GHARIB¹, A.ABBASSI¹
et S.MAZOUZ¹
M.MAATI² et K. SENOUCI²

¹ Service de Chirurgie Plastique, CHU IBN SINA, RABAT, MAROC

² Service de Dermatologie et vénéréologie, CHU IBN SINA, RABAT

Résumé : Communication Orale

Introduction :

Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand (DFS) est un sarcome des tissus mous de grade faible à intermédiaire provenant du derme de la peau.

Cette tumeur cutanée rare, ne constitue pas plus de 0,1 % de l'ensemble tumeurs malignes et environ 1 % de tous les sarcomes des tissus mous. C'est un sarcome localement agressif qui survient chez les individus jeunes à d'âge moyen de tous les sexes.

Le but de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs avec comparaison aux données de la littérature.

Matériels et méthodes :

10 cas de dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand traités au sein du service de chirurgie plastique et réparatrice ont fait l'objet d'une étude rétrospective qui s'est étalée sur quatre ans, du Janvier 2019 au Janvier 2023.

Des dossiers cliniques des patients ont été extraits les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives.

Des preuves histologiques de dermatofibrosarcome étaient présentes chez tous les individus.

L'âge moyen des patients était 48.3 ans. La marge d'exérèse chirurgicale varie entre 3 et 5 cm emportant en profondeur une barrière anatomique saine.

La reconstruction était réalisée par une greffe de peau chez huit patients (80%), un lambeau local chez un patient (10%) et lambeau libre dans un seul cas (10%).

Résultats :

Parmi nos dix malades, deux ont eu une infection du site opératoire, traitée par une antibiothérapie adaptée.

Une patiente a eu une nécrose partielle de la greffe traitée par cicatrisation dirigée.

L'indication de la radiothérapie postopératoire était posée chez un seul patient.

Un seul patient a eu une transformation en fibrosarcome avec dissémination osseuse.

Discussion :

La DFS est une tumeur dermique mésenchymateuse de malignité intermédiaire. Bien que rare, la tumeur n'est pas très inhabituelle. Le dermatofibrosarcome a été initialement reconnu comme une tumeur sarcomateuse ressemblant à une cicatrice chéloïde par Taylor en 1890. Darier et Ferrand l'ont identifié plus tard en 1924.

Notre travail permet d'établir une analyse épidémiologique et clinique de ce sarcome en plus des caractéristiques de l'exérèse chirurgicale et de la reconstruction. Nos données sont comparables à données basées sur la littérature.

Pour le diagnostic, un examen histologique est indispensable. Le traitement de référence est l'exérèse chirurgicale extensive.

La malignité locale prédominante et la forte probabilité de récurrence influencent le pronostic. Il est rare que le dermatofibrosarcome évolue vers une maladie maligne métastasée.

Conclusion :

Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand est une tumeur fibreuse rare de la peau qui se caractérise par sa difficulté diagnostique, son évolution locale extrêmement lente et une prédisposition à la récurrence. Il est intermédiaire entre le fibrome bénin et le sarcome redouté. En raison de la difficulté de son diagnostic et de la taille de l'exérèse chirurgicale, un diagnostic histologique certain appuyé par une analyse immunohistochimique est nécessaire.

Un cas historique d'un dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand du scalp

Y.Mahdar¹, F.Hali¹, S.Zahiri², M.Diouri², M.Azim³, N.Bennani³, F.Marnissi³, A.Chellaoui⁴, S.Chiheb¹

1 : Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

2 : Service de chirurgie plastique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

3 : Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

4 : Service des urgences neurochirurgicales, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand est une tumeur fibreuse de la peau ayant une croissance lente, une malignité locale élevée et un grand risque de récurrence. Il survient généralement au niveau du tronc et des extrémités. L'atteinte du scalp est rare et pose un problème thérapeutique.

Nous rapportons un cas historique d'un dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand du scalp.

Observation

Patient âgé de 32 ans, tabagique chronique à 12 paquets-années, se présentant pour une masse tumorale siégeant au niveau du scalp, augmentant progressivement de taille et de volume sur une période de 10 ans, associée à des céphalées chroniques et évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen clinique retrouve une masse tumorale multi-nodulaire et polylobée, de consistance ferme, recouverte d'une peau érythémato-violacée, mesurant 20 cm de grand axe, siégeant au centre du vertex, et mobile par rapport au plan superficiel et profond. Le scanner cérébral a révélé une tumeur hypervascularisée, expansive au dépens de la table externe de l'os pariétal gauche sans lyse osseuse ni extension endocrânienne. Le bilan d'extension n'a pas révélé de lésions secondaires hormis des adénopathies cervicales bilatérales. L'étude anatomopathologique était en faveur d'un dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand avec un marqueur CD34 positif. Sur le plan thérapeutique, le patient a bénéficié d'une exérèse large de la tumeur, un retrait de la table externe et une greffe cutanée avec bonne évolution.

Discussion

L'originalité de notre cas réside dans sa localisation exceptionnelle et sa taille inhabituelle. Le diagnostic clinique d'un dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand du scalp n'est pas aisé. Le principal diagnostic différentiel est la tumeur trichellemale proliférante et maligne. L'histologie permet de confirmer le diagnostic. Pour un meilleur contrôle local après la chirurgie et l'éviction des récurrences, une excision large est recommandée, mais délicate vu la complexité anatomique et histologique de la région. Une radiothérapie néoadjuvante peut être indiquée en cas d'extension endocrânienne.

Conclusion

Le dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand du scalp est une tumeur rare, mais grave vu le risque d'extension endocrânienne, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce pour une meilleure prise en charge.

Dermatofibrosarcome mammaire de Darier et Ferrand : un cas difficile d'une tumeur rare.
O. Essadeq ; L. Benchekroun ; M. Meziane ; N. Ismaili ; L. Benzekri ; K. Senouci
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V Souissi,
Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc
Introduction : Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand (DFS) est une tumeur fibreuse rare, de

potentiel de malignité intermédiaire, qui récidive localement et ne métastase qu'exceptionnellement. C'est une tumeur encore plus rare chez l'enfant. Cliniquement, le DFS peut prendre plusieurs formes, ce qui rend le diagnostic clinique difficile. La dermoscopie reste un outil non invasif qui pourrait être d'une grande aide pour orienter le diagnostic. Dans ce rapport de cas, nous présentons un cas de DFS chez une patiente de 15 ans, localisé dans le sein, une zone de préoccupation médicale et cosmétique considérable.

Observation : Nous rapportons le cas d'une jeune fille sans antécédents médicaux significatifs qui s'est présentée avec une lésion indolore à croissance lente sur le sein depuis 6 ans. Elle n'a pas signalé d'antécédents de traumatisme, de chirurgie antérieure ou de radiothérapie. L'état hémodynamique et respiratoire de la patiente était stable. À l'examen dermatologique, elle présentait une lésion bien définie, située entre les quadrants supérieur et inférieur du sein, consistant en une plaque érythémateuse atrophique mesurant 4 x 3 cm avec un réseau vasculaire visible, ainsi qu'une lésion nodulaire supéro-externe légèrement violacée de consistance molle. La dermoscopie a montré un fond rosé, des vaisseaux arborescents, des vaisseaux linéaires, des stries blanchâtres linéaires, un réseau pigmenté et des zones brun clair sans structure.

L'échographie mammaire n'a montré aucune lésion nodulaire ou kystique à l'exception de l'épaississement cutané hypoéchogène avasculaire correspondant à la lésion. L'examen histologique d'une biopsie à l'emporte-pièce a montré une prolifération de cellules fusiformes dans une configuration storiforme avec un aspect caractéristique en nid d'abeille. Les colorations immunohistochimiques étaient positives pour le CD34 et négatives pour le S100. Le diagnostic de DFS a été posé sur la base des caractéristiques cliniques et histopathologiques typiques. Une réunion pluridisciplinaire a recommandé un traitement chirurgical. La patiente a bénéficié d'une excision chirurgicale avec des marges claires suivie d'une radiothérapie adjuvante.

Discussion : Le DFS est une tumeur rare qui est souvent mal diagnostiquée en raison de sa ressemblance clinique et histologique avec d'autres affections bénignes. La dermoscopie peut être utile pour distinguer le DFS d'autres lésions d'apparence similaire. Le diagnostic de DFS nécessite un indice de suspicion élevé et une confirmation par un examen histopathologique est nécessaire. Le traitement du DFS consiste en une excision locale large avec des marges négatives, avec une thérapie adjuvante dans certains cas.

Conclusion : Le DFS du sein est une tumeur rare qui pose un défi diagnostique et thérapeutique. Sa présentation clinique peut imiter d'autres lésions bénignes du sein, ce qui rend le diagnostic difficile. La dermoscopie peut aider au diagnostic, mais une biopsie avec analyse histopathologique est nécessaire pour le confirmer. Un diagnostic et un traitement précoces sont essentiels pour prévenir les récurrences et minimiser les déformations esthétiques.

Rôle de l'imatinib dans le traitement néoadjuvant du dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand

Baccar Hela, Ben Slimane Malek, Rabhi Faten, Majdoub Arwa, Jabeur Kahena, Dhaoui Raouf

Service de dermatologie, hôpital militaire de Tunis

Introduction :

Le dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand (DFS) est une tumeur mésenchymateuse rare, développée aux dépens du derme et caractérisée par une tendance à l'extension en profondeur au-delà des limites palpables et un haut risque de récurrence locale. L'excision chirurgicale, même avec des techniques d'épargne tissulaire, peut entraîner une déformation ou un handicap importants. Nous rapportons le cas d'un patient présentant un DFS localement avancé et ayant reçu un traitement néoadjuvant par imatinib avant le traitement chirurgical avec une bonne évolution clinique.

Cas clinique :

Il s'agit d'un patient âgé de 30 ans, sans antécédents pathologiques notables qui nous a consulté pour une tumeur du tronc, indolore, d'installation progressive, évoluant depuis 02 ans. L'examen clinique a montré une plaque indurée, infiltrée, non ulcérée, brunâtre, faisant 17 cm de grand axe et siège de deux nodules sessiles, couleur chair, siégeant au niveau basithoracique droit. Le reste de l'examen était sans particularités. Une biopsie cutanée a été faite et a montré une prolifération mésenchymateuse faite de cellules fusiformes disposées en faisceaux irréguliers, selon un agencement storiforme. L'immunomarquage intense et diffus des cellules tumorales par l'anticorps anti-CD34 a permis de confirmer le diagnostic de Dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand. Une IRM des parties molles a été pratiquée montrant une infiltration jusqu'à l'aponévrose du muscle grand droit. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien a été réalisé et n'a pas montré de localisations secondaires. Devant la taille importante de la tumeur et le caractère infiltrant, le patient a été traité par Imatinib oral 400mg par jour pendant 06 mois. L'évolution a été marquée par une réduction de la taille tumorale d'environ 70% avec un affaissement des nodules et une désinfiltration de la plaque.

Discussion :

Le dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand est une tumeur indolente des tissus mous qui représente environ 0,1 % de tous les néoplasmes malins. Elle survient le plus souvent sur le tronc et les extrémités et moins fréquemment sur la tête et le cou. Elle se présente sous la forme de plaques indurées, de couleur chair ou érythémateuses, mal définies, au sein desquelles des nodules peuvent apparaître. Cette tumeur s'étend souvent bien au-delà des marges cliniquement apparentes, s'infiltrant par extension locale dans le derme, le tissu sous-cutané, le fascia et même le muscle. Elle présente un taux élevé de récurrence locale mais donne rarement des métastases. L'excision par chirurgie micrographique de Mohs (MMS) est le traitement standard du DFS. Toutefois, compte tenu du caractère infiltrant, la résection peut être difficile et associée à une déformation ou un handicap importants. Dans les cas difficiles, un traitement néoadjuvant par imatinib peut réduire la masse tumorale et diminuer l'extension, permettant de réduire les marges d'excision chirurgicale et d'avoir un meilleur résultat global.

L'imatinib est un petit analogue moléculaire de l'adénosine triphosphate qui inhibe de manière compétitive le site de liaison de l'adénosine triphosphate au récepteur tyrosine kinase du facteur de croissance PDGF dans le DFS. Lorsque l'imatinib se fixe sur le site du récepteur, l'activité de la kinase diminue, ce qui entraîne une inhibition de la croissance et une augmentation de l'apoptose. L'imatinib a été utilisé avec succès pour traiter des lésions non résecables et métastatiques ainsi que les DFS localement avancés ou récurrents comme notre cas l'illustre.

Conclusion :

Le traitement par imatinib oral est une nouvelle approche bien tolérée du traitement du DFS. Il offre aux patients atteints de DFS localement avancés et récurrents, la possibilité de réduire la taille de leur tumeur avant l'intervention chirurgicale, permettant ainsi de meilleurs résultats chirurgicaux. Des études prospectives de plus grande envergure sont nécessaires pour confirmer et développer notre résultat.

Maladie de Paget vulvaire : une nouvelle observation

Wejdene Fakhfekh, Anissa Zaouak, Amal Chamli, Mohamed Ali Gamara, Raja Jouini*, Houda Hammami, Samy Fenniche
Service de Dermatologie, * Service d'anatomie pathologique, Hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunisie

Introduction : La maladie de Paget extra-mammaire représente moins de 10 % des maladies de Paget, la localisation vulvaire est la plus fréquente. Elle est moins constamment associée à une néoplasie sous-jacente. Nous rapportons un cas de maladie de Paget vulvaire (MPV).

Observation : Une patiente âgée de 51 ans sans antécédents pathologiques consulte pour une plaque vulvaire prurigineuse évoluant depuis six mois. L'examen cutané avait objectivé une plaque érythémateuse érosive bien limitée faisant 10 cm parsemée d'îlots blanchâtres de leucoplasie au niveau de la grande lèvre droite et du pli inguinal droit. La dermoscopie avait montré des aires rouges laiteuses, des vaisseaux glomérulaires, des aires blanches sans structures et des réticulations blanchâtres. Le reste de l'examen clinique était sans anomalies. Une biopsie cutanée a été réalisée. L'examen histologique avait montré un épiderme acanthosique, papillomateux et hyperkératosique siège de nids de cellules tumorales aux noyaux centrés par un nucléole proéminent. Ces cellules étaient agencées par endroits en structures glandulaires intra épidermiques. Le derme sous-jacent n'était pas envahi mais siège d'un infiltrat inflammatoire. L'examen immunohistochimique avait révélé un marquage positif de la CK7 et négatif de la P40. Le diagnostic de MPV a été retenu. La patiente a été adressée en gynécologie pour exérèse chirurgicale.

Discussion : La MPV est un adénocarcinome intra épidermique rare qui atteint préférentiellement les femmes après la ménopause. Elle est caractérisée cliniquement par des plaques prurigineuses érythémateuses, squameuses ou érosives d'extension progressive centrifuge. La dermoscopie permet d'orienter le diagnostic. Les signes dermoscopiques rapportés dans la littérature sont par ordre de fréquence : les aires rouges laiteuses, les vaisseaux (en points, glomérulaires, polymorphes), les érosions, les ulcérations, les structures pigmentées (points, globules), les lignes blanches brillantes et les aires blanches sans structures. La confirmation diagnostique repose sur l'histologie qui montre la présence de cellules de Paget épidermiques. Les cellules de Paget correspondent à des cellules de grande taille avec un cytoplasme clair et abondant contenant de la mucine et un noyau pléomorphe et hyperchromatique. En immunohistochimie, les cellules de Paget expriment les kératines des épithéliums glandulaires (CK7, EMA et ACE). Le traitement de référence repose sur l'exérèse chirurgicale. D'autres traitements peuvent être proposés comme l'imiquimod, la photothérapie dynamique topique, la cryochirurgie et la radiothérapie.

Conclusion : Le diagnostic de MPV doit être évoqué devant toute plaque érythémateuse vulvaire prurigineuse et trainante. La dermoscopie aide à confronter le diagnostic qui doit être confirmé par l'histologie. Une prise en charge précoce est nécessaire pour limiter le risque d'une évolution invasive.

Plasmocytomes cutanés primitifs multiples

FZ .El Alaoui , S.Ait oussous ,B.Idrissi, H.Kherbach ,R.Chakiri

Service de Dermatologie,CHU Souss Massa , Agadir , Maroc

Introduction :

Les plasmocytomes cutanés primitifs (PCP) sont une forme rare de lymphome B cutané. Nous en rapportons un nouveau cas.

Observation :

Patient âgé de 55 ans, sans antécédent notable, consultait pour des nodules du dos, de l'épaule droite, du flanc droit et de la joue gauche évoluant depuis 6 mois.

L'examen clinique montrait des nodules infiltrés, bien délimités, non prurigineux et indolores, il n'y avait pas d'atteinte muqueuse associée et le reste de l'examen clinique était normal.

La biopsie cutanée montrait : Revêtement cutané siège de remaniements inflammatoires subaigus

lympho-plasmocytaire non spécifique.

L'analyse immunohistochimiques montrait une expression diffuse du marqueur plasmocytaire CD138, CD3, ainsi que la chaîne légère lambda, profil évoquant en premier un plasmocytome.

Le bilan biologique complet (numération formule sanguine, électrophorèse des protéines sériques et urinaires), morphologique (biopsie ostéomédullaire) et radiologique, était normal excluant ainsi l'existence d'un myélome multiple sous-jacent. Le diagnostic retenu était celui de plasmocytomes cutanés primitifs multiples.

La prise en charge thérapeutique après une concertation avec le service d'oncohématologie ; était une abstention thérapeutique avec une surveillance rapprochée.

Discussion :

Le PCP est une lésion très rare, caractérisée par la prolifération de cellules plasmocytaires matures, survenant en dehors d'un contexte de myélome multiple.

Dans la classification des lymphomes cutanés de l'EORTC, les plasmocytomes cutanés sont inclus dans la catégorie des lymphomes B de la zone marginale.

La moyenne d'âge des patients atteints de plasmocytomes cutanés est d'environ 60 ans avec des extrêmes allant de 16 à 88 ans. Une nette prédominance masculine est observée. Les formes solitaires sont plus fréquentes que les formes multiples.

Les localisations préférentielles sont le visage, puis le tronc et les membres.

Sur le plan clinique, elles se manifestent par des papulo-nodules non prurigineux de 1 à 5 cm, enchâssés dans le derme, de couleur rouge violacée, voire ecchymotique. En périphérie, il peut exister des signes inflammatoires, voire des ulcérations.

Sur le plan anatomopathologique, il s'agit d'une prolifération composée de plasmocytes matures monomorphes avec de rares atypies cytonucléaires, située dans le derme moyen, s'étendant parfois jusqu'à l'hypoderme, avec respect du derme superficiel et de l'épiderme. L'immunohistochimie met en évidence une expression de CD138, CD79, CD38, mais pas CD20 ni CD19. La recherche d'une monotypie lambda ou kappa doit être effectuée.

Les PCP surviennent en l'absence de manifestations cliniques et paracliniques osseuses ou hématologiques, en faveur d'un myélome. Le diagnostic ne pourra être proposé qu'une fois le myélome exclu par un bilan adéquat.

Les deux facteurs pronostiques pour le PCP sont d'une part le caractère solitaire ou multiple, les formes multiples étant de moins bon pronostic que les formes solitaires et d'autre part la taille de la lésion.

Conclusion :

Le PCP est une entité rare, incluse dans le groupe des lymphomes primitifs cutanés de phénotype B de la zone marginale, ils doivent être distingués des localisations cutanées de myélome dont le pronostic est plus péjoratif.

Une tumeur rare maligne cutanée primitive à cellules épithélioïdes périvasculaires (PECome). S.EIHAITAMY1* - Z. DOUHI1 -C.BOUHAMDI1 -M.SOUGHI1 - S.ELLOUDI1 - H.BAYBAY1 -L.Tahiri2 - FZ.MERNISSI1 1 Service de Dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc 2 Anatomie pathologique, CHU HASSAN II, Fès, Maroc
Mots clés: PECome cutané, marqueurs mélanocytaires, marqueurs musculaires, critères de malignité. Introduction: Les PEComes (PEC : cellule épithélioïde périvasculaire) sont un groupe de tumeurs mésoenchymateuses avec des caractéristiques morphologiques, immunohistochimiques et microscopiques similaires, elles se présentent dans de nombreux sites anatomiques : pulmonaire, rénal et digestif. La localisation cutanée est rarement rapportée et le caractère malin est exceptionnel. Nous rapportons l'observation d'un PECome cutané primitif malin. Observation: Femme de 90 ans, sans antécédents, s'est présentée avec une tumeur, de la face antérieure de la cuisse droite, évoluant sur plusieurs mois, ulcère bourgeonnante, ferme, saignante, de 6cm de grand axe, à base infiltrée, mobile par rapport au plan profond, en dermoscopie on avait des chrysalides, des aires blanches sans structures et une vascularisation polymorphe. Une biopsie cutanée a été faite, en anatomopathologie on avait une prolifération tumorale dermique de cellules claires à noyaux ronds, un index mitotique élevé, un stroma richement vasculaire, l'immunohistochimie a montré l'expression des marqueurs melan A, CD 10, SMA et vimentine, les marquages PS100, HMB45 et desmine étaient négatifs. Le diagnostic de Pecome cutané primitif malin était retenu devant l'aspect cytologique et immunohistochimique qui n'était pas en faveur d'un autre diagnostic. La patiente a bénéficié d'un scanner objectivant la présence de nodules sous pleuraux au niveau des deux hémichamps pulmonaires et adénopathies iliaque droite et inter aorto-cave d'allure secondaire. La patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale complète, une séance de radiothérapie à but hémostatique et candidate à une chimiothérapie adjuvante. Discussion: Les PEComes incluent une large catégorie : angiomyolipome, tumeur à sucre à cellules claires et lymphangioliéiomyome, ils se caractérisent par l'expression des marqueurs mélanocytaires et musculaires (HMB45; Melan A; Actine; Desmine; Vimentine), la PS100 n'est généralement pas exprimée. Les PEComes primitifs cutanés sont assez rares

(moins de 30 cas dans la littérature), ils ne sont pas connus pour être associés à la sclérose tubéreuse et sont exceptionnellement malins. Les lésions se présentent sous forme d'une masse indolore sur les extrémités des femmes, les critères de malignité ont été établis pour les PEComes non cutanés et pourrait servir de ligne directrice pour les formes cutanées : taille supérieure à 5 cm, nécrose, activité mitotique élevée, architecture infiltrante. Le diagnostic est confirmé histologiquement: tumeur dermique ou sous-cutanée composée de cellules épithélioïdes à fusiformes disposées en nids ou en faisceaux intradermiques, avec un cytoplasme clair, noyaux ronds ou ovales et réseau vasculaire riche les entourant. Le profil immuno-histochimique est caractéristique, associant des marqueurs musculaires et mélanocytaires. Conclusion: Le but de notre observation est de rapporter le cas d'une tumeur cutanée rare, PECome, et de souligner l'entité maligne, encore plus rare. Reference: 1. Calder KB, Schlauder S, Morgan MB. Malignant perivascular epithelioid cell tumor ('PEComa'): a case report and literature review of cutaneous/subcutaneous presentations. *J Cutan Pathol* 2008;35:499—503 2. C. Trotot-Voilliot, E. Laveine, P. Beureyc , J.-F. Cuny , J.-L. Schmutz , F. Truchetet . Un PECome cutané primitif. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2013) 140, 373—377 3. Sarah N Walsh, Omar P Sangüeza . PEComas: a review with emphasis on cutaneous lesions. 10.1053/j.semdp.2009.09.00

EVOLUTION FULMINANTE D'UN CHONDROSARCOME MYXOÏDE EXTRA-SQUELETTIQUE

Z. BERJAOU, D.JAADI, I.MOUSTAKBAL J.HAFIDI, N.GHARIB, A.ABBASSI et S.MAZOUZ ;

Service de chirurgie plastique et réparatrice, chirurgie de la main, CHU IBN SINA, RABAT, MAROC.

RESUME : Communication écrite (Poster)

INTRODUCTION

Stout et Verner ont publié la première description du chondrosarcome myxoïde extra-squelettique (CEM) en 1953. Cela représente environ trois pour cent de tous les sarcomes des tissus mous.

Les hommes sont plus susceptibles de contracter la CEM que les femmes, et l'âge moyen est de 50 ans. Les enfants et les adolescents n'ont qu'un très petit nombre de cas rares. Les zones les plus fréquentes d'atteinte à la CEM 1-3 sont les tissus mous profonds des extrémités proximales, la cuisse étant la plus fréquente. Les autres régions anatomiques touchées comprennent le pied, la tête et le cou, les tissus mous para-spinaux, l'abdomen et le bassin.

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'un jeune patient de 30 ans, sans antécédents notables.

Il présentait un nodule au niveau du dos à l'âge de 27 ans, mou mobile et indolore selon le malade.

Une biopsie a été réalisée par un dermatologue privé était non concluante.

A la suite de cette biopsie une augmentation rapide de la masse a été observée ce qui a motivé le patient a consulté notre service de chirurgie plastique du CHU IBN SINA, Rabat.

A l'examen, on a noté une masse géante du dos et du cou mou et indolore mesurant 50 cm sur 30 cm, causant une déformation avec une ulcération bourgeonnante centrale de 15 cm de diamètre.

Ceci était associé à une altération de l'état général une dyspnée, dysphagie et dysphonie. Ses bilans ont objectivés une anémie à 9 g/dl.

Une TDM C-TAP a montré une masse envahissant la loge carotidienne, la cage thoracique et la paroi dorsale.

Une IRM était impossible à réaliser vu la masse tumorale

Plusieurs biopsies ont été réalisées revenant en faveur CEM avec anticorps anti EMA positif.

Vu l'état du malade ainsi que la masse tumorale, une exérèse chirurgicale n'était pas possible (après avis multidisciplinaires).

En attendant un avis oncologique pour chimiothérapie, le patient a décédé suite à une détresse respiratoire.

DISCUSSION

Les CEM sont un sous-type de sarcomes de tissus mous rares présentant des caractéristiques moléculaires et ultra-structurales différentes de celles du chondrosarcome myxoïde.

L'examen clinique d'CEM ne révèle aucune caractéristique particulière qui le distingue des autres types de chondrosarcome. Dans certaines situations, les patients peuvent ressentir de la douleur et la découverte d'une masse palpable. Les tumeurs de grande taille ou superficielles peuvent causer des ulcérations cutanées, et les tumeurs qui se développent dans des endroits particuliers peuvent causer des symptômes de compression. CEM sont des tumeurs malignes de faible grade qui ont tendance à affliger les hommes plus souvent que les femmes.

42 cas ont été signalés dans la littérature, dont 59,52 % étaient des cas de sexe masculin, 35,71 % étaient des cas de sexe féminin et 4,86 % n'étaient pas précisés.

Aussi, la tranche d'âge de 36 à 66 ans était également la plus touchée.

La majorité des tumeurs semblent lobulées, les caractéristiques d'imagerie sont non spécifiques, et les tumeurs hautement myxoïdes présentent un signal élevé homogène sur une image d'imagerie par résonance magnétique pondérée en T2.

La physiopathologie d'CEM est encore en débat. Les traumatismes chirurgicaux ou accidentels, ainsi que l'ingestion de substances cancérogènes chimiques comme les hydrocarbures, peuvent être des facteurs de risque importants. Notre patient a nié avoir été blessé au dos.

CEM a une consistance gélatineuse et mucoïde, est lobulée ou multi-nodulaire, et varie en couleur de gris à tan ce qui a été observé macroscopiquement chez notre patient.

L'excision chirurgicale est le traitement de principe du CEM. Cependant, même avec des marges chirurgicales suffisantes, les défis techniques de certaines régions anatomiques empêchent souvent l'excision complète de la tumeur, ce qui aggrave le pronostic. Une résection en bloc et un suivi sont donc nécessaires.

CONCLUSION

Nous avons décrit un cas de chondrosarcome myxoïde extra-squelettique du cou et du dos survenu récemment. Un chondrosarcome myxoïde extra-squelettique devrait être considéré comme une possibilité dans le diagnostic différentiel d'une tumeur des tissus mous, malgré le fait que ces symptômes peuvent également être présents dans d'autres cancers des tissus mous, afin d'avoir un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

Sarcome fibromyxoïde de bas grade de localisation sous-cutanée : une présentation rare

M. Cherif, M. Tabka, F. Amri, I. Chelly, A. Souissi, M. Mokni

Introduction : Le sarcome fibromyxoïde de bas grade (SFMBG) est une tumeur maligne mésoenchymateuse rare, généralement située dans les tissus mous profonds. La localisation superficielle n'est qu'exceptionnellement rapportée dans la littérature.

Observation : Un homme de 70 ans, sans antécédents particuliers, nous a été adressé pour l'exérèse d'un lipome du bras gauche évoluant depuis un an et demi. L'examen dermatologique trouvait une tumeur de 5 cm de grand axe, siégeant au niveau du tiers inférieur du bras gauche, sous-cutanée, molle. La peau en regard était d'aspect normal. L'examen échographique était en faveur d'un lipome sus-aponévrotique. L'examen peropératoire révélait une tumeur mal limitée, de consistance molle gélatineuse, comportant des contingents hémorragiques, solidokystiques et calcifiés. L'examen anatomopathologique montrait une prolifération tumorale mésoenchymateuse de densité modérée alternant avec un stroma fibreux et des zones myxoïdes et comportant quelques rares atypies cytonucléaires. Un complément immunohistochimique a montré une positivité du Bcl2, concluant à un SFMBG. Le bilan d'extension comportant une tomodensitométrie thoraco-abdominale et une imagerie par résonance magnétique du membre supérieur gauche était négatif. Un complément d'exérèse large et une surveillance prolongée ont été proposés en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Discussion : Le SFMBG est une variante rare et distincte de fibrosarcome, représentant moins de 5% des sarcomes des tissus mous. Il se localise généralement au niveau des membres et évolue lentement sans signe fonctionnel comme c'était le cas de notre patient. Cette tumeur est souvent située en sous-aponévrotique, et se caractérise par un risque élevé de récurrence locale. Notre patient avait une forme superficielle sus-aponévrotique, dont seulement 45 cas ont été rapportés dans la littérature. Sa présentation clinique peut mimer : un kyste sous-cutané, un lipome, une fasciite nodulaire, un pilomatricome, une tumeur nerveuse superficielle ou une malformation vasculaire. Un suivi prolongé de 30 cas SFMBG superficiels a montré une récurrence locale dans 2 cas (7%) survenus 5 et 16 mois après le diagnostic initial. Aucun cas de métastase à distance ni de transformation en sarcome de haut grade n'a été retrouvé.

Métastases cutanées révélant un carcinome pulmonaire

B. Amine, Hanane. Rachadi, S. Chiheb

Introduction

Le cancer du poumon est l'une des tumeurs malignes les plus fréquentes, avec des taux de mortalité élevés. Il peut métastaser dans presque tous les organes, mais envahit le plus souvent les ganglions hilaires, le foie, les glandes surrénales, les os et le cerveau. Il existe diverses données sur l'incidence des métastases cutanées du cancer du poumon. Chez 1 à 12 % des patients atteints d'un cancer du poumon, des métastases cutanées sont développées. Les métastases cutanées peuvent être le premier signe de cancer du poumon.

Présentation du cas

Un homme de 62 ans, tabagique chronique à 43 PA, alcoolique et consommateur du kif et hachich, avait consulté pour de multiples nodules cutanés localisés dans la peau de l'abdomen et du dos. Les nodules mesurant de 1 à 2 centimètres dans leur plus grand axe et étaient ronds, fermes et de couleur de la peau. Ils sont apparus sous forme d'une lésion éruptive environ deux mois avant sa consultation. De plus, le patient présentait des signes de perte de poids, d'anorexie et d'altération de l'état général. Une biopsie cutanée a été pratiquée sur l'une des lésions.

L'histopathologie a confirmé la nature métastatique de la lésion, à savoir un carcinome peu différencié et invasif. La radiographie thoracique et la tomodensitométrie ont révélé un processus médiastino-pulmonaire apical gauche avec un lâcher de ballons sur un poumon emphysemateux. Le bilan d'extension a objectivé des métastases cérébrales, hépatiques et osseuses. Le patient a été référé au service d'oncologie pour un traitement ultérieur.

Discussion

Les métastases cutanées peuvent être le premier signe de cancer du poumon. Bien qu'apparaissant rarement, il faut éveiller la suspicion en cas de lésions atypiques de la peau non seulement des fumeurs, mais aussi des non-fumeurs. Les lésions cutanées métastatiques sont souvent décrites comme des nodules indolores, fixes ou mobiles, durs ou flexibles, simples ou multiples. Les métastases cutanées du carcinome pulmonaire sont un indicateur de mauvais pronostic. L'apparition de multiples métastases cutanées avec d'autres métastases internes raccourcit la durée de survie

R.Bousmara¹, F.Hali¹, F.Marnissi³, M.Karkouri³ S.Chiheb¹

¹ Service de Dermatologie et Vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

³Service d'anatomie-pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : La lymphangite carcinomateuse cutanée (LCC) est une forme très rare de métastase cutanée. Celle secondaire à une néoplasie mammaire ou endométriale est d'autant plus rare, révélant des aspects cliniques polymorphes et souvent déroutants. La LCC constitue un marqueur de diagnostic tardif dans notre contexte. Dans ce travail, nous rapportons une série originale de 25 cas.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 6 ans (2018-2023). Le diagnostic de LCC était retenu sur les données cliniques et histologiques.

Résultats : Vingt-cinq patientes ont été diagnostiquées de LCC, l'âge moyen était de 54 ans (extrêmes de 38 à 73 ans). Un antécédent de carcinome mammaire était retrouvé chez 21 patientes, un carcinome endométrial dans deux cas, une patiente était suivie pour Neurofibromatose de type 1, et deux patientes sans antécédents carcinologiques. Une exérèse tumorale était effectuée chez 19 cas (mastectomie (n=14), tumorectomie (n=5), hystérectomie totale (n=2) associée à un curage ganglionnaire. Le traitement adjuvant à base de radiothérapie et une chimiothérapie (n=20) et une immunothérapie (n=4) était bien conduit. Après un délai moyen de 4 ans, on notait l'apparition d'une éruption érysipéloïde (n=8), papulo-nodulaire érosive (n=6), érythémateuse maculo-papulaire ulcérée (n=5), indurée (n=16), un lymphœdème avec érythème (n=6) et apparue sous forme d'une ulcération chez une patiente sans antécédent carcinologique (n=1). On notait également un aspect de placard angiomateux secondaire à un cancer endométrial (n=1). Les lésions étaient localisées en regard de la région mammaire pathologique (n=18), le membre supérieur homolatéral (n=5), la région pubienne (n=2) et étendue sur le sein controlatéral (n=3), thorax et abdomen (n=3), région scapulaire (n=2) et cuisse (n=1). L'examen histologique montrait une LCC dermique dans tous les cas. Le bilan d'extension a révélé des métastases solides chez 9 patientes. Le décès est survenu chez 6 patientes dans un délai moyen de 5 mois.

Discussion: La peau est l'un des sites métastatiques les moins fréquents des cancers solides. La LCC en est une variété rare, de diagnostic difficile et de pronostic souvent péjoratif. Les cas d'origine endométriale ou mammaire sont de présentation polymorphe : placards érysipéloïdes, lésions eczématiformes, lésions angiomateuses ou encore sous forme de lymphœdème localisé. Ces présentations atypiques, peuvent mimer différentes dermatoses (angiosarcome, érysipèle, cellulite, dermite radio-induite, eczéma), retardant ainsi le diagnostic et la prise en charge appropriée des lésions. A ce jour, en raison de la rareté de ce site spécifique de métastase, aucun traitement n'a prouvé son efficacité.

Conclusion : Notre étude, originale par le polymorphisme clinique de l'atteinte métastatique qui peut égarer le clinicien et le rassurer. La biopsie doit être donc systématique, notamment dans un contexte d'antécédent personnel de cancer solide.

Mots-clés : Lymphangite carcinomateuse cutanée- Cancer du sein- Cancer de l'endomètre

Métastase cutanée d'un adénocarcinome colique : à propos d'un cas

I.Bejja, S. Elloudi, Z. Douhi, M. Soughi, H. Baybay, FZ Mernissi
Service de dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

Les métastases cutanées d'un adénocarcinome colorectal sont rares et surviennent chez moins de 4% de tous les patients ayant un cancer colorectal (1). Elles sont réputées généralement de maladie multimétastatique avec un mauvais pronostic mais dans certains cas elles peuvent être isolées, oligométastatiques et curables avec un bon pronostic comme nous allons le rapporter dans notre observation.

Observation :

Patient de 68 ans, opéré il y'a 3ans pour un adénocarcinome (ADK) du colon droit oligométastatique au niveau hépatique ayant bénéficié d'une hémicolectomie droite avec métastatosectomie hépatique suivies d'une chimiothérapie adjuvante avec un bon contrôle clinico-radiologique jusqu'à il y'a 3mois où le patient fut installé une lésion en relief au niveau de l'ancien orifice du drainage de la paroi abdominale. L'évolution a été marquée par l'augmentation rapidement progressive du volume de la lésion devenant saignante au contact motivant sa consultation dans notre formation.

L'examen dermatologique a objectivé une tumeur arrondie bourgeonnante et ulcérée par endroit à base infiltrée, fixe par rapport au plan profond siégeant au niveau de la région lombaire droite.

Une métastase cutanée de son ADK d'origine colique a été évoquée. Une biopsie cutanée a été réalisée et le patient a été ré-adressé au service d'oncologie pour re-évaluation de sa pathologie tumorale.

L'examen histologique et immunohistochimique ont confirmé le diagnostic suggéré et la coloscopie avec le bilan d'extension n'ont pas objectivé de récurrence tumorale ni d'autres lésions à distance sauf une lésion tissulaire sous cutanée de la région lombaire droite venant au contact de muscle transverse de l'abdomen avec liseré de séparation en rapport avec la métastase cutanée, jugée resecable par les chirurgies d'où son exérèse avec à l'étude histologique aspect compatible avec une localisation cutanée d'un ADK colique.

L'évolution a été marquée par une stabilité clinico-radiologique après un recul de 7mois.

Discussion :

L'incidence des métastases cutanées des cancers viscéraux varie entre 1,4% à 10%. (2,3). Chez les hommes, le cancer du poumon est la principale forme de cancer, suivi des cancers colorectal, de l'œsophage et du rein, et chez les femmes, le plus répandu est le cancer du sein suivi des cancers colorectal, de l'ovaire et du poumon (4, 5).

Le mécanisme reste mal connu mais une dissémination par voie hématogène ou lymphatique a été suggérée.

Les métastases cutanées d'origine colique se présentent cliniquement sous forme de nodules uniques ou multiples bien que d'autres formes morphologiques peuvent se voir mais l'histologie est toujours indispensable pour confirmer le diagnostic.

Le traitement peut-être curatif lorsque la lésion est résécable et la maladie n'est pas jugée progressive comme c'est le cas de notre patient.

Conclusion :

Les métastases cutanées des tumeurs viscérales sont rares et doivent être évoquées devant toute lésion nodulaire évoluant dans un contexte de néoplasie connue afin de permettre un traitement précoce et donc un pronostic meilleur.

References:

1. Nashan, D., Müller, M.L., Braun-Falco, M. et al. Cutaneous metastases of visceral tumours: a review. *J Cancer Res Clin Oncol* 135, 1–14 (2009). <https://doi.org/10.1007/s00432-008-0432-0>
2. . Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:228–236. doi: 10.1016/0190-9622(93)70173-Q.
3. . Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. A retrospective study of 7316 cancer patients. *J Am Acad Dermatol.* 1990;22:19–26. doi: 10.1016/0190-9622(90)70002-Y.
4. . Brownstein MH, Helwig EB. Patterns of cutaneous metastasis. *Arch Dermatol.* 1972;105:862–868. doi: 10.1001/archderm.105.6.862.
5. . Sarid D, Wigler N, Gutkin Z, Merimsky O, Leider-Trejo L, Ron IG. Cutaneous and subcutaneous metastases of rectal cancer. *Int J Clin Oncol.* 2004;9:202–205. doi: 10.1007/s10147-004-0389-1.

Introduction:

Les métastases cutanées, étant une manifestation initiale et unique d'un adénocarcinome gastrique sous-jacent, sont très rares et peu rapportées dans la littérature. Les sites métastatiques les plus courants du cancer gastrique sont le foie, le péritoine et les ganglions lymphatiques. À notre connaissance, un tel aspect clinique de métastases cutanées n'a pas été rapporté pour l'adénocarcinome gastrique.

L'objectif de cette étude est de décrire une manifestation rare de métastases cutanées révélant un adénocarcinome gastrique.

Matériel & Méthodes:

Nous rapportons un cas de métastases cutanées d'aspect atypique, révélant un adénocarcinome gastrique primitif colligé au service de Dermatologie et Vénérologie du CHU Ibn Sina de Rabat.

Résultats:

Un patient âgé de 42 ans, sans antécédents particuliers, a présenté des lésions cutanées atypiques augmentant progressivement de taille depuis 6 mois, sans autre signe associé initial.

L'examen clinique a montré de multiples plaques en cocarde infiltrées et légèrement érythémateuses avec un centre mamelonné et hypertrophique, situées sur le visage, le tronc et le dos. Il présentait également un nodule sur la ligne médiane du cuir chevelu, mesurant 2 x 2 cm. Ces lésions étaient indolores et augmentaient progressivement de taille. Le reste de l'examen est sans anomalie.

Une biopsie cutanée a été réalisée sur une lésion du dos, qui a montré des cellules néoplasiques dont l'origine primaire reste à déterminer. Le scanner cérébral et thoraco-abdomino-pelvien montre un épaississement pariétal antro-pylorique s'étendant à la première portion du duodénum. Une fibroscopie oesophagogastrico-duodénale avec une biopsie des muqueuses gastrique et duodénale a montré un adénocarcinome gastrique peu différencié avec une duodénite interstitielle chronique non spécifique. Le patient a reçu 6 cures d'une chimiothérapie basée sur une association de 5 fluoro-uracile, d'acide folinique et d'oxaliplatine. L'évolution a montré une régression clinique de la taille des lésions cutanées et un état stationnaire de la néoplasie gastrique dans le scanner de contrôle.

6 mois après la dernière cure, les lésions cutanées ont augmenté progressivement de taille et un protocole de 12 cures de chimiothérapie a été débuté. Il vient de recevoir la première cure.

Discussion:

Dans la littérature, les adénocarcinomes gastriques ont rarement été rapportés comme des tumeurs malignes primitives des métastases cutanées. Dans la plupart des cas, les métastases cutanées se développent après le diagnostic initial de la tumeur maligne primitive et tardivement dans l'évolution de la maladie, ce qui rend le pronostic défavorable. Dans de très rares cas, les métastases cutanées peuvent survenir avant la symptomatologie de la néoplasie primitive, comme c'est le cas pour notre patient. Un traitement précoce et adéquat améliore le pronostic.

Conclusion:

Cette observation souligne l'importance d'un diagnostic précoce des métastases cutanées et d'une prise en charge précoce et adaptée de la néoplasie primitive afin d'améliorer le pronostic et la qualité de vie.

Hypertrichose lanugineuse acquise et adénocarcinome colorectale

Al Heyasat R, Soughi M, El Fid K, Baybay H, Elloudi S, Douhi Z, Mernissi FZ
Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

INTRODUCTION :

L'hypertrichose lanugineuse acquise (HLA) paranéoplasique est une affection rare qui survient fréquemment chez les femmes entre 40 ans et 70 ans [1]. Nous rapportons un cas chez une femme de 64 ans de survenue concomitante à un cancer colorectal.

OBSERVATIONS :

Patiente de 63ans, traitée pour dépression et diabétique sous régime seul, suivie en oncologie pour un adénocarcinome du colon sigmoïde métastatique sous chimiothérapie par leucovorine, 5-fluoracil et irinotécan, avec thérapie ciblée par panitumumab. La patiente a développé par la suite une éruption cutanée en faveur d'une demodecidose améliorée par cyclines 200mg/jr.

L'examen dermatologique trouvait une pilosité excessive faite de poils duveteux dépigmentés au niveau cervico facial associée à une hypertrichose des cils et sourcils d'apparition concomitante avec la découverte de son adénocarcinome colorectale. L'examen des muqueuses révélait une glossite sans pigmentation associée. Le diagnostic retenu était donc une hypertrichose lanugineuse acquise.



Figures a,b,c : présence de poils fins, duveteux et non pigmentés de type lanugo sur le visage
Avec présence d'une hypertrichose excessive au niveau des cils et des sourcils.

DISCUSSION :

L'hypertrichose lanugineuse acquise est une dermatose paranéoplasique obligatoire, qui pourrait être liée à la sécrétion d'un facteur sérique ou à une carence nutritionnelle. Les tumeurs malignes causales les plus fréquemment rencontrées chez la femme sont : le cancer colorectal, de poumon et de sein. Chez l'homme l'association est retrouvée avec les néoplasies pulmonaires et le carcinome colorectal [1, 3].

Cette pathologie est caractérisée par l'apparition brutale ou rapidement progressive d'un lanugo en peau glabre au niveau des régions cervico faciale, du tronc et des extrémités. Une hypertrichose ciliaire et des sourcils, est parfois observée. Les muqueuses sont fréquemment touchées avec une glossite et une pigmentation buccale. Les paumes, les plantes et la région génitale sont généralement épargnées [4].

Elle est reconnue comme un marqueur de malignité qui est tardif [4], et qui précède en général la découverte d'une tumeur au moins de deux ans [1], contrairement au cas de notre patiente, qui l'a installé au stade de dissémination viscérale de sa maladie.

Chez les patients cancéreux, le diagnostic différentiel se pose avec l'origine médicamenteuse (la ciclosporine, les glucocorticoïdes, la pénicilline la ciclosporine, les glucocorticoïdes, la pénicillamine, L'interféron, le minoxidil et le cétuximab [4,5] ou carencielle et la malnutrition sévère.

Aucun traitement n'est spécifique. Le plus souvent, le rasage ou les crèmes dépilatoires seront proposées aux patients. Le traitement de la néoplasie entraînera dans la majorité des cas une régression du syndrome.

CONCLUSION :

L'hypertrichose liée à l'HLA passe le plus souvent inaperçue et peut de fait être à l'origine d'un retard de diagnostic. Les manifestations dermatologiques paranéoplasiques devraient être connues des cliniciens afin de proposer un dépistage précoce des cancers.

REFERENCE :

1. Slee PH, van der Waal RI, Schagen van Leeuwen JH, et al. Paraneo-plastic hypertrichosis lanuginosa acquisita: uncommon or overlooked? Br J Dermatol 2007;157: 1087-92.
2. Vulink AJ, ten Bokkel Huinink D. Acquired hypertrichosis lanuginosa: a rare cutaneous paraneoplastic syndrome. J Clin Oncol. 2007;25:1625-1626. [PMID:17443005].
3. . Wendelin DS, Pope DN, Mallory SB. Hypertrichosis. J Am Acad Dermatol 2003; 48: 161-79, quiz: 80-1.
4. Wyatt JP, Anderson HF, Greer KE, Cordero KM. Acquired hypertrichosis lanuginosa as a presenting sign of metastatic prostate cancer with rapid resolution after treatment. J Am Acad Dermatol 2007; 56: S45-7
5. Caccavale S, Brancaccio G, Agozzino M, et al. Obligate and facultative paraneoplastic dermatoses: an overview. Dermatol Pract Concept. 2018;8:191-197. [PMID: 30116663]

**Nodule de Sœur Marie-Josèphe : À propos de deux cas
provenant d'un cholangiocarcinome**
H.BOUMEHDI, R. KAOUA , M.ABOUDOURIB, S.AMAL, O.HOCAR
CHU MOHAMMED VI MARRAKECH

Introduction :

Le nodule de Sœur Marie Joseph (SMJ) est une métastase ombilicale rare d'une tumeur intra-abdominale ou pelvienne avec un pronostic péjoratif du fait de son retard diagnostique.

Il peut être un symptôme de progression ou le signe révélateur d'une malignité.

Dans un tiers des cas, il représente la première manifestation de la maladie cancéreuse .

Les métastases ombilicales, du cholangiocarcinome sont extrêmement rares, avec moins d'une douzaine de cas signalés dans la littérature médicale.

Nous rapportons le cas de deux patients avec un nodule de SMJ provenant d'un cholangiocarcinome .

Observation :

Cas n°1

Patient de sexe masculin âgé de 75 ans sans antécédents particuliers , se présente pour une lésion cutanée ombilicale apparue il y a 9 mois.

L'interrogatoire révèle une notion de douleurs abdominales chroniques sans hémorragie digestive ni trouble du transit le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général faite d'amaigrissement chiffré à 15 kg.

L'examen clinique retrouve une tuméfaction ombilicale arrondie, ferme, érythémateuse et légèrement suintante, à bordure régulière, mesurant 2 cm, douloureuse à la palpation. Un scanner abdominal a révélé un processus

lésionnel de la vésicule biliaire avec infiltration hépatique, associé à une carcinose péritonéale et des coulées d'adénopathies. Une biopsie cutanée a été réalisée en faveur d'une localisation cutanée d'un adénocarcinome moyennement différencié. En raison du retard de diagnostic, le patient a été traité par chimiothérapie.

Cas n°2

Patient âgé de 61 ans se présente pour un ictère d'allure cholestatique évoluant depuis 3 semaines. L'examen clinique a révélé une tuméfaction arrondie à bords réguliers mesurant 2 cm de grand axe, de couleur brunâtre avec des contours érythémateux centrés par une ulcération avec issue du pus. Le scanner abdominal a mis en évidence une vésicule biliaire distendue avec des projections luminales et une infiltration du parenchyme hépatique adjacent. Une biopsie de la peau a été réalisée en faveur d'un adénocarcinome. Un carcinome métastatique de la vésicule biliaire a été diagnostiqué chez le patient et le traitement a été palliatif.

Discussion

Le nodule du SMJ est rare, avec environ 1-3% des cas de tumeurs malignes abdomino-pelviennes métastasants à l'ombilic. Il est généralement associé à un néoplasme primaire du tractus gastro-intestinal (35-65%) et du tractus génito-urinaire. Les métastases ombilicales du cholangiocarcinome sont extrêmement rares, avec moins d'une douzaine de cas rapportés dans la littérature médicale.

Se présente comme une tuméfaction arrondie, irrégulière, indurée, souvent douloureuse et suintante. Il peut prendre différentes couleurs : blanc, violet, rouge, brun. Il mesure généralement entre 5 et 20 mm de diamètre. Il est parfois ulcéré, fissuré ou nécrosé, avec écoulement de sang, de pus.

Le diagnostic différentiel d'un nodule ombilical comprend le botryomycome, une omphalite, les hernies et les localisations ombilicales de la maladie de Crohn ou de l'endométriose.

La découverte d'un tel nodule doit impérativement conduire à la réalisation d'un scanner abdomino-pelvien et d'une biopsie.

Cette lésion néoplasique secondaire est généralement associée à une situation oncologique avancée avec la présence de métastases profondes, notamment hépatiques. Le pronostic est généralement sombre avec une survie moyenne de onze mois et la prise en charge est souvent palliative comme le cas de nos deux patients.

Conclusion :

Toute lésion ombilicale doit être prise au sérieux par le praticien, car elle

représente un néoplasme dans deux tiers des cas. Sa découverte doit conduire à la réalisation d'un scanner abdominopelvien et d'une biopsie cutanée. La prise en charge est souvent palliative en raison du retard diagnostique.

Localisation cutanée d'un adénocarcinome broncho-pulmonaire : une présentation atypique

E. El bakali, A. Boulhilate, H. Kerrouch, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira
Service de dermatologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, université Mohammed V,
Rabat

Introduction :

Les métastases cutanées représentent une localisation secondaire peu fréquente. Elles peuvent révéler ou être synchrones au diagnostic de la maladie primitive. Elles sont rarement révélatrices du cancer bronchopulmonaire (CBP). Nous rapportons un cas d'une ulcération cutanée révélatrice d'un adénocarcinome broncho-pulmonaire.

Cas clinique :

Un patient âgé de 63 ans, tabagique chronique actif à raison de 38 paquets-années. Il se présentait pour une ulcération douloureuse de bas du dos, évoluant depuis 6 mois. L'examen clinique a révélé une ulcération unique, d'environ 4cm de diamètre, siégeant au niveau lombaire, profonde, bords irréguliers et surélevés, fond bourgeonnant tapissé d'un enduit fibrineux jaunâtre. L'examen pleuro-pulmonaire et le reste de l'examen somatique étaient sans particularité. L'examen anatomopathologique a montré un aspect morphologique d'une localisation cutanée d'un processus adénocarcinomateux moyennement différencié dont le profil immunohistochimique évoque une origine broncho-pulmonaire primitive (TTF1 positif). La TDM thoracique objectivait un processus tumoral du poumon droit. Le bilan d'extension n'a pas montré d'autres localisations secondaires. Le patient a été ensuite orienté en pneumologie pour le complément de la prise en charge.

Discussion :

Les métastases cutanées sont rares avec une incidence de 2,9-5,3% pour tous les cancers et de 1-12% pour le cancer du poumon. Les métastases cutanées surviennent le plus souvent après la découverte de la néoplasie primitive. Parfois, il y a une simultanéité entre la survenue d'une métastase cutanée et la révélation de sa néoplasie primitive. rarement, la métastase peut apparaître isolée, avant la découverte de son cancer primitif. Chez l'homme, cette dernière situation doit orienter prioritairement l'exploration vers un cancer pulmonaire ou rénal. Alors que chez la femme, les reins et les ovaires devraient être ciblés. Les présentations cliniques des métastases sont variées. Le plus souvent sous forme des nodules cutanés, parfois sous forme de bulles ou érosions. Rarement, les métastases ont un aspect inflammatoire érysipéloïde, voire scléreux ou en cuirasse. Par contre, la localisation cutanée sous forme d'une ulcération est exceptionnelle.

Conclusion :

Les métastases cutanées d'un cancer primitive sous forme d'une ulcération cutanée est exceptionnelle. L'examen histologique et son complément immunohistochimique apportent bien souvent la clé du diagnostic.

Skin Deep: Unmasking Multiple Myeloma through Dermatological Manifestation

B.Amal, S.Abdellah, O.Markouk, M.Aboudouraiib, O.Hocar, S.Amal Department of dermatology, Mohammed VI University hospital, Faculty of medicine Cadi Ayyad University Marrakech.

Abstract:

Dermatological manifestations can be intriguing clues to diagnose systemic disorders, including hematologic malignancies like multiple myeloma. This presentation showcases three compelling cases that illustrate the diverse and often enigmatic ways in which multiple myeloma can reveal itself through cutaneous involvement.

Case 1 features a 75-year-old male who presented with rapidly evolving necrotic purpura, which immediately raised concerns of an underlying systemic condition. Further investigations revealed renal involvement, prompting a thorough examination, including bone marrow aspiration, which ultimately confirmed the diagnosis of multiple myeloma.

In Case 2, a 63-year-old male presented with cutaneous sclerosis with erythematous plaques in the limbs and face, initially diagnosed as cutaneous mucinosis after a biopsy. The persistence of symptoms led to a deeper investigation, and subsequently, the patient was diagnosed with indolent multiple myeloma.

Case 3 involves a 43-year-old male who presented with chronic ulcerating cheilitis, a manifestation rarely associated with multiple myeloma. Nonetheless, comprehensive evaluation and diagnostic testing led to the unexpected finding of multiple myeloma in this patient.

These cases serve as valuable learning experiences for healthcare professionals, underscoring the significance of recognizing dermatological manifestations in the context of multiple myeloma. Early identification of these signs can lead to prompt diagnosis and improved patient outcomes.

Manifestations cutanées associées aux hémopathies : à propos de deux cas

Hayder Faten, Chamli Amal, Helal Imen*, Sana Bouzid, Zaouak Anissa, Fenniche Samy, Hammami Houda

Service de Dermatologie, * Service d'anatomie pathologique, Hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunisie

Introduction : L'atteinte cutanée au cours des hémopathies malignes n'est pas rare. Les manifestations cutanées spécifiques sont définies par un envahissement dermique par les cellules hématopoïétiques. Elles peuvent revêtir divers aspects cliniques. Nous présentons deux observations différentes de métastases cutanées associées aux hémopathies.

Observations :

Cas 1 : Patiente âgée de 61 ans, diagnostiquée depuis 5 mois d'un lymphome T périphérique (LTP) ganglionnaire avec une indication à la polychimiothérapie type CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone). Elle s'est présentée avec une éruption douloureuse de la fesse gauche évoluant depuis quatre jours. A l'examen a objectivé de multiples papulo-nodules érythémateux reposant sur une peau inflammatoire et indurée. Toutes les lésions siègeaient sur la fesse gauche et la cuisse homolatérale suivant un trajet zostérioriforme. L'examen histologique a objectivé une prolifération tumorale dermique faite de nappes de cellules atypiques. A l'immunohistochimie, les cellules exprimaient de façon intense le CD45 et le CD3. Le diagnostic d'une métastase cutanée zostérioriforme d'un LTP a été porté.

Cas 2 : Patient âgée de 48 ans, suivie en hématologie depuis un an pour une leucémie myéloïde aigue (LMA). Elle consultait pour des lésions polymorphes et diffuses évoluant depuis 3 semaines. A l'examen, on notait la présence de multiples vésicules et papulo-nodules ulcérés avec un halo hémorragique de la face et du décolleté. Des plaques infiltrées et crouteuses des deux avants bras ainsi qu'un purpura des deux cuisses ont été aussi objectivés. L'examen histologique a montré une infiltration tumorale du derme faite de cellules atypiques à noyau encoché avec un marquage positif au CD68 à l'immunohistochimie. Le diagnostic d'une localisation cutanée d'une LMA monoblastique a été porté.

Discussion : Les lésions cutanées spécifiques au cours des hémopathies malignes sont d'aspects variables. L'atteinte cutanée secondaire dans les LMA, encore appelée « leukemia cutis », est rapportée dans 10-15% des cas. Les plaques infiltrées et les papulo-nodules sont évocateurs du diagnostic quand la leucémie est connue. Le halo hémorragique noté dans le 1er cas est caractéristique. Les métastases cutanées sont plus fréquentes au cours des LTP avec une présentation papulo-nodulaire rapportée dans un tiers des cas. Les lésions sont diffuses chez 50% des patients. La particularité du 2ème cas réside dans la disposition métamérique des tumeurs. Les métastases zostérioriformes au cours des LTP sont rares et rapportés dans seulement 14% des cas. La physiopathologie est mal connue. Les hypothèses d'une dissémination lymphatique ou encore un phénomène de Koebner dans le site d'un zona ancien ont été avancés. Chez notre deuxième patiente, la recherche d'antécédents d'une infection à *herpes-zona* était négative. Dans les deux cas présentés, la localisation cutanée est synonyme d'une aggravation du pronostic avec

un taux de mortalité élevé. La prise en charge repose sur le traitement de l'hémopathie sous-jacente.

Conclusion : La localisation secondaire au cours des hémopathies malignes se caractérise par un aspect clinique variable. La confirmation diagnostique repose sur l'examen histologique et l'immunohistochimie. Le pronostic est souvent réservé

Les dermatoses paranéoplasiques facultatives au CHU Mohammed VI d'Oujda

N. TAHRI¹, L. ELYAMANI¹, H. RAGRAGUI¹, S. DIKHAYE^{1,2}, N. ZIZI^{1,2}

5- Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

6- Laboratoire d'épidémiologie, de recherche scientifique et de santé publique.

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Maroc.

INTRODUCTION :

Les dermatoses paranéoplasiques (DPN) est un ensemble d'affections cutanées ou cutanéomuqueuses qui se caractérisent par l'association aux néoplasies et par une évolution parallèle à celle de ces dernières. Elles sont classées en 3 groupes : les dermatoses paranéoplasiques obligatoires, facultatives et exceptionnelles. Les DPN facultatives comprennent de variables affections dont l'association avec un cancer est moins constante par rapport aux DPN obligatoires, mais suffisamment fréquente pour la justification de la recherche systématique d'une néoplasie associée. Le but de notre travail est d'étudier la prévalence des néoplasies dans certaines dermatoses paranéoplasiques facultatives en milieu hospitalier au sein de CHU d'Oujda.

MATERIELS ET METHODES :

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive qui inclut les dossiers des patients hospitalisés dans notre service pour des pathologies entrant dans le groupe des dermatoses paranéoplasiques facultatives entre Novembre 2014 et août 2022.

RESULTATS :

Nous avons étudié au total 113 dossiers dont 50 cas de prurit chronique (44%), 27 cas de dermatomyosite DM (23%), 23 cas d'érythrodermie (20%) et 6 cas de Leser-trélat (5%).

Le syndrome de Sweet et le pyoderma gangrenosum venaient en dernier lieu avec une fréquence de 5%.

Le prurit chronique représente 44% des cas (50 cas), le diagnostic du cancer a été retenu chez 2 patients (4%) de sexe masculin avec moyenne d'âge de 70 ans (+/- 15). Les cancers représentés dans notre série sont un cancer pulmonaire à grande cellules et un adénocarcinome prostatique. Le diagnostic du cancer a suivi le diagnostic du prurit chronique dans les 2 cas avec un délai médian de 33 mois [6 mois, 5 ans].

Les dermatomyosites représentent 23% des cas (27 cas), le diagnostic du cancer a été retenu chez 8 patients (29,6%). Le sex ratio F/H de 1,6 et la moyenne d'âge était de 57,7 ans (+/- 16,6). Le cancer le plus représenté dans notre série est le cancer du cavum présent chez 3 patients (37,5%), suivi du cancer du sein présent chez 2 patientes (25%), du cancer du larynx, de l'endomètre et de l'estomac dans 1 cas chacun soit 12,5% des cas. Le

diagnostic du cancer a précédé celui de la DM dans 3 cas, concomitant avec celui de la DM dans 3 cas et a suivi le diagnostic de la DM dans 2 cas (25%). Le délai médian entre le diagnostic du cancer et la dermatomyosite était de 3 mois [15 jours, 47 mois].

Les érythrodermies représentent 20% des cas (23 cas), le diagnostic du cancer a été retenu chez 2 patients de sexe masculin avec moyenne d'âge de 56 ans (+/- 8). Les cancers représentés dans notre série sont un lymphome cutané T et lymphome de Sézary. Le diagnostic de l'érythrodermie a précédé le diagnostic de cancer dans les 2 cas. Le délai médian entre le diagnostic du cancer et l'érythrodermie est 44 mois [4 mois, 7 ans].

Les Lésers-trélat représentent 5% des cas (6 cas). Le diagnostic du cancer a été retenu chez 5 patients. La moyenne d'âge était de 65 ans (+/- 7). Tous les patients étaient de sexe masculin. Les cancers représentés dans notre série sont le sarcome pléomorphe indifférencié cutané, le carcinome basocellulaire sclérodermiforme, le carcinome infiltrant mammaire, une tumeur stromale gastro-intestinal avec métastase hépatique, un carcinome bronchique non à petites cellules de type adénocarcinome métastatique. Le diagnostic du cancer a précédé celui de Syndrome de Lésers-trélat dans 1 cas (20%), il était concomitant avec celui de Lésers-trélat dans 1 cas (20%) et a suivi le diagnostic de Lésers-trélat dans 3 cas (60%). Le délai médian entre le diagnostic du cancer et le Lésers-trélat était 14 mois (+/-13) [8 mois, 3 ans].

DISCUSSION :

Les dermatoses paranéoplasiques sont l'ensemble d'affections cutanées ou cutanéomuqueuses qui ne sont pas liées à un envahissement métastatique, mais elles sont considérées comme une conséquence indirecte de l'évolution d'un processus néoplasique interne.

Pour le prurit chronique, les données de notre série discordent avec une étude tunisienne incluant 70 patients, où la cause néoplasique a été révélée chez 10 patients (17,2 %) dont 9 cas de lymphome (90%) et un cas de cancer du côlon (1%)[1] . Le prurit peut précéder le diagnostic du cancer de plusieurs mois selon la littérature [2]. Dans notre étude le diagnostic du cancer a suivi le diagnostic du prurit chronique.

En ce qui concerne la dermatomyosite, son association à la malignité a été largement décrite. Environ 13 à 42 % des patients atteints de DM sont associés à un cancer [3], ce qui concorde avec les résultats de notre étude. Dans les séries de la littérature ; le cancer du nasopharynx était le cancer le plus fréquent chez l'homme et le cancer du sein chez les femmes [4]. Le cancer peut être diagnostiqué avant, simultanément ou après le diagnostic de la myopathie inflammatoire. Ceci est concordant avec les résultats de notre étude.

Dans notre série, le diagnostic d'une érythrodermie d'origine paranéoplasique a été retenu chez 8% des cas. Les cancers représentés dans notre série sont un lymphome cutané T et lymphome de Sézary. Le délai médian entre le diagnostic du cancer et l'érythrodermie est de 44 mois. Ces données rejoignent les résultats d'une étude au CHU de Casablanca qui ont pu retenir le diagnostic d'une érythrodermie d'origine paranéoplasique dans 12,1% des cas, dont les cancers responsables sont des hémopathies malignes et la durée moyenne entre le début de la symptomatologie et le diagnostic était de 26,28± 61,89 semaines.[6]

Dans notre série le diagnostic du cancer associé au Syndrome de Lésers-trélat a été retenu dans 83% des cas, ce qui rejoint ce qui est décrit dans la littérature.[7]

CONCLUSION :

Les dermatoses paranéoplasiques peuvent être un signe évocateur d'un cancer inconnu ou un signe de récurrence d'un cancer connu et traité d'où la nécessité de la bonne connaissance de ces dermatoses.

REFERENCES :

1. Prurit chronique : un symptôme fréquent aux étiologies multiples S. Bellakhal*, E. Gharbi , I. Abdelaali , B. Ben Kaab , T. Jomni , M.H. Douggui Médecine interne, hôpital des FSI La Marsa, Tunis, Tunisie
2. Larson V, Olive Tang T, Stander S, Kang S, Kwatra S. Association between itch and cancer in 16,925 patients with pruritus: Experience at a tertiary care center. The American Academy of Dermatology 2018; 80: 931-937

3. J. Wang, G. Guo, G. Chen, B. Wu, L. Lu, and L. Bao, "Meta-analysis of the association of dermatomyositis and polymyositis with cancer," *British Journal of Dermatology*, vol. 169, no. 4, pp. 838–847, Oct. 2013, doi: 10.1111/bjd.12564.
4. Toumi S, Ghnaya H, Braham A, Harrabi I, Kechrid C, Ajili F, et al. Les polymyosites et dermatomyosites de l'adulte, Étude multicentrique tunisienne. *Rev Med Interne*. 2009 Sep;30(9):747–53.
5. W. C. H. Y. et al Chen YJ, "Cancer risks of dermatomyositis and polymyositis: a nationwide cohort study in Taiwan. ," *Arthritis Res Ther* 2010; 12:R70..
6. Profil épidémio-clinique et étiologique des érythrodermies de l'adulte au CHU de Casablanca :série de 59 cas I.BENSLIMANE KAMAL1 , F.HALI1 , K. BALINE, S.CHIHEB1 1 Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Seborrheic Keratoses as the first sign of nasopharyngeal cancer: Case report of Leser-Trelat Sign in a rare association with cavum cancer

I.BEJJA/H.BAYBAY/Z.DOUIH/M.SOUGHI/S.ELLOUDI/FZ.MERNISSI
Department of dermatology, CHU HASSAN II, FES, Morocco

Introduction:

Skin manifestations can lead to an early diagnosis of neoplasia, improving its prognosis. Among the cutaneous findings is the rare and controversial sign of Leser-Trelat, which is an eruptive appearance or increase in itchy multiple seborrheic keratoses (SKs) associated with an internal neoplasm.

Herein, we present a case of Leser-Trelat syndrome having preceded the appearance of a nasopharyngeal carcinoma.

Case report:

A 64-year-old man was admitted to our department about the acute development of black-colored lesions which were rapidly increasing in number and size. On examination, we found multiple seborrheic keratoses on his face and scalp. Otherwise, his general physical examination and investigations were normal.

3 years later, the patient was installed a hypoacusis with nasal obstruction motivating the realization of a nasofibroscope complete with a biopsy objectifying an undifferentiated non-keratinizing carcinoma of the cavum.

The extension assessment did not objectify distant metastases.

The patient received concomitant radiochemotherapy with good clinical and radiological control of the neoplasia associated with stability of the skin lesions after a 5-year follow-up.

Discussion:

Indirect involvement of the skin by visceral tumors can cause a variety of inflammatory, proliferative, metabolic, and neoplastic changes without the actual presence of tumor cells.

In these paraneoplastic disorders, the skin condition generally shows up distant from the primary tumor site. Though mechanisms are unknown in most cases, it is believed that mediators such as growth factors, cytokines, or hormones are involved in the pathogenesis of the cutaneous findings.

The sign of Leser-Trélat is the sudden development of a large number of seborrheic keratoses in association with a malignant neoplasm. Our report appears to be the first to demonstrate an association with cavum carcinoma.

Conclusion:

Clinically diagnosed seborrheic keratoses are known as usual and harmless lesions. Yet, an acute appearance of these benign lesions is an alarming sign that indicates an underlying malignancy. We stress here the importance of a proper knowledge of paraneoplastic cutaneous signs that can help detect malignancies in early stages.

Toxidermie Médicamenteuses

Les toxidermies médicamenteuses graves : Etude rétrospective à propos de 107 cas

G.Sqalli¹, Z.Douhi¹, M.Soughi¹, S.Elloudi¹, H.Baybay¹, M.Elbaldi², K.Elrahi², Fz.Mernissi¹

¹ : Service de Dermatologie et vénérologie CHU HASSAN II FES

² : Laboratoire d'épidémiologie et recherche scientifique, faculté de médecine et de pharmacie Fes

Introduction

Les toxidermies graves sont des réactions cutané-muqueuses aiguës secondaires à une prise médicamenteuse pouvant mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel. L'objectif de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de ces malades en mettant la lumière sur les médicaments les plus incriminés.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétro prospective descriptive menée au service de dermatologie de 2014 à 2023 incluant les patients présentant un DRESS Syndrome (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms), Stevens Johnson (SJS), nécrolyse épidermique toxique (Lyell) et une pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG). Nous avons exclu les autres réactions médicamenteuses à type d'angioedème et vascularite médicamenteuse. Nous avons rapporté la fréquence de chaque toxidermie, étudié les manifestations systémiques par la réalisation d'un bilan biologique/radiologique, et enfin la prise en charge thérapeutique adoptée. Les médicaments incriminés ont été notifiés par le centre de pharmacovigilance sur des critères d'imputabilités intrinsèques (sémiologie et chronologie) et extrinsèques. Les données ont été analysées par le logiciel SPSS V26.

Resultats

Nous avons colligé 107 patients, le sexe ratio (H/F) était 0.5, la moyenne d'âge 53.48. Nous avons noté : 67.3% DRESS syndrome, 15.9% Stevens Johnson, 10.3% Lyell, et 6.5% PEAG. L'atteinte hépatique était présente chez 39.3% des patients avec une prédominance dans le DRESS (47.2%), suivi du Lyell (36.4%), SJS (23.5%) et absente dans la PEAG. La forme cytolytique (51.2%) était majoritaire. L'insuffisance rénale était présente chez 47.7% des cas de type fonctionnelle (67.9%) ou nécrose tubulaire aiguë (32.1%). Elle était plus fréquente dans le DRESS (52.8%), suivi par le Lyell (45.5%), SJS (35.3%) puis la PEAG (28.6%). L'hyperéosinophilie était majoritaire dans le DRESS (80.6%) et la PEAG (42.9%) et moindre dans le SJS et le Lyell. Les médicaments les plus incriminés étaient l'allopurinol (44.9%), les neuroleptiques (20.6%), les antibiotiques (12.6%), la salazopyrine (5.6%) et les anti inflammatoires (5.6%). Par ailleurs l'allopurinol était plus incriminé dans le DRESS (51.4%) et le Lyell (45.5%), les antibiotiques dans la PEAG (28.6%) et le SJS (17.6%), les neuroleptiques dans le

SJS(35.3%), le Lyell(27.3%) et le DRESS(18.1%). 51.9% des patients étaient sous dermocorticoïde en préparation magistrale et 14.9% sous dermocorticoïde 30g, le reste est resté sous soins locaux seuls. La corticothérapie a été adoptée chez 25.2% des patients dont 33.3% était des bolus. 9.3% des patients sont décédés, dont 36.4% des cas de Lyell et 8.3% des DRESS contrairement au SJS et la PEAG où nous n'avions noté aucun décès.

Discussion

Les toxidermies graves sont des réactions médicamenteuses cutanées sévères secondaires à une hypersensibilité retardée type IV, incluant le DRESS, le SJS/Lyell et la PEAG[1]. Le DRESS syndrome est la forme la plus fréquente selon une série tunisienne de 74 patients rejoignant nos résultats[2]. Le foie est l'organe le plus touché surtout dans le DRESS avec une prédominance cholestatique [3]. Cette atteinte peut être expliquée par l'infiltration du foie par les éosinophiles ou par la réactivation virale(HHV6) responsable d'hépatite [4]. L'allopurinol, les anticonvulsivants, les antibiotiques et anti inflammatoires sont les plus incriminés dans la littérature mais dans notre contexte l'allopurinol est le plus notifié probablement vu sa prescription courante par les omnipraticiens. L'intérêt d'un traitement systémique dans les toxidermies graves est un sujet de débat surtout pour le SJS et le Lyell devant le risque infectieux. Enfin, la mortalité est plus importante dans le Lyell et le SJS suivie du DRESS et à moindre degré la PEAG[1].

Conclusion

A travers cette étude nous avons révélé une prédominance du DRESS avec plus d'atteintes systémiques ainsi qu'une implication plus importante de l'allopurinol et des antiépileptiques. Compte tenu de la gravité potentielle de ces toxidermies, nous insistons sur la précocité du diagnostic et l'intérêt indéniable d'une prise en charge rapide et une prescription raisonnée de toute médication.

Références :

[1] Owen, Cindy England, et Jordan M. Jones. « Recognition and Management of Severe Cutaneous Adverse Drug Reactions (Including Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms, Stevens-Johnson Syndrome, and Toxic Epidermal Necrolysis) ». *Medical Clinics of North America*, vol. 105, no 4, juillet 2021, p. 577-97. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.04.001>.

[2] Daadaa, N., et al. « Les toxidermies sévères : une série de 74 cas ». *La Revue de Médecine Interne*, vol. 38, décembre 2017, p. A147-48. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2017.10.085>.

[3] Lin, I-Chun, et al. « Liver Injury in Patients with DRESS : A Clinical Study of 72 Cases ». *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 72, no 6, juin 2015, p. 984-91. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.02.1130>.

[4] Martinez-Cabriaes, Sylvia A., et al. « Liver involvement in the drug reaction, eosinophilia, and systemic symptoms syndrome ». *World Journal of Clinical Cases*, vol. 7, no 6, mars 2019, p. 705-16. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i6.705>.

Toxidermies médicamenteuses graves : profil épidémiologique, clinique et évolutif.

Introduction :

Les toxidermies médicamenteuses graves sont des manifestations cutanées et/ou muqueuses causées par l'administration systémique de médicaments. Ces réactions bien que rares peuvent engager le pronostic fonctionnel et vital. Elles peuvent se manifester sous différentes formes clinique : syndrome de Stevens Johnson ou nécrolyse épidermique toxique (SJS / NET), syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS), pustolose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) et l'érythème polymorphe majeur.

L'objectif de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique, clinique et évolutif de ces toxidermies.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective portant sur les dossiers des malades hospitalisés au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire SOUSS-Massa , sur une période de 2 ans allant de Janvier 2021 au Mai 2023 soit une série de 11 patients. L'étude des dossiers a été réalisée à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie.

Résultats :

11 cas de toxidermies médicamenteuses graves ont été enregistré durant cette période de 2 ans avec une moyenne de 5.5 cas / an. La moyenne d'âge était de 39.45 ans avec des extrêmes allant de 20 à 61 ans. On a noté une prédominance masculine à 63.63 % et un sex-ratio H/F 1.75.

La goutte (2cas), les hémopathies (2 cas), étaient les principales associations pathologiques chez nos patients suivi par les cancers solides (1cas), spondyloarthropathies (1cas), HTA (1 cas), traumatisme crânien grave (1cas). Le médicament en cause était pris en auto-médication dans 27.27 % des cas et dans 72.72 % prescrit par le médecin **traitant**. 63.63 % des patients étaient polymédicamentés. Les principaux médicaments impliqués étaient : anti-cancéreux (**préciser quel médicaments**)

dans 27.27 %, les antibiotiques (en particulier l'amoxicilline), les hypo-uricémiant et AINS dans 18.18 %, les anti-convulsivants dans et Salazopyrine dans 9.1 %.

Notre série a révélé 4 formes cliniques distinctes : NET/SJS chez 6 patients soit 54.54 %, 3 patients avec un DRESS syndrome soit 27.26 %, 1 cas de PEAG et un érythème pigmenté fixe majeur chez un seul cas soit un pourcentage de 9.10 %.

Les résultats de la pharmaco ??

L'arrêt du médicament en cause a été fait dans 100 % des cas, un traitement symptomatique a été entrepris chez tous nos malades et la corticothérapie générale a été proposé chez 3 malades soit 27.27 % des cas **préciser quelle toxidermie ? le traitement par erythromycine ??**. L'infection systémique était la seule complication survenue chez 2 malades.

L'évolution a été marquée par le décès de 2 malades atteints de NET par un syndrome de détresse respiratoire aiguë et un choc septique. Et une guérison de 9 patients avec un blanchiment des lésions dans 100% des cas dans un délai en moyenne de 8.89 jours avec des extrêmes allant de 7 à 12jours, une pigmentation séquellaire chez 88.89 % des patients et une atteinte oculaire séquellaires chez 2 patients.

Discussion :

La prévalence des toxidermies atteint 5 % des hospitalisations dans les services de dermatologie. La prédominance masculine retrouvé dans notre série ne rejoignait pas les données de la littérature dans l'étude de L.H MRINI, Hernandez- Salazar et al , N.Daadaa et al qui ont rapporté une prédominance féminine avec un sex-ratio respective de 1.8 , 1.3 et 1.38. La moyenne d'âge observée dans notre étude rejoignait les données de la littérature. La poly médication étant un facteur de risque de survenue de ces toxidermies a été retrouvé chez 63.63 % de nos malades. Les anti-cancéreux à 27.27 % suivi par les AINS, les antibiotiques et les hypo-uricémiants ont été les médicaments les plus incriminés dans notre série par contre Boudghene Stamboli et al ont trouvé que les antibiotiques étaient responsables de 80% des cas, suivies par les AINS et les anticonvulsivants. **Mettre la prise en charge dans la discussion.**

Conclusion :

Les toxidermies médicamenteuses graves sont un réel problème de santé publique. Elles constituent une urgence diagnostic et thérapeutique pouvant compromettre le pronostic vital d'où l'intérêt d'une bonne évaluation du bénéfice risque des médicaments prescrits et la déclaration à la pharmacovigilance.

Neuroleptiques et toxidermies graves : Etude rétro prospective à propos de 22 cas

G.Sqalli¹, Z.Douhi¹, M.Soughi¹, S.Elloudi¹, H.Baybay¹, M.Elbalidi², K.Elrahzi², Fz.Mernissi¹

¹ :Service de Dermatologie et vénéréologie CHU HASSAN II FES

² : Laboratoire d'épidémiologie et recherche scientifique, faculté de médecine et de pharmacie Fes

Introduction

Les toxidermies graves comprennent le DRESS syndrome (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms), le Stevens Johnson et la nécrolyse épidermique toxique (Lyell), elles peuvent être causées par les neuroleptiques prescrits pour des causes neurologiques, psychiatriques ou algiques.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétro prospective descriptive menée de 2014 à 2023 au service de dermatologie incluant les patients hospitalisés pour toxidermies sévères sous neuroleptiques. Nous avons rapportés les différentes formes de toxidermies et leur manifestations systémiques ensuite nous avons étudié les neuroleptiques les plus incriminés, étiqueter les tableaux cliniques et les atteintes systémiques auxquelles ils sont associés. Nos données ont été analysés par le logiciel Excel et SPSS v26.

Résultats

22 malades ont été inclus, le sexe ratio (H/F) était 0.5, l'âge moyen 32.8. Parmi les patients : 59% DRESS, 27% SJS, 14% Lyell. La population pédiatrique représentait 30% de notre échantillon. Les atteintes systémiques étaient : hépatique (31.8%) essentiellement cytolytique (71.4%), rénale (27.3%) essentiellement fonctionnelle, avec une nette prédominance de ces manifestations dans le DRESS syndrome. Les neuroleptiques notifiés étaient: carbamazépine(40.9%), lamotrigine(27.7%), valproate de sodium(27.2%), phénobarbital(18.8%), clobazam(13.3%), et prégabaline(4.5%). Nous avons noté que la lamotrigine était plus pourvoyeuse de SJS (80%) , Lyell (10%) et aucun DRESS. Les patients sous carbamazépine ont développé surtout le DRESS (88.9%), SJS

(11.1%) et aucun Lyell. La prise en charge thérapeutique s'est basée sur la substitution du neuroleptique chez tous nos patients. En plus des soins locaux, 22.7% des patients étaient mis sous corticothérapie et 63.6% sous dermocorticoïde. Nous n'avons noté aucun décès.

Discussion

Les antiépileptiques aromatiques tel que : la carbamazépine, la phénytoïne, le phénobarbital, la lamotrigine et oxcarbazépine sont les plus impliqués dans les toxidermies sévères contrairement aux anti épileptiques non aromatiques comme le zonisamide [1]. Ils sont prescrits en premier pour l'épilepsie ce qui explique la survenue de ces toxidermies chez une population jeune et pédiatrique comme l'ont montré également nos résultats. Certains auteurs stipulent que la lamotrigine est responsable de tableaux plus sévères tel que le SJS, Lyell ou les syndrome de chevauchement [2]. Le risque de développer un DRESS syndrome chez les patients traités par carbamazépine ou phénytoïne est de 1 sur 5000 alors qu'il est de 1 à 6 sur 10 000 pour le SJS et Lyell rejoignant nos résultats [3]. L'atteinte hépatique et rénale sont prédominante chez les patients présentant un DRESS sous neuroleptiques par rapport au SJS et Lyell ce qui rejoint nos données [2]. Le mécanisme de ces réactions d'hypersensibilité peut être expliquer soit par un déficit de l'enzyme époxyde hydroxylase qui détoxifie les métabolites des antiépileptiques aromatique, ou une réactivation de certains virus ou par une prédisposition ethnique. L'accumulation des métabolites toxiques des antiépileptiques aromatiques est responsable de la mort cellulaire direct, et ils peuvent aussi agir comme pro haptènes en se liant aux lymphocytes T provoquant une réponse immunitaire excessive [1]. La prise en charge se base d'abord sur la substitution des médicaments. Chez les patients présentant des toxidermies sévères sous antiépileptiques aromatiques, il faudra éviter d'autres anticonvulsivant aromatique et la lamotrigine. La corticothérapie reste discutable en fonction de l'état du patient, les immunoglobulines peuvent être bénéfique pour le SJS et Lyell. L'arrêt rapide du médicament associé à une prise en charge précoce améliore le pronostic.

Conclusion

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature. Les antiépileptiques aromatiques sont les plus incriminés avec une prédominance de la carbamazépine dans le DRESS et le SJS, et de la lamotrigine dans le SJS/Lyell. Le foie et le rein sont les plus atteints notamment dans le DRESS syndrome. Enfin, vu la gravité de ces toxidermies, les neuroleptiques doivent être prescrit de façon raisonnée et rationnelle.

Références

[1] Fowler, Thomas, et al. « Risks and Management of Antiepileptic Drug Induced Skin Reactions in the Adult Out-Patient Setting ». *Seizure*, vol. 72, novembre 2019, p. 61- 70. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.07.003>.

[2] Yang, C. Y., et al. « Severe Cutaneous Adverse Reactions to Antiepileptic Drugs in Asians ». *Neurology*, vol. 77, no 23, décembre 2011, p. 2025- 33. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31823b478c>

[3] Błaszczuk, Barbara, et al. « Antiepileptic Drugs and Adverse Skin Reactions: An Update ». *Pharmacological Reports*, vol. 67, no 3, juin 2015, p. 426- 34. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.pharep.2014.11.009>.

Une ductopénie compliquant un DRESS syndrome à l'allopurinol : Une complication hépatique rare

Amri F, Korbi M, Bellalah A*, Ben Romdhane H, Bouhlel W***, Youssef M, Belhadjali H, Zili J**

Service dermatologie, * Service anatomopathologie, **Service pharmacologie,*Service gastro-entérologie, CHU Monastir, Tunisie**

Introduction

La ductopénie ou Vanishing bile duct syndrome est une forme acquise, rare et sévère de maladies hépatiques entraînant une cholestase chronique. Elle peut être d'origine immunologique, toxique, vasculaire, infectieuse ou néoplasique. Nous rapportons un cas de ductopénie faisant suite à des lésions hépatiques induites par les médicaments dans le cadre d'un DRESS.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 30 ans, hospitalisé pour prise en charge d'un DRESS syndrome suite à une prise d'allopurinol pour arthrite goutteuse. L'examen dermatologique retrouvait une éruption érythémateuse papuleuse avec œdème du visage. L'examen histologique d'une biopsie cutanée était en faveur d'un DRESS syndrome. Le patient avait une atteinte multi-viscérale avec une insuffisance rénale aiguë et un syndrome d'activation macrophagique confirmé par une ponction sternale nécessitant sa mise sous corticothérapie systémique à forte dose avec une amélioration clinique et biologique. Néanmoins, pendant son hospitalisation, le patient avait présenté une atteinte hépatique mixte avec une cholestase prédominante entraînant un prurit et un ictère clinique. Un bilan immunologique et des sérologies faites étaient négatives, une cholangio-IRM objectivait une absence de visualisation des voies biliaires. On notait une persistance de la cholestase après amélioration de l'insuffisance rénale, du syndrome d'activation macrophagique, la disparition de l'hyper éosinophilie et de l'éruption cutanée. Le diagnostic d'une ductopénie était évoqué et le patient mis sous acide ursodesoxycholique avec une amélioration progressive.

Discussion

La ductopénie est caractérisée par une cholestase chronique à la biologie faisant suite à une perte des voies biliaires intrahépatiques. Elle constitue une complication rare des toxidermies. A notre connaissance, il s'agit du 2^{ème} cas rapporté dans la littérature. Le diagnostic peut se faire avant l'histologie puisque la ponction biopsique du foie est une méthode d'exploration invasive qui doit être différée par rapport à l'épisode aigu. Il

repose sur les arguments d'anamnèse, la présence d'une cholestase chronique à la biologie et les données de l'imagerie. A posteriori, l'examen histologique, montrera une disparition des canaux biliaires intrahépatiques dans au moins 50 % des espaces portes. Le pronostic de la ductopénie est souvent péjoratif, lié au risque d'évolution vers la cirrhose biliaire et pouvant justifier dans certains cas une greffe hépatique.

Conclusion

Nous avons rapporté une complication hépatique rare et exceptionnelle du DRESS syndrome afin d'avertir le clinicien pour une meilleure prise en charge de cette toxidermie potentiellement grave.

DRESS syndrome et atteinte hépatique : phénotype clinico-biologique de 51 cas

S. JEBBOUJE¹, F. HALI¹, W. HLIWA², S. CHIHEB¹

Introduction

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS syndrome) comporte des manifestations systémiques et viscérales diverses dont l'atteinte hépatique est la plus fréquente. La cytolyse hépatique est prédominante dans 70-90% et la cholestase hépatique est possible. L'atteinte hépatique peut être majeure jusqu'à réaliser une hépatite fulminante nécessitant une transplantation hépatique. Nous rapportons dans cette étude les caractéristiques de l'atteinte hépatique chez les patients hospitalisés pour DRESS syndrome dans notre service.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique étalée sur une période de 23 ans (Janvier 2000-Mai 2023). Ont été inclus tous les patients hospitalisés pour un DRESS répondant aux critères du registre européen des réactions cutanées sévères aux médicaments (Regiscar) avec un score supérieur ou égal à 3 points et qui ont présenté une atteinte hépatique.

Résultats

Sur les 89 cas de DRESS syndrome colligés, 51 cas présentaient une atteinte hépatique correspondant à une prévalence de 57.30%. Vingt-huit étaient des hommes; l'âge moyen était de 40.64 ans [4-82 ans]. Quarante patients présentaient un exanthème papulo-urticarien (79%), huit patients une érythrodermie exfoliative (16%), deux patients un érythème polymorphe-like (3,1%) et un patient présentait un érythème morbiliforme (1,9%). La cytolyse hépatique était présente chez tous les patients, et était marquée par l'élévation des enzymes hépatiques : alanine aminotransférase (ALAT) et aspartate (ASAT) avec des chiffres allant de 2 à 10 fois la normale. Trente-sept patients soit 72.54% présentaient le syndrome de cholestase. Le prurit était constant, pourtant l'ictère cutanéomuqueux était marqué dans 5.8%. Les phosphatases alcalines (PAL) étaient considérablement élevées chez tous les patients avec des chiffres allant de 3 à 9 fois la normale et des chiffres moins élevés des gammaglutamyl-transpeptidase (γ -GT). Aucun des patients n'a présenté une hépatite fulminante. Tous les patients ont bénéficié d'une sérologie hépatique B et C qui sont revenues négatives. Une échographie hépatobiliaire a été demandée afin d'éliminer une cause organique sous-jacente, aucune anomalie n'a été objectivée chez ces patients. Les antiépileptiques étaient les plus incriminés (41.17%) dont la carbamazépine était la molécule la plus pourvoyeuse (35.29%) ; suivis par l'allopurinol (27.45%), la sulfasalazine (7.84%), les antibiotiques (5.88%), les anti-inflammatoires non stéroïdiens, le paracétamol et la terbinafine (1.90% respectivement). La carbamazépine était associée à l'atteinte hépatique ($p=0,023$) et la présence de l'érythème polymorphe-like était associé à la survenue d'une

cholestase hépatique sévère ($p=0,02$). Trente-deux patients (62.74%) bénéficiaient d'une corticothérapie systémique à raison de 0.5 mg/kg/jr avec une bonne évolution clinico-biologique.

Discussion

Notre étude se veut en accord avec les données de la littérature en ce qui la fréquence de l'atteinte hépatique. La cytolyse hépatique était présente chez 57.30% des patients et 41.57% présentaient une cholestase associée. L'érythème polymorphe-like est considéré comme un facteur clinique de mauvais pronostic vu sa corrélation à une atteinte hépatique plus sévère d'où l'intérêt d'une surveillance biologique stricte. La carbamazépine est plus pourvoyeuse d'atteinte hépatique dans le DRESS syndrome.

Conclusion :

Le recours à une corticothérapie systémique dans l'atteinte hépatique s'avère important pour une meilleure évolution.

Dress syndrome induit par Imatinib.

S. Ait Oussous¹, Fz. El Alaoui El Abidi¹, F. Ait Lhadj², Y. Khebbal², R. Chakiri¹

¹ Département de dermatologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc.

² Département de pharmacologie médicale, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc.

Introduction:

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou DRESS syndrome est une forme sévère de toxidermie associant des manifestations cutanées polymorphes et une atteinte systémique. De nombreux médicaments ont été impliqués. Cependant, le DRESS lié à l'imatinib est rare.

Observation:

Une femme de 61 ans, suivie pour leucémie myéloïde chronique (LMC), a été admise dans notre formation pour prise en charge d'un rash prurigineux diffus survenant un mois après l'initiation de l'Allopurinol et l'Imatinib pour traitement de sa leucémie.

L'examen clinique objectivait une fièvre à 39,1°C, des polyadénopathies, un œdème palpébral bilatéral et des 4 membres. L'éruption cutanée était polymorphe associant exanthème maculo-papuleux morbiliforme, placard érythémateux infiltré au niveau des avant-bras surmonté de vésiculo-bulles, purpura et pustules non folliculaires en tête d'épingles au niveau de la partie supérieure du thorax et des plis. Les lésions muqueuses étaient représentées par une chéilite desquamative et des pétéchies du voile du palais. Au 5^{ème} jour d'hospitalisation on a noté l'apparition d'un eczéma dyshidrosique au niveau palmo-plantaire. L'hémogramme montrait une anémie normochrome normocytaire, avec des éosinophiles à 450/ μ l. Le reste du bilan biologique était normal. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic du DRESS syndrome suspecté cliniquement. La pharmacovigilance a retenu l'imputabilité de ces deux molécules qui ont été substitués par l'hydroxycarbamide. La patiente a été mise sous prednisone 0,5 mg/Kg/J avec bonne évolution clinique.

Après résolution complète des symptômes, nous avons tenté de réintroduire l'imatinib mais cela a été voué à l'échec. Étant donné que notre patiente était toujours sous CTC, la dose a été augmenté à la posologie initiale et on a repris l'hydroxycarbamide.

Discussion :

L'imatinib est le traitement de première intention dans la LMC, avec une survie à long terme excédant 90 %. Il est connu pour être associé à l'exanthème maculo-papuleux dose-dépendant. Cependant, le DRESS survenant suite à l'imatinib est rare. Seuls neuf cas ont été rapportés dans la littérature. L'âge médian variait de 37 à 78 ans et les symptômes s'installaient après une période de latence allant de 14 à 49 jours. Ces patients avaient en commun : un rash maculo-papuleux, un

œdème du visage, des adénopathies et une hyperéosinophilie. Ces caractéristiques étaient retrouvées chez notre patient également.

Conclusion :

A notre connaissance, il s'agit du dixième cas rapporté à ce jour. Chez tout patient présentant une éruption cutanée et une hyperéosinophilie, tout nouveau médicament doit être interrompu et l'administration d'une CTC à faible dose peut être envisagée. Une nouvelle tentative avec une dose plus faible semble raisonnable. En cas d'échec, il convient de switcher vers une autre molécule.

DRESS syndrome atypique mimant un érythème polymorphe, induit par la lamotrigine

F.Chekairi¹, F.Hali¹, A.Meftah², F.Marnissi³, S.Chiheb¹

¹Dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

²Pharmacologie, Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

³Anatomopathologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le DRESS syndrome (Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms) est une toxidermie rare et grave qui se présente généralement sous la forme d'une éruption maculopapuleuse ou urticarienne associée à des adénopathies, une fièvre et une atteinte systémique.

Nous rapportons un cas de DRESS syndrome atypique avec une éruption à type érythème polymorphe, induit par la lamotrigine.

Observation :

Une patiente âgée de 27 ans, diagnostiquée d'une dépression bipolaire 1 mois avant son admission, était mise sous lamotrigine, quétiapine et alprazolam par un psychiatre, 3 semaines avant l'apparition des symptômes.

Par ailleurs, elle présentait une semaine avant son admission, un herpès labial suivi d'une forte fièvre et de lésions érythémateuses sur le visage et les extrémités.

L'examen physique objectivait une éruption maculopapuleuse érythémateuse et prurigineuse diffuse touchant 50 % de la surface corporelle, de multiples lésions en cocarde ou en pseudo-cocarde touchant le tronc et les membres avec extension aux extrémités, sans atteinte des muqueuses ni adénopathie.

Nous avons suspecté un érythème polymorphe secondaire à une prise médicamenteuse récente, à un herpès ou à une infection à mycoplasme. Néanmoins, l'évolution du tableau clinique était marquée par l'apparition d'un œdème du visage avec des pustules.

Les examens biologiques révélaient une hyperleucocytose avec hyperéosinophilie à 2010 cellules/mm³, des marqueurs inflammatoires élevés, aucune altération des fonctions hépatique et rénale, une protéinurie normale. Les tests immunologiques à la recherche d'anticorps antinucléaires (AAN), du VIH et de la syphilis étaient négatifs.

La radiographie du thorax était sans particularité, mais l'échocardiographie révélait un épanchement péricardique. La biopsie cutanée était compatible avec une toxidermie.

Selon le score RegiSCAR, la patiente présentait un cas certain de DRESS syndrome et le médicament incriminé était la lamotrigine.

Elle était traitée avec de la prednisone orale à 0,5mg/kg/j, un traitement adjuvant et des émoullients. Une rémission complète des lésions cutanées était observée après 10 jours de traitement ainsi qu'une normalisation du bilan biologique après 2 semaines.

Discussion :

L'originalité de notre observation réside dans une présentation clinique atypique de DRESS syndrome qui peut simuler d'autres réactions cutanées sévères aux médicaments ou des exanthèmes d'origine infectieuse, ce qui peut induire une erreur diagnostique.

Comme le cas de notre patiente, le DRESS syndrome peut mimer un érythème polymorphe et se manifester par des lésions en cocarde ou en pseudo-cocarde, des pustules peuvent également être observées.

Notre observation met en évidence des manifestations inhabituelles d'une toxidermie systémique grave, à ne pas méconnaître, afin d'assurer un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.

Dress Syndrome chez une patiente suivie pour spondylarthropathie ankylosante sous sulfasalazine

S. JEBBOUJE¹, F. HALI¹, S. CHIHEB¹,

¹ Service de dermatologie et vénéréologie, CHU IBN ROCHD CASABLANCA

Introduction

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) est une toxidermie rare avec une morbi-mortalité élevée. C'est une hypersensibilité retardée de type IVb, et qui se manifeste par des éruptions cutanées, fièvre, lymphadénopathie, hyperéosinophilie et peut toucher plusieurs organes.

Nous rapportons une observation de DRESS syndrome secondaire à la prise de sulfasalazine.

Observation

Une patiente âgée de 42 ans suivie pour spondylarthrite ankylosante mise sous sulfasalazine 1000 mg/jr, diclofénac 100mg/jr et prégabaline 75 mg depuis 6 semaines. Consultait devant l'installation brutale d'une asthénie, fièvre à 40.4°, frissons et myalgies diffuses. A l'admission, l'examen clinique trouvait une éruption cutanée généralisée érythémateuse maculopapuleuse prurigineuse avec des pétéchies par endroit ainsi qu'un œdème facial à prédominance périorbitaire. Elle présentait aussi des adénopathies fermes, mobiles et sensibles au niveau cervical et axillaire. Le bilan biologique montrait une hyperéosinophilie, une cytolyse hépatique avec cholestase (ASAT à 4 fois la normale, ALAT à 6 fois la normale, gamma glutamyl transférase 6 fois la normale, phosphatases alcalines à 3 fois la normale) ainsi qu'un syndrome inflammatoire. La radiographie thoracique était sans anomalies, et l'échographie abdominale objectivait une splénomégalie et un épanchement péritonéal. L'examen histologique d'une biopsie cutanée montrait un infiltrat inflammatoire dermique polymorphe associé à un œdème dermique sans nécrose, compatible avec une toxidermie. Le diagnostic de DRESS syndrome était retenu et la sulfasalazine était immédiatement et définitivement interrompue. Une corticothérapie à la dose de 1mg/kg/j était instaurée. L'évolution était favorable avec disparition de la fièvre, des adénopathies et régression complète des lésions cutanées au bout de deux semaines. Le bilan hépatique et le taux des éosinophiles étaient normalisés au bout de trois semaines.

Discussion

Notre patient présentait un syndrome de DRESS certain selon le registre européen des effets indésirables cutanés sévères (REGISCAR).

Le DRESS syndrome est caractérisé par une triade faite d'éruption cutanée, atteinte systémique et une hyperéosinophilie, ce qui était bien décrit dans notre observation.

Les glucocorticoïdes restent les agents les plus utilisés devant l'atteinte systémique, bien que les doses varient considérablement d'un cas à un autre.

Conclusion

Peu de cas de DRESS syndrome induit par la sulfasalazine ont été rapportés dans la littérature.

Les réactions médicamenteuses doivent être prises en comptes par le prescripteur, et la reconnaissance du DRESS syndrome qui peut être confondu avec des affections virales est d'une grande importance en raison de sa morbidité élevée et la nécessité d'arrêt immédiat du médicament incriminé.

Un cas de DRESS syndrome compliqué d'anémie hémolytique aigue grave

I Moubine, Fz El Fatoiki, F. Hali, S. Chiheb

Service de Dermatologie et de Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou DRESS syndrome est une toxidermie grave avec un taux de mortalité non négligeable. L'atteinte systémique est le principal facteur pronostique, dominée par l'atteinte hépatique. Nous rapportons le cas d'un DRESS syndrome associé une anémie hémolytique aigue grave.

Observation :

Patiente âgée de 25 ans, suivie pour psychose sous carbamazépine, olanzapine et halopéridol depuis 2 ans, a été hospitalisée au service de dermatologie pour un érythème généralisé fébrile associé à une altération de l'état général. Cette éruption était apparue 2 semaines après l'introduction de fluoxétine et clomipramine. L'examen à l'admission avait retrouvé une patiente asthénique, fébrile à 38,9°C, tachycarde à 120 bpm et hypotendue à 9/6. L'examen dermatologique avait retrouvé un érythème généralisé surmonté de squames fines prédominant au niveau des plis, associé à un œdème des paupières et des adénopathies cervicales bilatérales. Le bilan biologique avait retrouvé une anémie normochrome normocytaire profonde à 3.5 g/dL, et une lymphopénie à 1200/mm³ avec une élévation des LDH à 2209 UI/L. Le bilan rénal et hépatique étaient normaux. Le test de coombs direct était positif, le frottis sanguin et le myélogramme était normaux. Le bilan immunologique était négatif, la biopsie cutanée était en faveur d'une toxidermie, et le bilan infectieux avait retrouvé une infection urinaire à *Escherichia coli*. Le diagnostic d'un DRESS syndrome était probable selon les critères diagnostiques du groupe RegiSCAR. La patiente a bénéficié d'une mise en condition avec remplissage et transfusion devant l'anémie mal tolérée, puis a été mise sous corticothérapie 1 mg/kg/j sous couverture antibiotique avec bonne évolution.

Discussion :

Le DRESS syndrome est une réaction d'hypersensibilité retardée sévère ayant de multiples aspects cliniques et pouvant mettre en jeu le pronostic vital. L'atteinte hépatique est la plus fréquente des manifestations viscérales rapportées dans la littérature, présente dans plus de 50% des cas. L'hyperéosinophilie est très fréquente mais peut être inexistante. Aucun cas de DRESS

syndrome associé à une anémie hémolytique aigue n'a été rapporté dans la littérature. Cependant, il a été impliqué dans le développement à moyen et à long terme de maladies auto-immunes. Parmi ces maladies auto-immunes, on note les thyroïdites, le diabète, le lupus érythémateux, et l'anémie hémolytique auto-immune.

Conclusion :

Le DRESS syndrome est une toxidermie grave impliquée dans le déclenchement de maladies auto-immunes, observées essentiellement chez les patients jeunes. Une surveillance à long terme de ces patients est donc primordiale, afin de détecter précocement les signes cliniques ou biologiques évocateurs de ces complications pour une meilleure prise en charge.

SYNDROME DE LYELL CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE 2 CAS

**V.N. BOUKANDOU*, O. MASROUR, I. SABOUNI*, G. MEYE*, A. BENZOUINA*, V.
IWENGA***, Y. CHAJAI***, A. ABABOU ***, M. AIT OURHROUI*.**

***Service de Dermatologie,**

****Service de Pneumologie,**

*****Service de Réanimation, Hôpital Cheikh Zaid- UIASS, Rabat.**

Auteur correspondant

Abstract

Introduction : Le syndrome de Lyell ou Nécrolyse Epidermique Toxique (NET) est une réaction cutanéomuqueuse médicamenteuse se caractérisant par une nécrose de l'épiderme, grave, particulièrement chez l'enfant. Nous en rapportons deux cas infantile 9 ans et 15 ans hospitalisées en Réanimation.

Observation1 : une fillette âgée de 9 ans sans antécédents cliniques particuliers présentant une éruption bulleuse touchant plus de 75% de la surface cutanée avec décollement en linge mouillé et un signe de Nikolsky positif apparu 48 H après la prise de Paracétamol.

Observation2 : une enfant de 15 an suivie depuis 3 ans pour une épilepsie tonico-clonique généralisée sous Valproate de sodium (Dépakine®). Devant la recrudescence et l'accentuation de la fréquence des crises, son neurologue a introduit une bithérapie associant Valproate et Lamotrigine 25 mg. Douze jours après l'introduction de cette dernière, on notait un rash maculo-bulleux et purpurique avec décollement en linge mouillé de plus de 40% de la surface cutanée et un Nikolsky positif.

On retrouvait chez nos deux patientes une atteinte conjonctivo-buccale et génitale le tout évoluant dans un contexte fébrile et d'altération de l'état général. L'histologie mettait en évidence un épiderme entièrement nécrosé évoquant un NET. Le diagnostic du Syndrome de Lyell était retenu chez nos deux patientes motivant l'arrêt immédiat des médicaments en cause et la mise sous immunoglobulines 2g/kg pdt 4 jours, corticothérapie à faible dose, alimentation parentérale, rééquilibration hydroélectrolytique, soins locaux et oculaires. L'évolution était favorable au bout de 10 jours.

Discussion : Le syndrome de Lyell est une toxidermie médicamenteuse grave chez l'enfant entraînant ainsi une forte morbi-mortalité. Cependant les cas de NET secondaire au paracétamol et à la Lamotrigine restent rare chez ces derniers. La prise en charge repose principalement sur

l'arrêt du médicament causal, avec une réhydratation adéquate et une correction des éventuels désordres hydroélectrolytiques et les soins cutanéomuqueux. Le traitement par corticothérapie et immunoglobulines est sujet à controverses. A ce jour, l'administration de ces deux produits ne fait pas l'objet de recommandations claires. En effet, les résultats des études menées à l'échelle internationale sont contradictoires dû à l'absence de véritables études prospectives randomisées.

Conclusion : Le NET est une toxidermie rare chez l'enfant. Le traitement symptomatique constitue la pierre angulaire de celui-ci. Les traitements de fond actuels, représentés par les Immunoglobulines et les corticostéroïdes, font l'objet de débat, et doivent faire l'objet de recherche clinique plus approfondie.

Mots clés : Lyell, enfant, Paracétamol, Lamotrigine, Immunoglobulines

Déclaration d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Une nécrolyse épidermique toxique sans atteinte des muqueuses : à propos d'un cas

H. KHERBACH (1) ; I. LAKHAL (1) ; S. AIT OUSSOUSS (1) ; F. EL ALAOU EL ABIDI ; B. EL IDRISSI. N. KAYOUH (1); Y. HADZINE (2); C. REINHART (2); H. NASSIK (2); R. CHAKIRI (1)

(1) Dermatologie et Vénérologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

(2) Anesthésie et Réanimation, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction:

La nécrolyse épidermique toxique (TEN) est une réaction cutanée rare et potentiellement mortelle avec une atteinte généralisée des muqueuses dont les médicaments représentent l'étiologie principale dans la plupart des cas suite à une réaction d'hypersensibilité.

Les résultats atypiques incluent l'implication seule des muqueuses sans implication cutanée. Nous rapportons un cas rare de TEN sans atteinte des muqueuses.

Observation :

Patient âgé de 50 ans, hospitalisé au service de dermatologie pour prise en charge d'un syndrome de Lyell. Le patient s'est présenté, 2 semaines après la prise d'amoxicilline pour des angines, par des lésions maculo-papuleuses érythémato-violacée de caractère purpurique non prurigineuse. L'examen clinique a retrouvé un patient fébrile, en altération de l'état général avec à l'examen de la peau un placard maculo-papuleux érythémato-violacée de caractère purpurique au niveau des zones photo-exposées, du tronc, du ventre, du dos, des fesses et des membres, surmonté par endroit de quelques bulles avec un signe de nikolsky (+) avec un décollement cutané en linge mouillé et une surface cutanée décollée estimée à 72 % et sans atteinte des muqueuses.

L'histologie a montré un clivage bulleux sous épidermique avec une importante nécrose acidophile de l'épiderme et un derme congestif peu inflammatoire.

Le patient a été déclaré à la pharmacovigilance qui a conclu à un syndrome de Lyell secondaire à la prise d'amoxicilline selon les données bibliographiques et chronologiques.

Le bilan biologique objectivait une hémoglobine à 9.5 g/dl, globules blancs à 4960 / mm³, PNN à 3300 / mm³, une lymphopénie à 580 / mm³, une CRP élevée à 82.2 mg/l, une procalcitonine élevée à 2.02 ng/ml, un bilan hépatique perturbé : ASAT à 254 U/L et ALAT à 68.2 U/L, un bilan rénal et un ionogramme sanguin sans anomalies et une sérologie HIV (-).

Le patient a nécessité un transfert et une prise en charge en réanimation où il a bénéficié d'un traitement symptomatique fait de soins locaux cutanés, d'une hydratation et d'une alimentation au repas mixés par voie entérale avec une anticoagulation et un IPP en intraveineux préventifs. Le malade a bénéficié également d'une hémoculture et a été mis sous érythromycine 500mg *2/jr par voie orale puis entérale pendant 14 jours et sous une antibiothérapie probabiliste en intraveineux à base de gentamycine 5mg/kg/jr et ciprofloxacine 2g/ jr pendant 5 jours, vancomycine et tienam 2g/ jr pendant 4 jours et amikacin 1.5g/ jr pendant 2 jours. Le patient a présenté une détresse respiratoire et un état de choc pour lesquels il a été mis sous ventilation mécanique invasive et sous drogues vaso-actives. Le résultat de l'hémoculture a été en faveur d'un staphylococcus aureus multi-résistant, le patient est décédé un jour après le résultat par un syndrome de détresse respiratoire aigu.

Discussion :

La NET est une réaction d'hypersensibilité retardée de type IV médiée par les lymphocytes CD4 et CD 8, les kératinocytes individuels deviennent la cible de mécanismes médiés par la granzyme, la perforine et/ou le ligand Fas qui agrègent une cascade inflammatoire, conduisant à l'apoptose, à la nécrose et à l'acantholyse des kératinocytes. Les médicaments sont les déclencheurs antigéniques les plus courants comme les antibiotiques et les anti-convulsifs et d'autres médicaments comme l'allopurinol qui sont également les plus fréquemment impliqués.

Notre patient a pris de l'amoxicilline par voie orale 2 semaines avant l'apparition des signes cliniques. L'atteinte cutanée est souvent précédée d'un syndrome pseudo-grippale. Après quelques jours, un érythème douloureux avec des macules purpuriques se développent principalement sur la partie supérieure du tronc et du visage. Ces lésions deviennent rapidement des bulles flasques confluentes avec un signe de Nikolsky (+) et un décollement de la peau en linge mouillé. 90 % des patients présentent une atteinte muqueuse avec des érosions douloureuses. Notre patient a présenté de la fièvre, un malaise et une présentation clinique compatible avec la TEN mais dépourvue de toute atteinte muqueuse. Un autre cas de syndrome de Lyell sans atteinte des muqueuses secondaire à la prise de l'itraconazole par voie orale a été rapporté dans la littérature en 2019 par Pathania V et al, le patient a été traité par immunoglobuline en intra-veineux 2g/kg pendant 5 jours et acyclovir 500mg / 8h pendant 10 jours (surinfection herpétique confirmée). L'évolution a été marquée par la guérison des lésions après 14 jours.

Conclusion :

Le syndrome de Lyell est une toxidermie rare et grave, dont l'atteinte cutanée sans atteinte des muqueuses est encore plus rare.

Séquelles cutanéomuqueuses des syndromes Stevens-Johnson et de Lyell

S. JEBBOUJE, F. HALI, S. CHIHEB

Introduction :

Les syndromes de Stevens-Johnson (SJS) et Lyell sont des toxidermies graves. Leurs séquelles cutanéomuqueuses peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel et social. Le but de cette étude est de décrire ces séquelles dans notre contexte.

Malades et méthodes:

Etude rétrospective, descriptive et monocentrique. Ont été inclus les patients hospitalisés pour syndrome de SJS, Lyell ou une forme intermédiaire SJS-Lyell selon les critères énoncés par Bastuji-Garin et al. L'étude s'est déroulée de janvier 2013 à Mai 2023. Les séquelles cutanéomuqueuses ont été relevées au cours du suivi des patients. La phase séquellaire était définie par la période s'étendant au-delà de trois mois après l'épisode initial de toxidermie.

Résultats :

Ont été inclus 54 cas de syndrome de Lyell, SJS et SJS-Lyell : 33 femmes et 20 hommes de phototype 3 à 4 avec un âge moyen de 47.54 ans. Les formes cliniques étaient réparties en 37 cas de SJS, 12 cas de syndrome de Lyell et 4 cas de forme intermédiaire. Le recul moyen était de 2 ans et demi. À la phase séquellaire 75.92 % des patients avaient des macules cicatricielles hyperchromiques diffuses et 59.25% des macules hypochromiques, une photosensibilité était présente chez 94.4 %, un effluvium télogène chez 92.2 %, une hypersudation chez 21 %. Aucune atteinte unguéale ou séquelle gynécologique n'ont été objectivées. À la phase chronique, 60 % des patients avaient une photophobie avec larmoiement chronique. Une sécheresse oculaire clinique, nasale et génitale étaient objectivées chez 63 %, 12% et 3% des patients respectivement. La prise en charge initiale comportait des pansements avec des crèmes cicatrisantes. Les collyres de dexaméthasone étaient préconisés en cas d'atteinte oculaire avec mise en place provisoire de conformateurs dans 12 cas, les collyres de la vitamine A ont été utilisés chez 27.7 %. Tous les patients ont utilisé des émoullissants et 24.7% des crèmes dépigmentantes. Vingt-six patients ont eu un impact psychosocial.

Discussion :

Notre étude confirme la réalité des séquelles cutanéomuqueuses des SJS et de Lyell. Cependant, la rareté des études sur les séquelles, notamment cutanées, de ces syndromes, renforce l'intérêt de cette étude.

Les macules hyperpigmentées cicatricielles sont particulièrement affichantes et inesthétiques, constituent un handicap sociale majeur. Les séquelles cutanées étaient présentes dans plus de

deux tiers des cas. Sheridan et al., ainsi que Majina et al., ont rapporté des fréquences similaires mais avec plutôt des macules hypochromiques. La photosensibilité et les troubles de la sudation, gênants et mal vécus par nos patients, ne sont pas cités dans les séries de la littérature.

La principale complication oculaire à long terme trouvée dans la littérature est le syndrome sec oculaire, présent dans 60 % des cas en moyenne [7,13—17]; une fréquence similaire a été retrouvée dans notre étude (63 %).

Il est clairement démontré que les patients ayant survécu à un syndrome de Lyell ou un SJS ont une qualité de vie altérée devant les séquelles cutanéomuqueuses qui en résultent. Notre étude se veut en accord avec ces données.

Conclusion :

Notre étude met l'accent sur l'importance de la précocité d'une prise en charge adéquate par la qualité des soins de base et la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire des séquelles des syndromes de Lyell et de Stevens Johnson, impliquant dermatologues, ophtalmologistes, stomatologistes, gynécologues et psychologues.

Un cas d'érythème pigmenté fixe bulleux avec atteinte des muqueuses chez un enfant

M.Hammouch, FZ.El-Fetouaki, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie-vénéréologie, CHU IBN Rochd, Casablanca

Introduction :

Les réactions cutanées chez l'enfant, dans un contexte de prise médicamenteuse, sont un motif très fréquent de consultation. L'hypothèse d'une toxidermie est donc souvent soulevée. Nous présentons ici une toxidermie type érythème pigmenté fixe bulleux avec atteinte des muqueuses chez un enfant.

Observation :

Un enfant âgé de 10 ans, sans antécédents pathologiques, qui présentait une éruption cutanée évoluant depuis 5 jours avec notion d'un épisode infectieux un jour auparavant et prise d'amoxicilline acide-clavulanique et de l'ibuprofène. A l'examen clinique, on avait retrouvé un enfant conscient, apyrétique, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, qui présentait des macules érythémateuses arrondies à centre bulleux au niveau des membres, tronc et dos, avec présence d'une chéilite fissuraire et hémorragique, et d'une conjonctivite non purulente bilatérale avec des érosions palpébrales. L'étude histologique avait révélé un épiderme normoacanthosique avec nécrose liquéfaction de la couche cornée, associée à une nécrose kératinocytaire sans exocytose inflammatoire, la basale est vacuolisée sans décollement bulleux, au niveau du derme un œdème marqué comportant des cellules inflammatoires à type de lymphocytes et d'histiocytes. Après une enquête pharmacologique, le médicament le plus incriminé était l'ibuprofène. On avait noté une très bonne amélioration chez l'enfant après l'arrêt de tous les traitements incriminés.

Discussion:

L'érythème pigmenté fixe est une toxidermie bénigne et ses caractéristiques cliniques chez l'enfant sont identiques à celle de l'adulte. Elle se manifeste initialement par une ou quelques macules arrondies ou ovalaires, érythémateuses ou violacées très bien limitées, parfois à évolution bulleuse. Les lésions peuvent être uniques ou multiples, elles peuvent toucher la peau ou plus rarement les muqueuses, les lésions subissent une évolution cyclique. L'évolution est favorable en quelques jours, avec une pigmentation résiduelle. Les principaux médicaments inducteurs sont les antalgiques (pyrazolés, paracétamol, aspirine), les antibiotiques (sulfamides, cyclines), les anti-épileptiques (phénytoïne, barbituriques, carbamazépine) et les AINS. La particularité chez notre patient était l'aspect bulleux des lésions et l'atteinte des muqueuses chez l'enfant.

Conclusion:

Le principal défi des toxidermies de l'enfant repose essentiellement sur la distinction avec les maladies infectieuses, surtout virales, beaucoup plus fréquentes à cet âge.

Un cas d'érythermalgie secondaire

Z.Mouhsine 1 , FZ Elfetouaki 1 , F. Hali 1 , A.Miftah 2 , FZ Elrhaoussi 3 , F.Haddad 3 , W.Badre 3 , S.Chiheb 1 1: Service de Dermatologie et de Vénérologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc 2: Laboratoire de pharmacologie, Faculté de Medecine et de Pharmacie, Casablanca, Maroc 3: Service de Gastrologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction:

L'érythermalgie est un acrosyndrome épisodique qui associe un érythème, chaleur locale et douleurs. Quelques cas d'érythermalgies secondaires à des prises médicamenteuses ont été décrits dans la littérature. Nous en rapportons un nouveau cas déclenché par une triple prise médicamenteuse d'infliximab, le métronidazole, et la ciprofloxacine avec résolution spectaculaire à l'arrêt des médicaments.

Observation:

Patiente âgée de 38 ans, suivie pour maladie de Crohn mise initialement sous corticothérapie et azathioprine. En raison de l'inefficacité thérapeutique, une première cure à l'infliximab a été administrée. Devant l'apparition d'une collection péri-utérine, la patiente a bénéficié d'un drainage et a été mise sous antibiothérapie : métronidazole, ciprofloxacine, amoxicilline-acide clavulanique et sous enoxaparine. Après 4 semaines, la patiente a développé des douleurs insomniantes à type de brûlures, et des paresthésies au niveau des 2 pieds, associées à un érythème et un œdème persistant. Ces symptômes étaient soulagés par l'élévation des membres et leur immersion dans l'eau froide.

L'examen dermatologique a retrouvé un œdème des 2 jambes prenant le godet surmonté d'un érythème chaud des 2 pieds, sans autres signes associés. L'examen neurologique a objectivé une hyperalgie spontanée et à la palpation avec des réflexes achilléens vifs, sans déficit moteur ni amyotrophie. Sur le plan biologique, une NFS et une EPP étaient normales. Le bilan immunologique était négatif. L'EMG a montré une polyneuropathie à prédominance sensitive. Le diagnostic d'érythermalgie induite a été retenu devant la négativité du bilan, la chronologie et la notion de prises médicamenteuses multiples. L'étude d'imputabilité a révélé un score de I5 B4 pour l'infliximab, la ciprofloxacine, et le métronidazole, un score I2 B2 pour l'amoxicilline-acide clavulanique, et un score I2

B1 pour l'énoxaparine. En plus de l'arrêt des médicaments incriminés, la patiente a été mise sous traitement symptomatique à base d'acide acétylsalicylique, antalgique palier II, amitriptyline et prégabaline, avec une disparition quasi complète des signes cutanés et neurologiques.

Discussion:

L'érythermalgie affecte principalement les membres inférieurs de manière symétrique. L'aggravation de la crise par la chaleur, son soulagement par l'immersion du membre dans l'eau froide, et son caractère insomniant, sont pathognomoniques. Le mécanisme associe un dysfonctionnement des fibres nerveuses, une altération de la microcirculation et une hypoxie. La neuropathie périphérique induite par l'administration prolongée de ces médicaments est décrite mais reste rare, contrairement aux bouffées vasomotrices qui représentent un effet secondaire fréquent de l'infliximab en particulier. Le traitement repose sur l'arrêt du médicament incriminé associé à un traitement symptomatique.

Conclusion:

Il est important de reconnaître cette entité, car elle est handicapante avec retentissement psychologique.

Les réactions cutanées aux psychotropes

A.Elkissouni ; F.Hali ; A.Meftah ; H.Filali ; S.Chiheb

Introduction :

Les psychotropes ne sont pas dénués d'effets secondaires, notamment de réactions cutanées dont certaines sont sévères et peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel et vital. L'objectif de cette étude est de souligner les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des effets indésirables cutanés sévères (EICSs) dus aux médicaments psychotropes.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période de 10 ans, elle a concerné tous les patients hospitalisés dans notre service de dermatologie pour des EICSs induits par des psychotropes. L'imputabilité a été confirmée par la méthode française de Bégaud et al.

Résultats :

Nous avons identifié 41 cas, dont 18 patients (43,9%) traités pour la première fois par des psychotropes. Les psychotropes les plus incriminés étaient : Carbamazépine (n=16), phénobarbital (n=8), lamotrigine (n=5).

Les formes cliniques étaient les suivantes : Syndrome de réaction médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques (n=30), syndrome de Stevens Johnson (n=4), syndrome de chevauchement (n=1), vascularite médicamenteuse (n=4), syndrome de babouin (n=1), photosensibilité (n=1).

Les complications étaient les suivantes : cytolysé hépatique (75%), cholestase (60%), insuffisance rénale fonctionnelle (43%). La carbamazépine était statistiquement corrélée à l'atteinte rénale et à la cholestase (p=0,013) et le phénobarbital était associé à un risque de cytolysé hépatique (p=0,027).

Conclusion :

Les effets secondaires cutanés des médicaments psychotropes restent rares <2%. Dans notre étude, nous avons constaté que l'augmentation rapide ou récente de la dose d'anticonvulsivants, ou la combinaison de plusieurs psychotropes augmentent le risque des EICSS, Nous avons également constaté que la carbamazépine était plus susceptible de provoquer une atteinte rénale et une cholestase, tandis que la chlorpromazine était statistiquement corrélée à une cytolysé hépatique.

Toxidermie au paracétamol : Situation rare ?

A. Saddik¹, F. Hali¹, A. Miftah², S. Chiheb¹

¹Département de Dermatologie et Vénérologie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

²Département de Pharmacologie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le paracétamol (acétaminophène) est un médicament très largement prescrit et utilisé pour ses indications antalgiques et antipyrétiques. Il figure dans la liste des médicaments les plus vendus au monde. Ses effets indésirables sont rares.

Nous rapportons trois cas de toxidermies suite à la prise de paracétamol.

Résultats :

Cas 1 : Patiente âgée de 59 ans, qui consultait pour des lésions pigmentées prurigineuses du dos qui augmentent progressivement de volume. Chez qui l'examen trouvait des lésions maculeuses pigmentées infiltrées pseudo-annulaires avec bordure érythémateuse intéressant le dos. Le diagnostic le plus probable était un érythème pigmenté fixe, l'enquête pharmacologique a incriminé le paracétamol en première position. La biopsie cutanée était en faveur d'un érythème pigmenté fixe (EPF) au stade tardif. Le médicament incriminé (le paracétamol) a été arrêté, avec application de dermocorticoïde sur les lésions avec une bonne évolution.

Cas 2 : Patiente de 62 ans, suivie pour une tumeur du sein sous anastrozole, ayant présenté une éruption érythémateuse prurigineuse deux jours après l'introduction du paracétamol. A l'examen clinique, la patiente était apyrétique, on notait la présence de plaques érythémateuses non infiltrées à centre bulleux et pustuleux par endroit, au niveau axillaire, et abdominale. Sous traitement dermocorticoïdes, l'évolution a été marquée par une pigmentation résiduelle. L'enquête pharmacologique a incriminé le paracétamol en première position. Deux mois plus tard, la patiente a présenté de nouvelles lésions sur les mêmes sites après une réintroduction accidentelle du paracétamol, ce qui a permis d'appuyer notre diagnostic d'EPF malgré la négativité du patch-test.

Cas 3 : Un enfant âgé de trois ans et deux mois, de sexe masculin, qui présentait une éruption cutanée apparue 48 heures après la prise de paracétamol donné par ses parents pour un syndrome grippal avec fièvre. L'examen clinique retrouvait des macules érythémateuses confluant en nappes généralisées, atteignant plus de 70 % de la surface corporelle totale, avec un décollement cutané supérieur de 30 % de la totalité de la surface corporelle. Le signe de Nikolsky était positif avec un aspect de peau en « linge mouillé ». L'enquête pharmacologique a incriminé le paracétamol en première position. Le diagnostic d'un syndrome de Lyell au paracétamol était retenu.

Discussion et conclusion :

L'intérêt de notre observation réside dans la rareté des toxidermies induites par le paracétamol.

L'érythème pigmenté fixe est une toxidermie très particulière : elle se caractérise par un aspect clinique typique avec lésions uniques ou multiples, de disposition arrondies ou ovalaires souvent bien limitées avec une évolution pigmentogène qui est très évocatrice.

Selon une étude sur la paracétamol 75% des patients ayant une allergie au paracétamol tolère la prise des AINS, qui peut représenter une alternative dans certaines indications.

En l'absence de test diagnostique suffisamment sensible et spécifique, le diagnostic de toxidermie au paracétamol repose donc sur une démarche d'imputabilité prenant en compte pour chaque cas la présentation clinique, la chronologie précise des événements et des prises médicamenteuses, ainsi que l'élimination des diagnostics différentiels.

Un cas d'éruption acnéiforme induite par paclitaxel et carboplatine : identification et prise en charge d'une réaction rare

S.LAZOUZI, F.HALI, S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Les traitements anti-tumoraux sont pourvoyeurs d'effets secondaires cutanés fréquents et de présentation variable. Les éruptions acnéiformes, habituellement rattachées à certaines familles thérapeutiques en particulier, peuvent faire suite à l'administration d'autres molécules importantes à connaître pour une prise en charge adaptée, d'où l'intérêt de notre travail.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 31 ans, suivie pour un carcinome canalaire infiltrant du sein droit ayant bénéficié d'une tumorectomie avec curage ganglionnaire, et mise sous chimiothérapie à base de paclitaxel et carboplatine ; qui se présente pour des lésions papulo-pustuleuses folliculaires du cou, tronc et membres supérieurs apparus 1 semaine après sa 1^{ère} cure de chimiothérapie. L'examen clinique retrouvait une patiente consciente, présentant une alopecie totale et des lésions pigmentées cicatricielles sans autre signe cutanéomuqueux ou phanérien associé. Les prélèvements bactériologiques et mycologiques étaient négatifs. La biopsie cutanée retrouvait une dermite subaigue et chronique riche en polynucléaires éosinophiles avec des pustules sous cornées, en faveur d'une origine toxidermique. La patiente était mise sous lymecycline et traitement local. La décision était, en concertation avec les oncologues de poursuivre la chimiothérapie, avec bonne tolérance.

Discussion :

L'originalité de notre travail réside dans la rareté de la survenue d'une toxidermie acnéiforme au paclitaxel et la carboplatine.

Les manifestations toxiques des thérapies anti-cancéreuses sont multiples et bien connues. De présentation variable, elles s'inscrivent dans un spectre allant des simples troubles pigmentaires à des réactions plus graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Les éruptions dites « acnéiformes » se présentent telles des papulo-pustules folliculaires sans lésions comédoniennes, localisées principalement à la tête et au tronc et survenant 1 à 2 semaines après la mise en route du traitement en cause. Majoritairement dues aux anti-EGFR, elles peuvent résulter de l'administration d'inhibiteurs de BRAF et moins fréquemment des inhibiteurs de MEK.

Les taxanes (paclitaxel) et les sels de platines (carboplatine) sont moins connus pourvoyeurs de toxidermie acnéiforme, et notre travail en constitue l'une des rares observations.

Une antibiothérapie locale ou orale, une corticothérapie locale ou les rétinoïdes permettent une résolution des lésions, et l'arrêt du traitement n'est usuellement pas nécessaire.

Conclusion :

Les toxidermies acnéiformes à la chimiothérapie sont connues et fréquentes, mais leur survenue suite à l'administration de taxanes et sels de platine est inhabituelle. La connaissance de cette réaction est toutefois intéressante pour un diagnostic et une prise en charge adaptés.

Un cas d'œdème aigu hémorragique du nouveau-né survenant après la vaccination par le Bacille de Calmette et Guérin (BCG)

Bousmara R¹, F.Z.El Fatoiki¹ Hali F¹, Marnissi F², Meftah A³, Filali H³ and Chiheb S¹

¹ Department of dermatology and venereology, Ibn Rochd University Hospital, Casablanca, Morocco

² Department of Anatomical Pathology, Ibn Rochd University Hospital, Casablanca, Morocco

³ Laboratory of Pharmacology-Toxicology, Faculty of Medicine and Pharmacy of Casablanca, Hassan II University of Casablanca, Morocco

Introduction

L'œdème aigu hémorragique du nourrisson (OAHN) est une vascularite rare et bénigne, qui touche le nourrisson de 4 à 24 mois. Des facteurs déclenchants ont été signalés, notamment les médicaments, les infections et la vaccination. Nous rapportons le deuxième cas d'œdème aigu hémorragique survenant après le vaccin Bacille de Calmette et Guérin (BCG).

Observation

Il s'agit d'un nouveau-né issu d'une grossesse bien suivie, menée à terme, qui nous a été adressé à J15 de vie en raison d'une éruption cutanée rouge violacé sans autres symptômes, évoluant depuis 3 jours. L'éruption est apparue sur le bras droit avant de s'étendre rapidement à son visage dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. La symptomatologie avait commencé 2 jours après la vaccination par le BCG. Il n'y avait pas de douleurs abdominales ni de stigmata d'infection ou notion de prise médicamenteuse. L'examen dermatologique a révélé des macules purpuriques arrondies, typiquement en cocarde de 1 à 5 cm, entourées de plaques érythémateuses œdémateuses sur le visage. Le bilan biologique objectivait une hyperéosinophilie à 3490/mm³, le bilan rénal sanguin et urinaire était normal et la CRP était négative. L'échographie abdominale et l'échocoeur étaient sans anomalies. La biopsie cutanée a mis en évidence une vascularite leucocytoclasique sans nécrose fibrinoïde. L'immunofluorescence directe n'a montré aucun dépôt d'immunoglobuline. Le diagnostic d'un œdème aigu hémorragique secondaire au vaccin BCG a été retenu. Les lésions cutanées se sont résorbées d'elles-mêmes sans traitement après 3 semaines.

Discussion

La survenue d'un œdème aigu hémorragique après la vaccination est très rare, seulement quelques cas ont été rapportés dans la littérature. Les vaccins impliqués sont les vaccins contre la rubéole, l'hépatite B, la grippe (H1N1), L'*Haemophilus influenzae* b et le vaccin conjugué contre le pneumocoque ainsi que des associations vaccinales (tétanos-diphtérie et tétanos-diphtérie-coqueluche poliomyélite), avec un délai d'apparition qui se situe entre 5 jours et deux semaines. A notre connaissance, il s'agit du deuxième cas d'OAH post vaccination BCG rapporté jusqu'à ce jour. L'évolution se fait spontanément vers la régression en une dizaine de jours. La prise en charge thérapeutique consiste en une surveillance attentive de l'état général de l'enfant.

Conclusion

Bien que les vaccinations soient rarement impliquées dans la survenue d'un OAH du nourrisson, cette hypothèse diagnostique doit être évoquée, suite à une vaccination par le BCG. Compte tenu de son aspect bénin et spontanément résolutif, il est important de rassurer les parents quant à cet effet post vaccinal.

Mots-clés : BCG – vaccination- œdème aigu hémorragique

Effets secondaires liés au traitement chez les patients atteints de mélasma

(Une série de 55 patients)

Choukri Souad , Baybay.H; Kalmi.N ; Elloudi.S ; Soughi.M ; Douhi.Z ; Mernissi.FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès ; Maroc

Introduction :

Le mélasma est un trouble pigmentaire fréquent chez les jeunes femmes, apparaît préférentiellement sur les zones photoexposées. Il s'agit malheureusement d'une pathologie affichante, altérant la qualité de vie des patients. Plusieurs traitements sont disponibles, avec des résultats mitigés(1).

L'approche thérapeutique ainsi que l'observance des patients dépendent de plusieurs paramètres dont la fréquence et la tolérance des différents effets secondaires.

Matériels et méthodes :

Étude prospective et descriptive analysant les différents effets secondaires associés au traitement chez des patients traités pour mélasma.

Résultats :

Nous avons recruté 55 patients atteints de mélasma, tous de sexe féminin, dont 39% étaient de type dermique, 41% de type épidermique et 20% de type mixte. La localisation prédominante était centrofaciale (54%). Nos patientes ont été traitées par voie topique (78%) comme suit : Acide kojique (49%) Trio de Kligman (31%) Acide azélaïque (20%), tandis que 22% ont été traitées par voie orale (Acide tranexamique 250mg*2/j).

Des effets secondaires ont été observés chez 39% des patients recevant un traitement topique, et étaient pour la plupart tolérables, ne nécessitant pas la suspension ou l'arrêt du médicament, notamment : érythème (25%), irritation de la peau (5%), sensation de picotement (5%), et desquamation (4%). Une dyschromie de type ochronose a été observée chez un seul patient traité avec le trio de Kligman.

Dans le groupe traité par voie orale, les effets secondaires liés au traitement ont été moins fréquents (12%), en particulier des troubles gastro-intestinaux (7%), des troubles menstruels (4%) et des insomnies (1%), qui ont conduit à la suspension du traitement chez un patient et à son interruption chez un autre. En aucun cas nous n'avons noté de complications thrombo-emboliques liées à ce médicament.

Discussion :

Le trio de Kligman (0,1% de dexaméthasone associé à 0,1% de trétinoïne et 5% d'hydroquinone dans une crème de base) est l'une des combinaisons thérapeutiques les plus utilisées dans le traitement du mélasma). Les effets indésirables rapportés dans la littérature sont essentiellement liés à ses différents composants, principalement les stéroïdes, notamment l'atrophie cutanée et l'hypertrichose. (2) Nous n'avons pas mentionné de cas similaires dans notre échantillon.

L'ochronose exogène est une dermatose chronique caractérisée par une pigmentation bleu-noire ou bleu-grise de la peau et des muqueuses sans signes systémiques (3). Elle a été rapportée suite à l'application prolongée et intempestive d'agents dépigmentants à base d'hydroquinone ou de crèmes contenant du résorcinol, du phénol, de la quine, de l'acide picrique, du mercure et des antipaludéens de synthèse(4), dans notre cas nous avons arrêté le trio de Kligman dès la suspicion de ce diagnostic.

L'acide kojique et l'acide azélaïque ont des effets indésirables communs ; qui sont généralement tolérables, notamment l'érythème, l'irritation, la sécheresse et la desquamation, de tels effets ont été également rapportés dans notre échantillon.

L'acide tranexamique (AT) s'est révélé efficace dans le traitement du mélasma, en particulier dans les cas réfractaires (1). Les effets secondaires les plus courants de ce traitement oral sont les troubles gastro-intestinaux et, plus rarement, les troubles menstruelles. Cela concorde avec nos résultats. Des effets secondaires plus graves comprennent la thrombose veineuse profonde, la nécrose corticale rénale aiguë, l'infarctus aigu du myocarde et l'embolie pulmonaire ont été rapportés. Ces effets sont rares étant donné les faibles doses d'AT utilisées chez les patients atteints de mélasma(1).

Conclusion :

Nos résultats confirment les données de la littérature concernant les effets secondaires associés au traitement du mélasma, qui sont généralement bénins, mais qui doivent parfois nous inciter à suspendre ou à substituer le traitement afin d'assurer une meilleure observance thérapeutique.

Références

- 1) <https://doi.org/10.1111/jocd.15589>
- 2) Majid I. Mometasone-based triple combination therapy in melasma: is it really safe? *Indian J Dermatol.* 2010 Oct;55(4):359-62. doi: 10.4103/0019-5154.74545. PMID: 21430890; PMCID: PMC3051297.
- 3) Berman B, Ricotti C, Vieira M, Amini S. Differentiation of exogenous ochronosis from melasma by dermoscopy. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(Suppl 1):AB2.
- 4) Charlín R, Barcaui CB, Kac BK, Soares DB, Rabello-Fonseca R, Azulay-Abulafia L. Hydroquinone-induced exogenous ochronosis: A report of four cases and usefulness of dermoscopy 2008;47:19-23

Les effets secondaires cutanées des traitements des maladies inflammatoires intestinales: une étude prospective de 90 patients

N.kalmi/ Z.Douhi/ H.El boukili/ H.Baybyab/ S.Elloudi/ M.Soughi/ FZ.Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, FES

Introduction :

Le traitement des maladies inflammatoires de l'intestin (MICI) est en constante évolution . Les principaux agents pharmacologiques utilisés pour traiter les MICI comprennent les stéroïdes, les aminosalicylées, les immunosuppresseurs et les traitements biologiques. Ces médicaments provoquent un large éventail d'effets indésirables .Les effets secondaires dermatologiques étant particulièrement fréquents qu'il faut reconnaître aussi bien par le dermatologue que par les gastrologues afin d'optimiser l'adhésion aux traitement .

Objectif de notre étude est de préciser le profil épidémiologique des patients ayant une MICI et d'identifier les effets secondaires cutanée des différents traitements prescrits.

Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle colligeant les patients adultes atteints de MICI recrutés à partir de la consultation de gastrologie, consultants notre service

ou au urgence entre mars 2023 et juin 2023.

Résultats

Sur un total de 90 patients , 52 ont une maladie de Crohn et 38 ont une RCH. L'âge moyen de nos patients été de 45ans, le sexe féminin est prédominant dans les deux entités avec un sex-ratio respectivement de 1,37 et 1,2.

65% des patients avaient une maladie active clinique et/ou endoscopique tandis que 35% étaient stables.

40% des patients été sous corticostéroïdes oraux ou l'ayant pris au cours de l'année précédente.70% été sous thiopurines, 14% sous anti TNFalpha, 6% été sous combothérapie (antiTNFalpha + thiopurines) et 90% des RCH été sous aminosalicylates.

Parmi les patients sous corticostéroïdes nous avons objectivé une hypertrichose chez 30%,des vergetures pourpres chez 40%,un faciès cushingoïde chez 30%, une acné cotisonique chez 40% et des télangiectasies du visage chez 20%. Concernant les patient sous thiopurine, la modification du teint cutané a été rapporté par tous les patients , une lentiginose du visage et des zones photo-exposée a été objectivée chez 80%, une exérèse d'un CBC a été rapportée par une patiente. Un sycosis de la barbe a été objectivé chez 1

patient, des dermatophyties de la peau glabres et des plis chez 60%, une dermatite séborrhéique chez 20% ,et des verrues vulgaires chez 10%.

Chez les patients sous anti TNF alpha, deux patients ont présentés un choc anaphylactique, une patiente rapportait une réaction inflammatoire local au site d'injection et deux autres des réactions urticariennes. Une zona ophtalmique et une autre intercostal ont été objectivé chez 2 patients, ainsi qu'un antécédent de zona intercostal a été rapporté par un patient. Des herpès labial ou multifocaux récurrents ont été rapportés ou objectivés chez 40% des patients. Un psoriasis paradoxal en plaque a été objectivé chez 3 patients, un lupus subaiguë induit confirmé histologiquement

chez un seul patient et une aggravation transitoire après le début du traitement d'un vitiligo préexistant chez une autre patiente.

Dans notre série un seul cas de toxidermie grave type DRESS syndrome aboutissant au décès

secondaire à la salazopyrine a été noté. Des conduites adaptées à chaque patient et dans chaque situation ont été instaurées : le changement de traitement dans les cas graves à savoir les toxidermies et réactions anaphylactiques, l'arrêt temporaire du traitement avec la mise sous antiviral dans les cas de zona, et la poursuite du traitement avec la mise sous des traitements topiques à savoir les dermocorticoïdes dans les cas de psoriasis, les rétinoïdes topiques dans les cas d'acné cortico-induite.

Discussion :

Les stéroïdes ont des effets anti-inflammatoires qui contribuent à leur bénéfice dans les MICI mais entraînent également de nombreux effets indésirables notamment l'acné, un retard de cicatrisation, les vergetures, un hirsutisme surtout de localisation temporo-malaire et un faciès cushingoïde. L'aggravation ou l'apparition des infections cutanées à savoir la pityriasis versicolore, l'onychomycose et les dermatophytoses sont également rapportés.

De nombreux rapports d'effets indésirables cutanés survenus après l'initiation de la sulfasalazine à savoir le syndrome de Stevens-Johnson (SJS) ont été rapportés.

Les thiopurines sont des immunosuppresseurs pouvant entraîner la réactivation des infections virales latentes, avec un risque modéré de développement des infections cutanées. C'est des traitements photosensibilisants nécessitant une photoprotection importante également afin de prévenir leurs effets cancérogènes cutanés.

De rares cas de réactions d'hypersensibilité potentiellement mortelles induites par la thiopurine chez les patients atteints de MICI ont été décrits.

Les anti-TNF alpha sont associés à une augmentation de la cellulite causée par des bactéries

courantes et peu courantes chez les patients atteints de MICI. De même, l'infection cutanée virale est augmentée. La MICI est un facteur de risque indépendant de zona, et les patients atteints de MICI sous traitement par anti-TNF courent un risque encore plus élevé. Le risque de développement des cancers cutanés non mélaniques est considéré comme négligeable avec un traitement anti-TNF. Les anti-TNF sont utilisés pour traiter le psoriasis mais peuvent aussi paradoxalement provoquer un psoriasis et des éruptions cutanées psoriasiformes. Ils sont également associés au développement paradoxal ou à l'aggravation d'un vitiligo préexistant.

D'autres effets secondaires dermatologiques rares du traitement anti-TNF à savoir le lupus

cutané, l'érythème noueux, le granulome annulaire, la dermatite granulomateuse interstitielle et l'érythème polymorphe sont également rapportés.

Conclusion :

Il existe une multitude d'effets secondaires dermatologiques des traitements des MICI, en particulier les infections et le cancer de la peau non mélanique. La vigilance et le dépistage régulier du cancer de la peau sont recommandés. Une bonne collaboration entre gastro-

entérologues et dermatologues doit être entreprise pour mieux gérer les effets indésirables dermatologiques.

Les toxidermies lichénoïdes : une série de 17 cas

Bousmara R ¹, Hali F ¹, Marnissi F², Meftah A ³, Filali H ³ and Chiheb S ¹

¹ Department of dermatology and venereology, Ibn Rochd University Hospital, Casablanca, Morocco

² Department of Anatomical Pathology, Ibn Rochd University Hospital, Casablanca, Morocco

³ Laboratory of Pharmacology-Toxicology, Faculty of Medicine and Pharmacy of Casablanca, Hassan II University of Casablanca, Morocco

Introduction Les toxidermies lichénoïdes constituent des réactions cutanées médicamenteuses rares. Cliniquement, elles réalisent des lésions lichénoïdes et polymorphes très prurigineuses, simulant ainsi plusieurs dermatoses lichénoïdes. Nous rapportons une première série de 17 cas.

Matériels et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les cas de toxidermies lichénoïdes, confirmés histologiquement et par enquête de pharmacovigilance, sur une période de 6 ans (entre 2017 et 2023). Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients ont été précisées.

Résultats Dix-sept cas ont été colligés. Il s'agissait de 10 femmes et 7 hommes. L'âge moyen était de 51,8 ans [28-67 ans]. Le délai moyen entre la prise médicamenteuse et l'éruption était de 35 jours [1-60 jours]. On notait la présence de lésions maculo-papuleuses, érythémato-violacées, confluentes par endroit. L'atteinte était généralisée (6 cas, 35%) et prédominait au tronc (2 cas, 12%), et aux racines des membres (3 cas, 18%). Une hyperéosinophilie était notée chez 8 patients (47 %). Le prurit était présent dans tous les cas. Une sérologie des hépatites B et C, réalisée chez tous les patients, était négative. Les médicaments incriminés étaient les psychotropes (**n=6, 35%**) : benzodiazépine (n=2), levonepronazine (n=1), quetiapine (n=1) et phenobarbital (n=1) ; suivi par les **vaccins (n=5, 29%)**: vaccin anti-COVID-19 (n=4), vaccin anti-tétanique (n=1), **l'allopurinol (2 cas, 12 %)**, puis le metronidazol, la terbinafine, l'ibuprofène et un inhibiteur de l'enzyme de conversion dans 1 cas chacun. La responsabilité des médicaments a été retenue grâce à l'enquête de pharmacovigilance dans tous les cas. L'étude histologique était compatible avec une toxidermie lichénoïde. L'arrêt du médicament imputable était la règle. Tous les patients étaient traités par dermocorticoïdes et antihistaminiques. Trois patients ont nécessité une corticothérapie systémique (18%) et neuf patients une photothérapie (53%). La cicatrisation des lésions s'est faite au prix d'une pigmentation résiduelle.

Discussion Les toxidermies lichénoïdes simulent une panoplie de dermatoses lichénoïdes dont la principale est le lichen plan induit, qui présente des similitudes cliniques et histologiques. L'évolution est rapidement favorable à l'arrêt du médicament responsable, contrairement au lichen plan. Elles sont généralement induites par les anti-hypertenseurs, les antiépileptiques, les antibiotiques et les anti-inflammatoires non-stéroïdiens, et plus récemment par les anti-TNF- α -mAbs, les inhibiteurs de tyrosine kinase et les inhibiteurs de points de contrôle.

Conclusion Il s'agit de la première série de toxidermies lichénoïdes. Ils sont très rares. Le diagnostic n'est pas évident, de fait de l'absence de critères cliniques ou histologiques qui la distinguent du lichen plan. La suspicion clinique de la présence d'une réaction lichénoïde est renforcée par un historique approprié des médicaments.

Mots-clés : toxidermie lichénoïde- Réaction médicamenteuse – imputabilité

Imatinib-induced lichen planus and lichenoid drug eruption: A report of three cases

Y.Almheirat 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye1,2.

1 Department of Dermatology, Mohammed VI University Hospital of Oujda, Medical School of Oujda, Mohammed First University of Oujda, Morocco

2 Department of Epidemiology, Clinical Research and Public Health Laboratory, Medical School of Oujda, Mohammed First University of Oujda, Morocco

Introduction:

Imatinib is a tyrosine kinase inhibitor that has revolutionized the prognosis of chronic myeloid leukemia (CML) and gastrointestinal stromal tumors (GIST).¹ Skin adverse events associated with this drug are diverse. Cutaneous drug reactions are most commonly observed. However, imatinib-induced lichen planus (LP) is an uncommon side effect with only four reported cases.² In addition, hepatitis B reactivation is an extremely rare association.^{3 4} We report two cases of imatinib-induced lichen planus, one of which is associated with hepatitis B reactivation and one case of lichenoid eruption induced by imatinib.

Case 1:

A 60-year-old man, with a history of GIST with liver metastases. He received imatinib 400 mg daily for six months. Treatment was interrupted for two months after pruriginous erythematous-squamous lesions associated with neutropenia appeared. One month after resumption of imatinib treatment, he was admitted to our department because of purple papulonodular lesions on the lower limbs, which developed. Multiple purple papulo-nodular lesions, with thick and adherent white scales on the lower limbs and the penis were noted on physical examination. He also had multiple scaly lesions slightly erythematous, pruritic and lichenified, located mainly on the elbows, forearms, backs of the hands, right ankle, back of the left leg, with a ragged aspect on the back of the hands. In addition, the patient had cheilitis with white streaks (Wickham striae) and a purplish background on dermoscopy. Without involvement of mucous membranes or nails. A skin biopsy of a nodular lesion was performed; histopathologic features were suggestive of hypertrophic lichen planus. Serological examination revealed bicytopenia. Liver function tests showed elevated aspartate transaminase, alanine transaminase (ALT) and LDH. Complete HBV profile came back positive for HbsAg, HBsAb, and HBcAb-IgG and negative for HbeAg. The HBV DNA level was 5865 UI/mL (RR: <10 UI/mL). These findings were consistent with chronic HBV reactivation. After a discussion with the oncologist, the decision was to suspend the treatment due to the development of hematological complications and the reactivation of HBV.

Case 2:

A 46-year-old patient with a history of CML, was treated with imatinib 400 mg/day. After three months of treatment, he presented with a symmetrical eruption of pruritic, shiny, scaly, erythematous, and violaceous papules confluent in placards, predominantly on the limbs and buttocks. Clinically Lichen planus was suspected and confirmed by anatomopathological examination. The patient was treated with monthly intramuscular injections of triamcinolone 80 mg for three months without interruption of imatinib. The course was favorable.

Case 3:

A 56-year-old patient with a history of GIST, who had been treated with imatinib 400 mg/day, for four months prior to his consultation. He presented with a rash that developed three months after the initiation of imatinib. On examination, we observed polymorphous erythematous, lichenoid, psoriasiform, and eczematous plaques involving the face, axillary folds, ears, and upper and lower limbs, with no mucosal involvement. The histopathologic study showed Focal parakeratosis, spongiosis, eosinophilic infiltrate and damage of basal epidermal keratinocytes with multiple apoptotic cells. Which consistent with lichenoid drug eruption. Oral antihistamine and imatinib interruption led to a full regression of lesions within a week. Imatinib was restarted without relapse.

Discussion

Imatinib-induced lichenoid drug eruption (LDE) is well documented in the literature and should be distinguished from imatinib-induced lichen planus (LP). Clinical and histopathologic criteria have been described to differentiate these two conditions. LDE is characterized by eczematous, psoriasiform papules and plaques without Wickham striae, and affects any area of the body without mucosal or nail involvement. LP is most commonly found on the front of the wrists and forearms, lower limbs, and lumbar region. Histopathologically, LDE is an interface dermatitis. The major pathologic findings in LDE are: parakeratosis, spongiosis and eosinophilic infiltrate. LP

histopathology reveals hyperkeratosis without parakeratosis, vacuolization of the basal layer, a band-like lymphocytic infiltrate at the dermal-epidermal junction, civatte bodies (apoptotic keratinocytes) in the lower epidermis, and pigment incontinence. The delay between the initiation of imatinib and the appearance of skin lesions varies from several weeks to a year or more depending on drug class, dose, host response, and concomitant medications. However, imatinib-induced LP is an exception. To date, only four cases have been published. Hypertrophic lichen planus (HLP) is a variant of cutaneous lichen planus characterized by severely pruritic plaques with a flat surface. The first case we report is unique, because these lesions consisted with imatinib-induced HLP; which has never reported previously in the literature. In addition, it is the fifth case of imatinib-induced lichen planus. The specific causes of imatinib-induced LP and LDE remain unknown. It appears to be a dose-dependent pharmacological effect rather than a hypersensitivity reaction. Literature reviews of imatinib-induced LP and LDE show that all patients were treated with imatinib at doses of 400 mg/day or more. What makes this case even more interesting is the reactivation of hepatitis B, which is exceptional because only 13 cases of hepatitis B reactivation have been reported in the literature. The pathogenesis of imatinib-related HBV reactivation is still unknown. In vivo and in vitro studies show that imatinib induces major effects on CD4+ and CD8+ T-cell proliferation with a decrease in interferon-gamma levels. Long-term use of imatinib leads to cumulative immunosuppression, making the body vulnerable to pathogens. In immunocompetent patients, inhibition of viral replication depends on a high response of CD4+ and CD8+ T cells. A decrease in the T-cell immune response induced by imatinib may lead to reactivation of hepatitis B. For the management of imatinib-associated HBV reactivation, it is important that imatinib be stopped immediately. These patients should then be treated with appropriate antiviral therapy.

Conclusion

We report the fifth and sixth cases of imatinib-induced lichen planus and the fourteenth case of hepatitis B reactivation by imatinib. Imatinib is a safe treatment indicated for chronic myeloid leukemia and gastrointestinal stromal tumors, but evaluation prior to treatment, especially HBV screening, is necessary to avoid serious complications.

Éruption lichénoïde à l'Imatinib chez un patient suivi pour leucémie myéloïde chronique

O. lafdali^{1, 2}; K. El Machichi^{1, 2}; M. Aboudourai^{1, 2}; O. Hocar^{1, 2}; S. Amal^{1, 2}
1DERMATOLOGIE, C HU MOHAMED VI MARRAKECH H - DRH, Marrakech, Maroc; 2Université C ADI
Ayyad, laboratoire de bioscience, Marrakech, Maroc

Introduction

Le mésylate d'imatinib est un inhibiteur de tyrosine kinase qui agit en induisant l'apoptose et en inhibant la prolifération dans les lignées cellulaires BCR-ABL positives. Il a été approuvé comme traitement de première ligne de la leucémie myéloïde chronique. Le médicament est généralement bien toléré, mais certaines réactions cutanées ont été rapportées. Nous présentons un cas rare d'éruption lichénoïde induite par l'imatinib.

Observations

Un homme de 68 ans, sans antécédents d'allergie médicamenteuse connue, suivi en hématologie pour leucémie myéloïde chronique à chromosome Philadelphie positif, se présentait pour un rash maculopapuleux généralisé apparu après 3 mois de traitement par Imatinib. Le patient était initialement mis sous allopurinol et hydroxyurée pendant 2 mois pour la cytoréduction sans aucun effet secondaire rapporté. Ensuite l'Imatinib à dose de 600 mg par jour a été démarré. L'examen physique retrouvait de multiples plaques érythématoviolacées confluentes en nappes, disposées de manière symétrique sur l'ensemble du corps. La surface cutanée atteinte dépassait les 70%. L'examen des ongles mettait en évidence des stries longitudinales diffuses sur plusieurs ongles. L'examen des muqueuses retrouvait quelques érosions violacées de la lèvre inférieure. Le reste des muqueuses étaient épargnées. L'examen histologique objectivait une hyperkératose avec hypergranulose, et une infiltration lichénoïde avec multiples mélanophages dans le derme supérieur. Sur le plan biologique, on trouvait une CRP négative et une VS élevée.

La corrélation clinico-histologique a permis de retenir le diagnostic d'éruption lichénoïde post-médicamenteuse induite par l'imatinib.

La prise en charge thérapeutique en corrélation avec son hématologue a consisté en une diminution de la dose d'Imatinib de 600 mg à 400 mg par jour avec application quotidienne de dermocorticoïdes, émoullissants et une prise journalière d'antihistaminiques pour le prurit. L'évolution clinique était bonne et aucune rechute n'a été rapportée sur une période de suivi de 10 mois.

Discussion

La littérature a révélé une dizaine de cas d'éruption lichénoïde à l'Imatinib. Seuls

quelques cas ont rapporté l'association d'une atteinte cutanéomuqueuse et unguéale .

Ces éruption apparaissent généralement entre 2eme et 15eme mois de traitement . Notre cas était dans cette fourchette (3eme mois).

On suggère que l'éruption lichenoïde à l'Imatinib est dose dépendante . Notre patient a bien évolué après la diminution de la dose journalière de l'Imatinib .

Plusieurs auteurs ont décrits des récurrences lors de réaugmentation de la dose .

L'utilisation d'un corticostéroïde systémique ou topique associé à la dégression de l'Imatinib sans l'arrêter peut être une approche pratique chez les patients dont l'arrêt du traitement peut être fatale pour leur maladies sous-jacentes .

Conclusion

En général , la majorité des réactions cutanées post Imatinib sont bénignes et facilement gérables , néanmoins certaines réactions graves ont été rapportées et il convient toujours d'être vigilant avec les atteintes étendues.

Un érythème figuré pustuleux généralisé : nouvelle toxidermie à l'hydroxychloroquine. Série de 6 cas

B. Merrouche, Q. Kazman, F. Laissaoui, H. Sahel

Service de Dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger

Introduction :

L'érythème figuré pustuleux généralisé (EFPG) est une toxidermie sévère de description récente liée à la prise de l'hydroxychloroquine (HC). Il simule une pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) avec un délai d'apparition plus long, des lésions plus variées et une évolution plus lente. Nous rapportons une série de 6 cas.

Observations :

Six patientes, hospitalisées dans le même centre, entre février 2021 et avril 2023, pour une toxidermie type EFPG induite par l'HC avec un score d'imputabilité vraisemblable selon la méthode française. L'âge moyen de 51 ans (39-61). L'HC était prescrite à la dose de 200 à 400 mg par jour pour une polyarthrite rhumatoïde dans 3 cas et pour un neurolypus, une sarcoïdose articulaire et une pathologie non documentée dans un seul cas respectivement. L'éruption était apparue après un délai moyen de 20 jours (10-30 jours). Il s'agissait d'un érythème généralisé œdémateux parsemé de pustules, d'emblée généralisé (n = 3) ou ayant débuté au niveau des grands plis (n = 2) ou du tronc (n = 1) avant de s'étendre rapidement en quelques jours. L'atteinte du visage était constante. Un décollement cutané de type « Lyell » était noté dans 5 cas. La fièvre était présente dans tous les cas. Une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles était objectivée chez 5 patientes, une hyperéosinophilie à 1280mm³ dans un cas et une cytolyse hépatique dans trois cas. La biopsie cutanée montrait essentiellement un épiderme spongiotique, une pustule sous-cornée, des foyers de nécrose kératinocytaire et un infiltrat dermique inflammatoire périvasculaire polymorphe. L'évolution sous corticothérapie systémique (0.5 à 1 mg/kg par jour) était favorable avec une desquamation en larges lambeaux. La résolution du tableau clinico-biologique était obtenue en moyenne en 26 jours (20-45 jours).

Discussion :

L'EFPG, due principalement à l'HC, est une forme particulière de PEAG se distinguant par une sévérité accrue. Son apparition est tardive, 2 à 3 semaines après la prise médicamenteuse. La guérison est progressive, 20 à 30 jours après l'arrêt du traitement. Ces délais d'apparition et de guérison ont été plus prolongés chez deux de nos patientes.

Cette entité rare a été décrite dans le passé comme étant une PEAG atypique, une PEAG récalcitrante ou un syndrome de chevauchement PEAG/Nécrolyse épidermique toxique. Cliniquement, elle peut se manifester par des papules érythémateuses et des plaques urticariennes avec le développement de pustules non folliculaires. Des lésions annulaires ou en cible sont possibles. Le traitement de première intention est représenté par les corticoïdes, locaux et généraux.

Conclusion :

Une toxidermie nouvellement décrite, rare mais grave, nommée EFPG est associée à l'utilisation de l'HC. Des études futures sont nécessaires pour mieux comprendre ses mécanismes étiopathogéniques.

Tableau 1 : Caractéristiques des cas présentant un érythème figuré pustuleux généralisé secondaire à l'hydroxychloroquine

Cas	Age (Ans)	Sexe	Indication de l'HC	Type de toxidermie	Délai d'apparition (Jours)	Traitement	Durée totale d'évolution (Jours)
1	50	F	PR	PEAG/SSJ	25	CTC à 0.5 mg/kg/j	21
2	39	F	Neurolypus	PEAG/Lyell	10	CTC à	25

						0.5 mg/kg/j	
3	61	F	Non documentée	PEAG/Lyell	15	CTC à 1 mg/kg/j	30
4	47	F	PR	PEAG/Lyell	20	CTC à 1 mg/kg/j	45
5	56	F	PR	PEAG atypique	30	CTC à 1 mg/kg/j	25
6	53	F	Sarcoïdose articulaire	PEAG/Lyell	21	CTC à 1 mg/kg/j	20

PR : Féminin ; PR : Polyarthrite rhumatoïde ; PEAG : Pustulose exanthématique aigue généralisée ; SSJ : Syndrome deStevens-Johnson ; CTC : Corticothérapie systémique

Erythème Toxique à la Chimiothérapie (TEC)

S. MHAIMER ; FZ. EL Alaoui El Abidi; R.CHAKIRI

Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Introduction :

Le Terme Erythème toxique à la chimiothérapie (ETC) permet de désigner une réaction cutanée assez caractéristique de la chimiothérapie.

Les principales molécules inductrices d'ETC sont les taxanes, la cytarabine, le busulfan et la dactinomycine.

Observation 1 :

Patient de 55 ans, suivi pour lymphome non hodgkinien folliculaire en stade réfractaire après 4 protocoles de chimiothérapie non réussis (patient a été mis sous traitement palliatif, sous purinéthol 50mg/jour pendant 21 jours, initié 20 jours avant l'éruption cutanée).

A l'examen général, le patient était conscient, hypotendu avec un état général altéré et à l'examen cutané un placard érythémateux surmonté des érosions post bulleuses et des croûtes hémorragiques au niveau du cou, du tronc et du dos, un placard inflammatoire purpurique chaud et œdémateux des 2 avant-bras arrivant jusqu'au mi bras, avec présence de bulles tendus à contenu purulent au niveau des paumes des mains, au niveau des jambes on trouvait des plaques purpuriques centrées par des érosions, et une nappe purpurique au niveau des plantes des pieds avec un signe de nikolski négatif. A l'examen de la muqueuse orale on note des érosions surmontées de croûtes hémorragiques. Le reste de l'examen trouvait des adénopathies cervicales supérieures, axillaires et inguinales.

La biopsie cutanée a montré un clivage sous épidermique avec des images nécrose kératinocytaires acidophiles. Le plancher dermique est modérément inflammatoire compatible avec un érythème toxique à la chimiothérapie.

Par la suite le patient a développé une aplasie médullaire, rendant le traitement par corticothérapie générale difficile, il a été mis sous dermocorticoïdes et des soins locaux, mais le patient est décédé une semaine après.

Observation 2:

Patiente âgée de 60 ans suivie pour cancer de sein type carcinome canalaire depuis 2019 avec métastases osseuses, sous chimiothérapie.

La patiente avait présenté 1 semaine après l'introduction de Docetaxel des lésions érythémateuses, au niveau des plis axillaire, en en sous mammaire et au niveau du plis de l'aîne, qui prenaient une distribution bilatérale, symétrique, et s'associe à une sensation de prurit. La patiente a été mise sous traitement topique, avec changement de molécule de chimiothérapie par les oncologues, L'évolution s'est faite vers la desquamation, et une hyperpigmentation séquellaire.

2eme épisode : 4 mois après le 1^{er} épisode, et 24 heures après la réintroduction de la Docetaxél, la patiente a présenté des lésions érythémateuses squameuses, surmontées de pustules et des érosions douloureuses, au niveau de la région axillaire, en sous mammaire, et en sous ombilical.

Les signes vitaux de la patiente étaient stables. Il n'y avait pas de lymphadénopathie, ni de fièvre.

Une biopsie cutanée a été faite révélant une nécrose épidermique compatible avec un érythème toxique à la chimiothérapie (TEC)

La patiente a été mise sous stéroïdes topiques classe forte, avec des pansements aseptiques, une nette amélioration a été obtenue en une dizaine de jours.

Discussion :

L'ETC n'est pas d'origine allergique mais est plus sûrement lié à l'excrétion privilégiée de certaines chimiothérapies par les glandes eccrines, induisant un phénomène directement toxique sur les kératinocytes et les annexes dans les zones particulièrement concernées par l'hyperhidration ou les contacts répétés.

Il s'agit généralement d'une condition spontanément résolutive. Cependant, la récurrence avec la ré-administration de l'agent chimiothérapeutique est assez courante. Le diagnostic repose principalement sur la présentation clinique typique mais on peut avoir des aspects atypiques, ce qui rend le diagnostic difficile.

L'éruption apparue 8 à 21 jours après le traitement, faite d'un érythème inflammatoire dans les zones de friction et d'hypersudation, principalement les régions axillaires et inguinales.

Il peut survenir dès le premier cycle et s'associer à un décollement bulleux dans les formes sévères, avec un aspect de « pseudo-Lyell ». Avec une distribution bilatérale, volontiers symétrique, et s'associe à une sensation de prurit ou de cuisson. Il est cependant important de retenir que toute éruption survenant sous chimiothérapie n'est pas nécessairement un érythème toxique.

Dans les 2 observations, le tableau clinique, la chronologie d'apparition des lésions après le début du traitement incriminé, ainsi que les données histologiques, étaient compatibles avec un diagnostic d'ETC.

Conclusion :

Les effets indésirables dermatologiques des traitements anticancéreux sont à la fois très fréquents et extrêmement variés, aussi bien avec la chimiothérapie, l'immunothérapie ou les thérapies.

Le clinicien doit donc apprendre à reconnaître les principales manifestations dermatologiques observées dans ce contexte et surtout à savoir les gérer, afin de permettre la poursuite du traitement tout en améliorant la qualité de vie du malade.

Un cas de vascularite leucocytoclasique induite par le rivaroxaban S.EIHAITAMY1* - M.SOUGHII - C.BOUHAMDI1 - Z. DOUHII -S.ELLOUDI1 - H.BAYBAY1 - FZ.MERNISSII 1 Service de Dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc
Mots clés: Vascularite leucocytoclasique, rivaroxaban, réaction hypersensibilité
Introduction: La vascularite cutanée leucocytoclasique (VCL) est un type de vascularite des petits vaisseaux affectant la peau. Elle se manifeste par un purpura palpable, le diagnostic repose sur l'examen histopathologique. La VCL peut être déclenchée par une infection, une réaction médicamenteuse, ou d'autres, comme elle peut être idiopathique. Le rivaroxaban est un anticoagulant oral largement utilisé par rapport aux autres formes traditionnelles d'anticoagulation (warfarine, héparine de bas poids moléculaire), ses réactions cutanées indésirables sont rarement rapportées dans la littérature. Nous en rapportons un nouveau cas de vascularite leucocytoclasique secondaire à la prise du rivaroxaban.
Observation: Femme de 70 ans, diabétique depuis 30ans sous insuline, hypertendue il y a deux ans sous inhibiteur d'enzyme de conversion, suivie pour une cardiopathie ischémique il a 4 ans mise sous anti agrégant avec arrêt, diurétique, atorvastatine, antécédent AVCI il a 1 an mise sous rivaroxaban, elle s'est présentée pour une éruption cutanée évoluant depuis 6 jours. L'examen dermatologique a objectivé la présence d'un purpura infiltré, d'un décollement fait de vésicules et de bulles au niveau des membres inférieurs avec des ulcérations bien limitées de contours réguliers ovalaires à surface nécrotique au niveau de la jambe droite et du 2eme orteil des deux pieds. La numération complète des cellules sanguines était normale à l'exception d'une anémie normochrome normocytaire à 9g/dl, une CRP élevée à 80 mg/l. Le panel métabolique complet, les études de coagulation, l'analyse d'urine (protéinurie de 24h), les anticorps antinucléaires, le facteur rhumatoïde, les anticorps cytoplasmiques antineutrophiles (cytoplasmiques et péri nucléaires), les niveaux de complément (C3, C4), les cryoglobulines sériques, les sérologies des hépatites B et C et le test du virus de l'immunodéficience humaine, étaient normaux. La patiente a bénéficié d'une biopsie cutanée objectivant la présence d'une vascularite leucocytoclasique avec une IFD négative, une déclaration à la pharmacovigilance a été réalisé dont le médicament incriminé était le rivaroxaban.
Discussion: La vascularite cutanée leucocytoclasique (VCL) est une description histopathologique d'une forme courante de vascularite des petits vaisseaux qui implique le plus souvent des capillaires et des veinules postcapillaires cutanées, elle est caractérisée par un infiltrat inflammatoire neutrophilique et une désintégration des noyaux de ce dernier en fragments dans la paroi des vaisseaux et du tissu conjonctif voisin ("leucocytoclasie"). La principale présentation clinique de la VCL est un purpura palpable au niveau des membres inférieurs et des fesses qui peut être associé à un prurit ou à une douleur. La VCL d'origine médicamenteuse représente jusqu'à 30 % de tous les cas des VCL et elle constitue toujours un diagnostic d'exclusion après élimination d'autres causes, telles que l'infection, les maladies auto-immunes et les conditions inflammatoires. De nombreux médicaments peuvent provoquer la VCL, mais les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les pénicillines, les céphalosporines, la phénytoïne, l'allopurinol et les anti-inflammatoires ont été le plus souvent impliqués. Autres tel que les anticoagulants et plus spécifiquement les anticoagulants oraux comme le Rivoraxaban, qui sont le plus utilisés dernièrement vu leur biodisponibilité orale, et l'absence d'exigence de surveillance de l'INR, ont été incriminés dans la survenue d'une VCL qui est un phénomène connu mais rarement

décrit (moins de 20 cas dans la littérature). Le mécanisme physiopathologique de la VCL induit par le rivaroxaban est mal élucidé, il semble être le plus souvent associé aux réactions d'hypersensibilité retardée de type III dans lesquelles le médicament agit comme un antigène contre lequel des anticorps sont générés, formant des complexes immuns qui se déposent sur les parois vasculaires. L'apparition de l'atteinte cutanée est généralement observée 7 à 10 jours après l'exposition au médicament en cause, cependant, une apparition retardée des signes cliniques peut survenir comme c'est le cas pour notre patiente avec un délai d'un an. Le traitement repose principalement sur l'arrêt de l'utilisation du médicament suspecté avec généralement une rémission complète en quelques jours à quelques semaines, ce qui rend le pronostic généralement très bon. Conclusion : Le but de notre observation est de souligner le risque de survenue de la vascularite cutanée leucocytoclasique suite à la prise du rivaroxaban qui est un effet secondaire rare mais grave qui nécessite d'être connu vu l'augmentation de l'utilisation de ce médicament, comme alternative à la warfarine, prescrit par une grande variété de spécialités médicales et chirurgicales. Reference : 1. G. Chaaya, J. Jaller-Char, E. Ghaffar, A. Castiglioni. Rivaroxaban-induced leukocytoclastic vasculitis: a challenging rash, *Ann Allergy Asthma Immunol*, 116 (2016), pp. 577-578, 2. Mohamoud M, Horgan C, Eworuke E, Dee E, Bohn J, Shapira O, Munoz MA, Stojanovic D, Sansing-Foster V, Ajao A, La Grenade L. Complementary Use of U.S. FDA's Adverse Event Reporting System and Sentinel System to Characterize Direct Oral Anticoagulants-Associated Cutaneous Small Vessel Vasculitis. *Pharmacotherapy*. 2020 Nov;40(11):1099-1107. doi: 10.1002/phar.2468. Epub 2020 Nov 8. PMID: 33090530; PMCID: PMC8938957 3. Dean R, Messer AM, Pickett M, Jahan-Tigh R. A case of leukocytoclastic vasculitis caused by novel anticoagulant rivaroxaban. *Dermatol Online J*. 2017 Nov 15;23(11):13030/qt9dh5509z. PMID: 29447643. 4. Sainz-Gaspar L, Pita da Veiga G, Suárez-Peñaranda JM, Vázquez-Veiga H, Sánchez-Aguilar D. Leukocytoclastic vasculitis associated with rivaroxaban. *Int J Dermatol*. 2018 May;57(5):622-624. doi: 10.1111/ijd.13952. Epub 2018 Feb 20. PMID: 29460965. 5. Martínez Pallás I, García García M, Torrubia Pérez CB, Ara Martín M. Vasculitis leucocitoclástica secundaria a nuevos anticoagulantes orales. *Rev Clin Esp*. 2020;220:390–392

Toxidermie de type vascularite cutanée au Lamotrigine : un cas

M Sakhri, I Chikh, H Sahel

Introduction :

Les réactions médicamenteuses cutanées touchent 2-8% des patients hospitalisés pouvant aller d'une simple éruption maculo-papuleuse à une réaction plus sévère mettant en jeu le pronostic vital. Nous rapportons une vascularite cutanée secondaire à la prise de Lamotrigine .

Observation :

Une femme de 35 ans, ayant comme antécédents une thrombose veineuse cérébrale profonde et une épilepsie diagnostiquée récemment. Un traitement par Lamotrigine (25 mg/j) et antidépresseurs (Benzodiazépine 1 mg et Paroxétine 10mg) était prescrit par son neurologue. 15 jours après le début de ce traitement, la patiente constatait des érosions de la muqueuse buccale, larmolement oculaire et l'apparition des adénopathies cervicales dans un contexte d'altération de l'état général et fièvre. 2 jours après, il y avait l'apparition d'une éruption maculo-papuleuse généralisée avec œdème du visage et œdème palpébral. À l'examen dermatologique, on trouvait des lésions purpuriques pétéchiales isolées par endroits et confluentes en plaques par d'autres, infiltrées, symétriques avec un vespertilio et un œdème du visage. On notait également quelques bulles à contenu clair au niveau des racines des membres supérieurs. Au niveau des muqueuses, une gingivo-stomatite avec des croûtes rouges brunâtres au niveau des lèvres .L'examen extra-dermatologique trouvait des adénopathies cervicales sous mentonnières bilatérales de 1 à 1.5cm de diamètre, mobiles, douloureuses à la palpation ,un oedème palpébral avec une hyperhémie conjonctivale bilatérale et des sécrétions purulentes. Selon les critères d'imputabilité, le Lamotrigine semblait être le médicament le plus probablement incriminé. Le diagnostic de vascularite cutanée était évoqué cliniquement et un bilan d'auto-immunité, une biopsie cutanée et immunofluorescence directe étaient réalisées. Le traitement était arrêté et une corticothérapie a été instaurée à la dose de 1mg/kg/j. L'évolution était marquée par la disparition totale des lésions cutanées après un mois du traitement.

Discussion :

La vascularite médicamenteuse est une affection relativement rare. L'étiologie médicamenteuse est rapportée dans 10 à 24 % des vascularites cutanées avec une légère prédominance féminine. Le Lamotrigine est parmi les anti-épileptiques les plus incriminés dans la survenue des réactions médicamenteuses cutanées. L'éruption maculopapuleuse apparaît habituellement entre 3-20 jours de l'initiation du traitement et régresse spontanément dans un délai similaire après l'arrêt du traitement. Les manifestations cliniques d'une vascularite induite par un médicament surviennent après un délai de deux jours à dix ans après la prise médicamenteuse avec une moyenne de trois semaines. La forme cutanée pure aussi appelée « forme commune » est la plus fréquente. Elle survient en moyenne 3 semaines après le début du traitement médicamenteux causal. Elle est révélée par un purpura palpable déclive, typique et/ou par une éruption maculo-papuleuse, ou également par des arthralgies ou plus rarement par des arthrites.

Conclusion :

Plusieurs médicaments peuvent être responsables d'une vascularites médicamenteuses qui peut être associée avec une morbi-mortalité significative. Devant toute vascularite cutanée d'origine médicamenteuse, l'arrêt du médicament est indispensable .Chez certains patients avec des atteintes graves, une corticothérapie pourrait améliorer le pronostic et prévenir l'évolution vers une maladie grave et irréversible

Vascularite cutané induite par le crack: Un dérivé concentré de la cocaïne

Introduction:

La cocaïne est largement consommée à des fins récréatives dans de nombreuses régions du monde, l'augmentation de la demande a conduit à l'apparition de nouveaux dérivés moins chers mais avec des effets indésirables plus graves. Nous rapportons le cas d'une vascularite cutanée isolée induite par la crack, un dérivé de la cocaïne.

Observation :

Patient âgé de 24 ans, tabagique chronique à 12 paquets-années, consommateur de benzodiazépines et de crack depuis 3 mois, consulte pour des lésions douloureuses au niveau des pieds évoluant depuis 2 mois. L'examen dermatologique a révélé des lésions purpuriques et ecchymotiques infiltrées et confluentes associées à un livedo à mailles ouvertes occupant la face dorsale et latérale des 2 pieds. Le reste de l'examen somatique a révélé des adénopathies lenticulaires inguinales sans autres anomalies. La biopsie cutanée a montré un aspect de vascularite artériolaire thrombosante. Le bilan biologique (hémogramme, sérologies, bilan rénal et immunologique, P et C ANCA et cryoglobulines) s'est révélé négatif. Une tomographie par émission de positons à la recherche d'un hypermétabolisme artériel ou de foyer hypermétabolique tumoral était normale.

Le diagnostic de vasculite induite par la cocaïne a été retenu compte tenu des données de l'interrogatoire, l'examen clinique, la biopsie cutanée et la négativité du bilan étiologique. Le patient a été mis sous benzodiazépines et colchicine, puis transféré au centre d'addictologie pour sevrage. Les lésions ont régressé et une nouvelle biopsie cutanée réalisée 2 mois après le sevrage n'a pas montré de signes de vascularite ni de vasculopathie thrombosante."

Discussion:

A travers notre observation, nous rapportons un nouveau cas de vascularite induite par un dérivé de la cocaïne. Il s'agit d'une forme chauffée qui après son inhalation libère rapidement la cocaïne sous forme de fumée, qui est ensuite absorbée par les poumons et entraîne des effets stimulants intenses et rapides.

Dans notre cas le diagnostic a été facilité par la présentation clinique, la négativité du bilan immunologique, les données de la biopsie cutanée et l'amélioration clinique et histologique après le sevrage, néanmoins dans la majorité des cas le diagnostic est souvent difficile compte tenu de la présentation clinique très variable avec des tableaux orl mimant des granulomatoses avec polyangéite avec des ANCA positifs et des tableaux de purpura nécrotique et extensif.

Conclusion: Bien que la vascularite cutanée associée à l'utilisation de la cocaïne soit considérée comme relativement rare, sa prévalence semble augmenter, surtout avec l'émergence de nouveaux types. De ce fait, il est crucial de reconnaître cette entité afin de poser un diagnostic précoce et ainsi éviter l'évolution vers des formes extensives et systémiques de la maladie.

Toxicité cutanée aiguë au méthotrexate chez une patiente psoriasique

B. Merrouche, H. Sahel

Introduction :

Le méthotrexate (MTX) est un cytostatique antifolique couramment utilisé à faible dose dans des pathologies inflammatoires dermatologiques et rhumatologiques. Ses effets secondaires sont principalement hématologiques, hépatiques, gastro-intestinaux et pulmonaires. Une toxicité dermatologique est rarement décrite. Nous rapportons le cas d'une patiente atteinte d'un psoriasis ayant présenté une toxicité cutanéomuqueuse secondaire à ce médicament.

Observation :

Une femme de 38 ans, suivie pour un psoriasis vulgaire, évoluant depuis 15 ans sans atteinte articulaire associée, présentait une éruption cutanée ulcéro-érosive aigue, apparue 2 semaines après l'introduction du MTX oral à la dose de 20 mg/semaine. Il n'y avait pas une autre prise médicamenteuse. L'examen retrouvait des ulcérations et des érosions douloureuses étendues, de taille variable, à fond hémorragique, localisées essentiellement sur les plaques de psoriasis, au niveau du tronc et des quatre membres, avec une atteinte muqueuse buccale (érosions labiales, jugales et palatines). Le signe de Nikolsky était négatif. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. La biologie était normale hormis une cytolysé hépatique modérée (ASAT à 94 UI/l : 2.5 N ; ALAT à 261 UI/l : 7.5 N) et une C-réactive protéine à 57 mg/L. La radiographie thoracique et l'échographie abdominale ne montraient pas d'anomalie. L'évolution à l'arrêt du MTX et sous une supplémentation en acide folique à 5 mg/j était rapidement favorable, marquée par une cicatrisation quasi-complète des lésions cutanéomuqueuses en 15 jours, ainsi qu'une normalisation du bilan biologique.

Discussion :

Les posologies du MTX utilisées en dermatologie sont en règle générale de l'ordre de 7,5 à 25 mg/semaine. Les effets secondaires à ces doses faibles sont surtout dus à la toxicité directe de la molécule, mais parfois à des réactions immunologiques. Ils sont favorisés par toutes les conditions augmentant les concentrations plasmatiques du MTX libre : mauvaise observance du traitement, association médicamenteuse en particulier avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens, hypoalbuminémie, insuffisance rénale, sujet âgé.

Les ulcérations cutanées observées au cours des toxicités aiguës du MTX sont rares. Comme chez notre patiente, ces ulcérations affectent préférentiellement les plaques de psoriasis à cause du taux élevé de prolifération des cellules épidermiques et d'une absorption plus importante du médicament au sein de ces lésions. L'atteinte muqueuse, notamment buccale, est rapportée pouvant aboutir à d'authentiques mucites. Les manifestations hématologiques (pancytopénie) et hépatiques (cytolysé) sont possibles.

Pour notre observation, la toxicité dermatologique survenue sous MTX était précoce et sans facteur de risque évident. Il s'agit probablement d'une réaction idiosyncratique, non dose dépendante.

Conclusion :

Bien que rare, la toxicité cutanéomuqueuse aiguë liée au MTX peut être grave. Il est donc essentiel de reconnaître cette manifestation afin de permettre une prise en charge adéquate.

Urticaire chronique spontanée post-vaccination anti-SARS-CoV-2

B. Merrouche ^[1], L. Iberraken^[1], H. Sahel ^[1]

^[1] Service de dermatologie, CHU Bab El Oued, Alger

Introduction :

L'urticaire chronique spontanée (UCS) est une dermatose fréquente définie par la survenue non reproductible par les tests de provocation et sans l'intervention d'un stimulus externe, de papules d'urticaire et/ou d'angioedème depuis plus de 6 semaines. Nous rapportons un cas d'UCS suite à une vaccination anti-COVID-19 par le vaccin CoronoVac (Sinovac).

Observation :

Une patiente âgée de 58 ans, présentait de lésions urticariennes prurigineuses superficielles et profondes, généralisées, évoluant par poussées depuis plus de 1 an. Ces lésions avaient débuté 24 h après la première injection du vaccin Sinovac-CoronoVac. L'examen clinique extra-cutané était normal. Les explorations biologiques, immunologiques et histopathologiques (histologie d'une biopsie cutanée, immunofluorescence directe) étaient revenues sans anomalies. Un traitement antihistaminique à raison de 4 comprimés/jour permettait de contrôler les poussées urticariennes. Le cas a été déclaré à la pharmacovigilance. La seconde dose vaccinale n'a pas été administrée.

Discussion :

Les observations d'UCS de survenue post-vaccinale sont rares. Ce sont essentiellement les vaccins antigrippaux et anti-hépatite B qui sont incriminés. Quelques cas apparus après la vaccination contre le virus SARS-CoV-2 ont été décrits dans la littérature : principalement avec les vaccins à ARNm (Comirnaty® de Pfizer-BioNTech et Spikevax® de Moderna), plus rarement avec les autres vaccins. Ils apparaissent après la première et/ou la deuxième dose, dans un délai de 1 à 15 jours après l'injection, avec une atteinte superficielle et/ou profonde. Les antihistaminiques à quadruple dose permettent une bonne réponse (comme pour notre cas). Cependant, dans certains cas, ce traitement n'était pas suffisant (résistance et récurrence), l'omalizumab a été alors introduit permettant une rémission clinique. Le mécanisme physiopathologique exact de ces UCS est encore mal élucidé, la réponse immunitaire à médiation cellulaire T induite par les vaccins pourrait jouer un rôle. Des cas d'aggravation d'une UCS ont aussi été rapportés dans les suites d'une vaccination contre la COVID-19. Chez notre malade, la question du rôle déclencheur de la vaccination se pose devant le délai d'apparition et la négativité des explorations étiologiques.

Conclusion :

Nous rapportons un cas exceptionnel d'UCS post vaccin Sinovac contre la COVID-19. Il est ainsi nécessaire de reconnaître la vaccination comme un facteur déclenchant potentiel des urticaires chroniques.

Érythème polymorphe induit par le SARS-COV2 : à propos d'un cas

M. Marhraoui¹, M. Habibi¹, K. Znati², S. Hamada¹, L. Benzekri¹, N. Ismaili¹, M. Meziane¹, K. Senouci¹

¹ Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Sina, Université Mohamed V, Rabat

² Service d'anatomo-pathologie, CHU Ibn Sina, Université Mohamed V, Rabat

Introduction :

L'érythème polymorphe (EP) est une réaction cutanée d'hypersensibilité qui survient généralement en réponse à une infection. Il est principalement associé aux virus de l'herpès simplex (HSV) et à *Mycoplasma pneumoniae*, et plus rarement à d'autres virus tels que le parvovirus B19 ou les adénovirus. Récemment, des rapports ont également fait état de l'apparition d'EP chez des patients atteints de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Dans cette étude de cas, nous présentons le cas d'un homme âgé de 56 ans chez qui un EP a été induit par le SARS-CoV-2.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 56 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui s'est présenté dans notre centre médical avec l'apparition récente d'une éruption cutanée bulleuse. Initialement localisée au niveau de la main droite, l'éruption s'est ensuite étendue au reste du corps, évoluant dans un contexte d'apyrexie. Le patient n'a rapporté aucune prise médicamenteuse, vaccination récente ni piqûre d'insecte. Par ailleurs, il a mentionné avoir présenté un syndrome grippal une semaine avant l'apparition de l'éruption.

À l'examen clinique, on a observé des plaques urticariennes recouvertes de vésicules regroupées en bouquet et en bulles au niveau du tronc, des membres supérieurs et des genoux. Au niveau de la face dorsale des mains, on a observé de multiples bulles de tailles variables remplies de liquide séreux et hémorragique, ainsi que la présence de lésions en cocardes atypiques au niveau des paumes et des plantes des pieds. Le signe de Nikolsky était négatif, mais une atteinte de la muqueuse nasale a été notée. Le reste de l'examen somatique était normal.

Le bilan biologique a révélé une hyperleucocytose à 12 230/mm³ avec une hyperéosinophilie à 1 090/mm³, ainsi qu'une augmentation de la CRP à 78 mg/L. La radiographie thoracique n'a montré aucune anomalie, et les sérologies pour les virus de l'hépatite C et du VIH étaient négatives. Les sérologies pour les virus de l'hépatite B, l'herpès simplex (HSV), le virus d'Epstein-Barr (EBV), le virus varicelle-zona (VZV) et le cytomégalovirus (CMV) étaient en faveur d'une infection passée. Les examens parasitologiques des selles et les coprocultures étaient négatifs. La PCR pour le Covid-19 était également négative, mais une sérologie pour le SARS-CoV-2 était positive.

L'analyse histologique et immunofluorescence directe d'une biopsie cutanée réalisée étaient en faveur d'un érythème polymorphe.

L'évolution de la maladie a été marquée par la régression spontanée des lésions après 5 jours, et une cicatrisation complète a été obtenue au bout de 2 mois.

Discussion :

De nouvelles présentations cliniques, notamment des manifestations extra-pulmonaires telles que des éruptions cutanées liées au COVID-19, émergent quotidiennement. Nous émettons l'hypothèse que l'éruption cutanée de type érythème polymorphe (EP) pourrait être une autre forme de manifestation cutanée du COVID-19. Quelques cas d'éruptions cutanées de type EP ont été signalés en association avec le COVID-19. Cependant, dans la plupart de ces cas, les patients prenaient également plusieurs médicaments qui pourraient être le facteur déclenchant de l'éruption cutanée de type EP. Dans ce cas précis, le patient n'a signalé aucune prise de médicaments avant l'apparition de l'éruption cutanée, ce qui suggère une relation plus directe entre le COVID-19 et l'éruption de type EP.

L'érythème polymorphe observé chez les patients atteints de COVID-19 est attribué à une réaction d'hypersensibilité retardée. Il est généralement observé chez les patients de moins de 30 ans ou de plus de 55 ans, ou il peut être induit par un médicament.

Notre patient présentait une éruption cutanée sans les symptômes typiques de la pneumonie liée au COVID-19, et le test PCR pour le SRAS-CoV-2 était négatif. Cependant, son antécédent de syndrome grippal, la suspicion de pneumonie COVID-19, et les anticorps positifs contre le COVID-19 indiquent clairement que ses manifestations étaient liées au virus. Les autres tests pour identifier une cause éventuelle étaient négatifs, et aucun médicament n'avait été pris avant l'éruption cutanée. Le patient présentait des lésions cutanées et une atteinte de la muqueuse nasale, suggérant fortement un cas mineur d'érythème polymorphe induit par le COVID-19.

Conclusion :

Le COVID-19 demeure encore un domaine largement inexploré. Bien que peu fréquente, l'implication cutanée représente l'un des aspects du Covid-19 qu'il est essentiel de comprendre afin de détecter précocement l'infection et ainsi restreindre la propagation de cette pandémie mondiale.

Un cas de pityriasis rubra pilaire secondaire au vaccin contre la COVID-19

Introduction

Le pityriasis rubra pilaire (PRP) est un trouble rare de kératinisation. Hypothétiquement, cette maladie peut être induite par une réponse immunitaire anormale vis-à-vis de différents stimuli antigéniques tels que des infections, des traumatismes et influencée par le patrimoine génétique. La survenue de la maladie après la vaccination contre la COVID19 a rarement été signalée.

Nous rapportons le cas de PRP déclenché 4 semaines après la 2^{ème} dose du vaccin Sinopharm BBIBP-CorV.

Rapport de cas

Un homme de 53 ans, sans antécédent particulier, ayant reçu les deux doses de vaccin Sinopharm, a présenté des plaques érythématosquameuses affectant d'abord le tronc puis progressant sur tout le corps et le visage, 4 semaines plus tard. L'examen clinique a noté une érythrodermie caractérisée par des plaques érythématosquameuses avec des îlots de papules kératosiques folliculaires sur les cuisses et les jambes et une kératodermie palmoplantaire cireuse rouge-orange fissuraire au niveau de la plante des pieds. Il n'y avait pas d'atteinte de la muqueuse buccale, oculaire ou génitale. La biopsie a objectivé une obstruction des orifices folliculaires, une hyperkératose ainsi qu'une alternance de bandes d'orthokératose et de parakératose. Le bilan biologique était sans anomalie.

Les caractéristiques cliniques histopathologiques étaient compatibles avec un diagnostic de PRP de type I. Compte tenu de la relation temporelle, de l'absence de l'introduction d'un nouveau médicament et d'une infection récente, le vaccin contre la COVID 19 a été suspecté comme déclencheur de cette maladie. Le patient a été traité par Acitrétine 25 mg par jour avec un blanchiment total au quatrième mois.

Discussion

Il a été démontré que les vaccins COVID-19 actuellement utilisés dans le monde sont extrêmement sûrs. Cependant, divers effets indésirables ont été décrits. Le vaccin Sinopharm est un vaccin contre la COVID-19 inactivé et largement utilisé dans de nombreux pays. Plusieurs effets indésirables cutanés après vaccination par Sinopharm sont actuellement décrits mais le PRP post-vaccin n'a jamais été rapporté dans la littérature.

À notre connaissance, seuls 18 patients de 10 pays différents ont été signalés comme ayant un PRP après la vaccination contre le COVID 19. Trois (17%) patients ont reçu le CoronaVac-Sinovac, un vaccin inactivé similaire à Sinopharm. 7 (39%) patients ont reçu le vaccin AstraZeneca, 6 (33%) patients ont reçu le vaccin Pfizer-BioNTech, 2 (11%) patients ont reçu le vaccin Moderna. Le délai d'apparition du PRP a varié entre 2 jours et 8 semaines.

Des cas de PRP post vaccination contre rougeole-oreillons-rubéole, poliovirus oral, diphtérie-coqueluche-tétanos et grippe ont été rapportés.

La relation causale entre les vaccins COVID-19 et les réactions immunologiques cutanées n'est toujours pas comprise, mais elles peuvent être dues à une voie immunologique inflammatoire régulée positivement ou à une réactivité croisée entre des molécules vitales ou adjuvantes et des auto-antigènes.

Le PRP est un nouvel ajout aux événements indésirables suivant le vaccin COVID19. Il est difficile de déterminer avec certitude la cause de la maladie après la vaccination. Par conséquent, d'autres études sont nécessaires pour établir la relation causale entre le vaccin et le PRP.

B. El Idrissi¹; S. Ait Oussous¹; F. El alaoui EL abidi¹; H. Kherbach¹; R. CHAKIRI¹
1Dermatologie et Vénérologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction

Le pseudolymphome cutané, une infiltration lymphocytaire bénigne, est rare après vaccination. Cet article vise à éclaircir cet effet indésirable potentiel.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 44 ans, suivie pour dépression et anxiété, qui s'est présentée pour des plaques et nodules prurigineux érythémateux-violacés sur le visage, le dos et les membres, évoluant depuis 2001. L'interrogatoire avait révélé la notion de vaccination contre la grippe 15 jours avant l'apparition des lésions. Les diagnostics envisagés pour donner suite à plusieurs biopsies cutanées étaient un pseudolymphome cutané, un lupus tumidus ou une panniculite lupique. Divers traitements, dont l'hydroxychloroquine, le méthotrexate et le thalidomide, ont été administrés sans nette amélioration. Une dernière biopsie a été réalisée et a finalement confirmé un pseudolymphome cutané caractérisé par une majorité d'infiltrats de lymphocytes B et elle a permis d'éliminer un éventuel lymphome cutané. Le rituximab est actuellement envisagé comme une alternative thérapeutique.

Discussion

Le développement d'un pseudolymphome cutané post-vaccination, bien que rare, est de plus en plus reconnu. Il est essentiel que les professionnels de santé soient conscients de cette possibilité pour poser un diagnostic rapide. Les vaccins incriminés dans la littérature incluent ceux contre la grippe, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole, et l'antipneumococcique. Il est postulé que ces vaccins pourraient induire une hyperactivité lymphocytaire qui mène à la formation de pseudolymphomes. Par ailleurs, l'absence de réponse de notre patiente à l'hydroxychloroquine, au méthotrexate et au thalidomide pose question. L'hydroxychloroquine, en particulier, a montré une certaine efficacité dans diverses affections cutanées, mais ici, la réapparition de lésions après sept ans de traitement suggère une possible résistance, ou l'existence d'une pathologie plus complexe. Ces constatations suggèrent que le pseudolymphome cutané induit par le vaccin pourrait requérir une approche thérapeutique différente de celle utilisée pour les autres types de pseudolymphomes.

Conclusion

Ce cas illustre l'éventualité d'un pseudolymphome cutané après une vaccination. La relation causale mérite une investigation approfondie. L'inefficacité de l'hydroxychloroquine dans ce contexte soulève des questions quant aux stratégies thérapeutiques optimales. Des recherches futures devront cerner les mécanismes précis du pseudolymphome induit par le vaccin et développer des traitements adéquats.

Introduction

Depuis la déclaration de la COVID 19 comme étant une urgence sanitaire, plusieurs vaccins ont été élaborés pour contrôler cette pandémie. Bien que les données concernant l'efficacité et la sécurité des vaccins soient rassurantes, de nombreux effets secondaires cutanés de gravité variable ont été rapportés. Le pseudolymphome constitue une complication très rare de la vaccination. Cette entité rassemble un groupe hétérogène d'affections simulant cliniquement et histologiquement un lymphome cutané, mais dont l'évolution est bénigne.

A travers cette observation, nous rapportons le premier cas de pseudolymphome mixte diffus secondaire au vaccin COVID19 (*BBIBP-CorV*)

Observation :

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 59 ans, ayant présenté des plaques hyperpigmentées prurigineuses localisées au niveau de l'abdomen, évoluant depuis une année, ainsi qu'un nodule au niveau du site d'injection du vaccin. La patiente a rapporté l'installation brutale des lésions 15 jours après la première dose du vaccin Sinopharm et l'extension des lésions aux membres inférieurs 1 mois après la 2^{ème} dose du vaccin. L'examen dermatologique a objectivé des placards hyperpigmentés infiltrés confluent par endroit au niveau des 2 membres inférieurs, du bras droit et du bas du dos, et des plaques discrètement hyperpigmentés au niveau abdominal. Le reste de l'examen clinique était sans anomalies. La sérologie de lyme était négative.

L'examen histologique a montré une hyperplasie lymphoïde nodulaire du derme superficiel et profond composé de cellules lymphocytaires de petite taille ou de taille moyenne sans atypies ni mitoses s'organisant autour des vaisseaux et des follicules pileux et pénétrant les glandes sudoripares. Ces nodules lymphoïdes sont séparés par un derme fibreux renfermant un infiltrat histiocytaire et plasmocytaire. L'immunohistochimie a mis en évidence un antiCD20 et un anti CD5 très positifs, un antiCD3 et un antiKi 67 positifs un anti CD10 et anti Bcl2 légèrement positifs.

Devant la présentation clinique et histologique, le diagnostic de pseudolymphome mixte diffus a été ainsi retenu et la patiente a été traitée par des dermocorticoïdes avec une bonne évolution en 2 semaines.

Discussion :

Le pseudolymphome est une lésion cutanée d'apparence lymphomateuse mais d'évolution bénigne, qui non seulement imite le lymphome histologiquement mais aussi cliniquement.

Les pseudolymphomes sont classés selon l'aspect histologique en variantes de lymphocytes B, de lymphocytes T et mixte. Le diagnostic pose davantage un défi aux pathologistes, car un infiltrat polymorphe comprenant des histiocytes, des éosinophiles et des plasmocytes pourrait être présents. Les infiltrats polymorphes, l'absence de lymphocytes atypiques et les clones lymphocytaires dominants sont très évocateurs de pseudolymphomes. La corrélation clinique et immunohistologique permet d'écarter les diagnostics différentiels se portant surtout avec les lymphomes cutanés. Néanmoins, une transformation maligne en lymphome cutané B primitif de bas grade est possible.

Le pseudolymphome associé au site de vaccination est un phénomène extrêmement rare, bien que documenté. Plusieurs vaccins, à travers les années, ont été incriminés dans la survenue de pseudolymphomes cutanés au niveau du site d'injection dont le vaccin de l'hépatite B, du virus du papillome humain quadrivalent, de la méningo-encéphalite et le vaccin contre le tétanos. De nouvelles lésions sont susceptibles d'apparaître après de nouvelles injections du vaccin à distance du site d'injection. Il a été proposé que le pseudolymphome cutané puisse représenter une réaction aux adjuvants vaccinaux tels que l'aluminium utilisé dans de nombreux vaccins dans le but d'augmenter la réponse immunitaire. Ce dernier s'est avéré être présent dans le vaccin sinopharm *BBIBP-CorV*.

Deux cas uniquement de pseudolymphomes survenant au site d'injection du vaccin Pfizer/BioNTech COVID-19 ont été décrit. **Cependant, aucun cas de pseudolymphome à distance du site d'injection d'un vaccin COVID n'a été rapporté précédemment dans la littérature, d'où l'originalité de notre observation.**

Conclusion

Les effets secondaires suite à la vaccination contre la COVID19 sont fréquents mais tolérables, d'où l'intérêt d'une surveillance clinique des sujets vaccinés.

Pustulose exanthématique aigue localisée (PEAL) due à l'amoxicilline –acide clavulanique chez un enfant de 8 ans

Introduction:

La pustulose exanthématique aiguë localisée (PEAL) est une réaction cutanée aiguë faite de multiples pustules stériles, non folliculaires sur un fond érythémateux et œdémateux, d'apparition brutale et localisées typiquement au visage, au cou ou à la poitrine. C'est une variante rare de la pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG). Les antibiotiques, en particulier les b-lactamines et les macrolides, sont les médicaments les plus incriminés. Nous rapportons le cas d'une fillette de 8 ans qui a développé une PEAL au niveau de l'épaule et le cou suite à la prise de l'amoxicilline-acide clavulanique.

Observation:

Une fillette de 8 ans sans antécédents de maladie dermatologique se présentait pour une poussée aiguë de multiples petites pustules non folliculaires sur une base érythémateuse et œdémateuse, localisées à l'épaule et au cou, prurigineuses et sans atteinte muqueuse ou des ongles associés. Elle avait pris de l'amoxicilline-acide clavulanique jusqu'à trois jours avant l'apparition des symptômes pour une infection urinaire. La culture bactérienne de la pustule était stérile. Une biopsie cutanée d'une lésion pustuleuse du cou a montré une acanthose dans l'épiderme avec une légère spongiose ; dans le derme, il y avait un infiltrat perivasculaire de lymphocytes et de neutrophiles. L'utilisation de l'amoxicilline-acide clavulanique a été interrompue et les pustules ont commencé à régresser rapidement en 5 jours, suivies d'une desquamation résiduelle. Devant la présentation clinique de l'éruption avec la morphologie localisée caractéristique de multiples pustules non folliculaires et de l'association temporelle avec l'administration d'amoxicilline-acide clavulanique, le diagnostic de PEAL a été retenu selon les critères diagnostiques récemment proposés pour la PEAL.

Discussion :

La PEAL a été rapportée pour la première fois par Shuttleworth (1989) sous la forme d'une éruption pustuleuse localisée et récurrente sur le menton chez une femme de 42 ans après l'administration d'amoxicilline. Cependant, Prange et al. ont diagnostiqué en 2005 le premier cas d'ALEP sur le visage en se basant sur les critères diagnostiques de l'AGEP. Depuis la description de ce premier cas, près de 40 cas d'ALEP ont été décrits dans la littérature, tant chez les enfants que chez les adultes. Les médicaments les plus fréquemment impliqués sont les antibiotiques, en particulier les β -lactamines, la vancomycine, la lévofloxacine et le triméthoprime-sulfaméthoxazole. Bien que dans certains cas, elle est induite par une infection bactérienne, virale ou parasitaire. Certains auteurs ont proposé des critères diagnostiques conformes aux critères Euro SCAR pour la PEAL : Des pustules non folliculaires localisées, nombreuses et petites (1-3 mm) ; une base érythémateuse ; une microbiologie négative ; apparition aiguë (< 72 h) après la prise d'un médicament et résolution (avec desquamation) dans les 14 jours suivant l'arrêt de la prise du médicament.

L'ALEP est une réaction dont l'évolution spontanée est favorable en quelques jours. Le traitement repose sur l'arrêt immédiat de l'agent en cause. Dans notre cas, seul le retrait du médicament amoxicilline-acide clavulanique a permis de faire disparaître les lésions et la desquamation.

Conclusion :

La PEAL est une réaction cutanée peu fréquente aux médicaments. La plupart des cas publiés concernaient des antibiotiques. La pathogenèse et le traitement de cette maladie ne sont toujours pas clairs.

Un cas de SDRIFE bulleux induit par la prise de Célécoxib.

A.Lahrougui, Z.Chbihi, M.Aboudourib, S.Amal, O.Hocar.

Service dermatologie-vénérologie : CHU Mohamed VI Marrakech
Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
Université Qadi Ayyad, Marrakech- Maroc

Introduction :

Le syndrome Babouin médicamenteux, récemment renommé Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE), est une toxidermie flexurale caractérisée par une éruption érythémateuse symétrique et intertrigineuse, dont la forme bulleuse demeure exceptionnelle.

Nous décrivons un rare cas de SDRIFE bulleux engendré par la prise de Célécoxib.

Observation :

Patiente de 50 ans, sans notion d'allergies médicamenteuses connues, suivie pour des poly arthralgies inflammatoires traitées pour la première fois par du Célécoxib à la dose de 200mg/Jr.

Un jour après la première prise du Célécoxib, la patiente a présenté une éruption érythémateuse symétrique prurigineuse, surmontée de multiples érosions post bulleuses, siégeant sous les plis axillaires, sous-mammaires, inguinaux, creux poplité gauche et l'ombilic.

Par ailleurs, aucune atteinte des muqueuses ni manifestations viscérales ni perturbation biologique n'a été rapporté chez notre patiente.

Une biopsie cutanée a été réalisée objectivant des pustules sous cornéennes, un infiltrat péri vasculaire superficiel fait de neutrophiles et d'éosinophiles ainsi que des changements vacuolaires basaux focaux et une rare apoptose kératinocytaire.

Les patchs tests cutanée n'ont pas pu être réalisés du fait de l'automédication par les antihistaminiques avant l'admission de notre patiente.

Le diagnostic du syndrome Babouin bulleux induit par la prise du Célécoxib a donc été retenu en raison des données chronologiques et sémiologiques et devant l'absence d'autres étiologies expliquant la symptomatologie clinique.

La patiente a été traitée par des antihistaminiques et dermocorticoïdes, avec bonne amélioration clinique fait d'une desquamation au bout d'une semaine.

Discussion :

Le SDRIFE est une réaction médicamenteuse d'hypersensibilité retardée médiée par les lymphocytes T, dont le diagnostic repose sur 5 critères sémiologiques et chronologiques : Erythème délimité dans la région fessière/inguinale, l'implication d'au moins 1 grand pli cutané, la distribution symétrique, l'apparition après exposition initiale ou répétée à un médicament systémique et enfin l'absence de signes d'atteinte systémique.

Les médicaments les plus souvent incriminés sont les bêta-lactamines, agents chimio thérapeutiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, avec un délai d'apparition estimé de quelques heures à 8 jours.

Néanmoins, la forme bulleuse de SDRIFE engendrée par la prise de coxibs demeure très rare.

Le principal diagnostic différentiel est l'érythème pigmenté fixe bulleux caractérisée par la distribution non symétrique.

La prise en charge thérapeutique repose sur l'arrêt du médicament, antihistaminique, corticothérapie locale et dans certains cas systémique.

Le pronostic est généralement bon, néanmoins une nouvelle provocation orale est susceptible de récider.

Conclusion:

Malgré sa rareté, le diagnostic de SDRIFE doit être évoqué devant toute éruption intertrigineuse prurigineuse et symétrique impliquant une prise médicamenteuse quel que

Syndrome de REYE après prise d'aspirine lors d'une varicelle

Z .Mernissi , M .Aboudourib ,O.Hocar, S.Amal .

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI, Marrakech –Maroc,

Introduction : Le syndrome de Reye est un syndrome rare potentiellement mortel apparaissant en particulier après administration d'acide acétylsalicylique lors d'une infection virale et entraînant de nombreux effets nocifs à divers organes, en particulier le cerveau et le foie. Il associe classiquement et de façon inexplicée une encéphalopathie aiguë non inflammatoire et une stéatose hépatique microvésiculaire.

Nous rapportons un cas de cette entité observée chez un enfant.

Observation : Une fillette âgée de 8 ans, issue d'un mariage consanguin, vaccinée selon le PNI, ayant comme antécédents un genu valgum et des pieds plats depuis la naissance sous rééducation, s'est présentée aux urgences pédiatriques pour une éruption vésiculo-croûteuse diffuse prurigineuse d'évolution craniocaudale évoluant depuis 4 jours de son admission dans un contexte fébrile et d'AEG, évoquant une varicelle. Elle présentait également des vomissements. L'anamnèse révélait une prise d'acide acétylsalicylique pendant 3 jours après l'apparition de l'éruption. L'examen clinique objectivait une enfant somnolente léthargique, le score de Glasgow était à 13/15ème et sa température était chiffrée à 39°C. On a aussi noté la présence des lésions vésiculo-croûteuses diffuses à contenu trouble. Le bilan biologique mettait en évidence une cytolysé hépatique sept fois supérieure à la normale, sans cholestase, une CRP à 22,46 mg/L. Cependant, le dosage de l'ammoniémie n'a pas été réalisé par faute de moyens. Le reste du bilan était sans anomalies. Une IRM cérébrale s'est révélée normale. L'enfant a été hospitalisée en urgence et a bénéficié d'une mise en condition avec mesures de réanimation. Un traitement antiviral à base d'aciclovir 20 mg/kg/j en IV a été démarré immédiatement. L'évolution fut favorable en une dizaine de jours avec normalisation de l'état de conscience et des transaminases.

Discussion : Le syndrome de Reye est une entité anatomo-clinico-biologique aiguë et potentiellement réversible, associant encéphalopathie non inflammatoire et atteinte hépatique. Cette dernière a pour traduction biologique une cytolysé hépatique sans cholestase et une hyperammoniémie. L'histologie hépatique, à la phase aiguë, associe une stéatose microvésiculaire à des altérations ultrastructurales mitochondriales. Ce syndrome est généralement précédé d'une infection virale avec un intervalle intermédiaire sans maladie de 3 à 5 jours. Aux États-Unis, plusieurs travaux pharmaco-épidémiologiques ont établi un lien formel entre la prise d'aspirine lors d'une infection virale et la survenue d'un syndrome de Reye.

On peut poser le diagnostic du syndrome de Reye à son stade précoce en combinant l'histoire de l'état grippal précédent, les vomissements persistants et l'augmentation des transaminases, après avoir exclu la possibilité d'une méningite ou d'une encéphalite ; ceci concorde avec le cas de notre patiente.

Lovejoy a décrit initialement 5 stades cliniques allant de 0 à 5 :

Stade 0 : Phase d'alerte, histoire de la maladie, pas de manifestation clinique.

Stade 1 : Vomissement ou nausées persistantes, somnolence, léthargie.

Stade 2 : Agitation, désorientation, tachycardie, hyperventilation.

Stade 3 : Coma, décortication.

Stade 4 : Coma profond, décérébration, mydriase.

Stade 5 : Paralysie flasque, arrêt respiratoire ;

Dans notre cas l'enfant était admise à un stade 1 selon Lovejoy ;

Les chances de récupération sont excellentes lorsque le syndrome de Reye est diagnostiqué et traité très tôt, avant que le délire ou le coma ne se manifestent. C'est ce qui a été constaté chez notre patiente. Les enfants qui ne sont pas diagnostiqués tôt peuvent sombrer dans le coma et mourir.

Conclusion:

Le syndrome de Reye est une maladie extrêmement rare mais grave et souvent mortelle. Cependant la mortalité de cette maladie est passée de 50 % à moins de 20 %, grâce à un diagnostic précoce, à la reconnaissance des cas atypiques et à un traitement agressif.

Syndrome de Sweet induit par l'hydroxychloroquine : une association exceptionnelle

Introduction

Le syndrome de Sweet (SS) est une dermatose rare caractérisée par des lésions polymorphes douloureuses associées à une fièvre et une neutrophilie. Plusieurs médicaments peuvent induire ce syndrome, cependant les SS associés à l'hydroxychloroquine (HCQ) sont exceptionnelles, et sont limités à 3 cas à ce jour.

Nous rapportons ici un cas de SS suite à un traitement par HCQ chez une patiente atteinte de lupus érythémateux disséminé.

Observation

Une patiente âgée de 45 ans ayant comme antécédent un lupus érythémateux disséminé, mise sous HCQ, présentait des plaques érythémateuses infiltrées du cou et des membres supérieurs, deux semaines après le début du traitement. La patiente était fébrile à 39 °C. On retrouvait un syndrome inflammatoire biologique et la biopsie cutanée était compatible avec un syndrome de Sweet .Un traitement par prednisone 30 mg/j a été démarré et, étant donné que, l'HCQ a été récemment

utilisé par la patiente, nous avons pensé qu'il pourrait être incriminé et nous l'avons arrêté. L'évolution a été marquée par la disparition des lésions et ainsi l'arrêt de la corticothérapie.

Deux mois plus tard, la patiente s'est présentée pour une poussée articulaire de sa maladie et son rhumatologue a réintroduit l'HCQ 200 mg deux fois par jour. En quelques jours, les mêmes lésions cutanées ont réapparu. Le retrait de l'HCQ et un nouveau cycle de prednisone ont permis la disparition définitive des lésions.

Discussion

Le syndrome de Sweet peut être d'origine médicamenteuse. Les médicaments les plus fréquemment incriminés sont le GCSF et les agents anticancéreux, tels que l'imatinib et le lénalidomide. Walker et Cohen ont proposé cinq critères de diagnostic pour le SS d'origine médicamenteuse :

Apparition aiguë d'une dermatose érythémateuse douloureuse, infiltrat neutrophilique dermique à l'examen histopathologique, fièvre, relation temporelle entre le médicament et les manifestations cliniques ou récurrence après l'introduction du médicament ; résolution temporelle des lésions cutanées après arrêt du médicament et traitement par corticoïdes systémiques. Notre cas répondait à tous les critères diagnostiques mentionnés ci-dessus.

Parmi les effets secondaires cutanés les plus courants de l'HCQ, l'hyperpigmentation, l'urticaire et le rash maculopapuleux. L'association de HCQ et du SS n'a été rapportée que dans 3 cas.

Conclusion

La survenue d'un syndrome de Sweet est une complication très rare des traitements par hydroxychloroquine qu'il faut connaître.

par méthotrexate ou cytarabine affectant les surfaces dorsales

O. Khadiri; M. Aboudourib; S. Amal; O. Hocar

Service de dermatologie et vénéréologie, Laboratoire bioscience et santé FMPM. Université Cadi Ayyad,
Marrakech, Maroc, Marrakech, Maroc

Introduction

L'érythrodysesthésie palmo-plantaire (EPP), également connue sous le nom de syndrome main pied (SMP), est un événement indésirable dermatologique bien connu qui peut survenir avec diverses chimiothérapies cytotoxiques, notamment les fluoropyrimidines, la cytarabine, la doxorubicine liposomale et les taxanes. Ce syndrome se présente souvent sous la forme d'érythème douloureux et de desquamation de la peau affectant les paumes des mains et les plantes des pieds. Bien que ce soit la présentation classique, il existe une variante du SMP qui affecte principalement le dos des mains et des pieds. Nous rapportons ici un cas de SMP chez un enfant de cinq ans survenant pendant le traitement d'une leucémie aiguë à phénotype mixte avec du méthotrexate et de la cytarabine.

Observations :

Un enfant de cinq ans, sans antécédents personnels ni familiaux, suivi pour une leucémie aiguë à phénotype mixte, ayant reçu un traitement intrathécal avec du méthotrexate, de la cytarabine et de l'hémisuccinate d'hydrocortisone. Vingt quatre heures après avoir reçu le traitement, un érythème violacé rougeâtre, sec, infiltré et douloureux est apparu simultanément sur les mains et les pieds, localisé sur les surfaces dorsales. Le reste de l'examen physique était normal. Les symptômes ont cessé après l'arrêt du traitement et l'application de corticostéroïdes topiques.

Discussion :

Le SMP, également connu sous le nom d'érythème acral ou EPP, est une dysesthésie cutanée qui affecte principalement les paumes des mains et les plantes des pieds. Il s'agit d'un événement indésirable courant des médicaments de chimiothérapie tels que la doxorubicine, le 5-fluorouracile, la cytarabine et le docétaxel. La physiopathologie exacte du SMP est inconnue, mais le mécanisme le plus probable est un effet toxique direct des agents de chimiothérapie sur la peau. L'EPP est rare chez les enfants. Bien que la plus grande série de cas pédiatriques implique un traitement par la doxorubicine liposomale pégylée, des rapports de cas antérieurs suggèrent qu'il est plus fréquent après la cytarabine à haute dose ou du méthotrexate. Dans notre cas, il était difficile de déterminer correctement le médicament en cause car les deux traitements étaient connus pour provoquer l'EPP.

Conclusion :

nous présentons un cas d'EPP induite par le méthotrexate ou la cytarabine dans sa forme atypique dorsale. Nous attirons l'attention sur cette présentation clinique, car elle peut poser un défi diagnostique et être facilement mal diagnostiquée.

Image(s) :



érythème violacé rougeâtre sec et infiltré au niveau de la face dorsale des mains



placard érythémateux des faces dorsales des pieds

Complication à ne pas négliger du Rituximab O. Essadeq ; L. Benchekroun ; M. Meziane ; N. Ismaili ; L. Benzekri ; K. Senouci Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V Souissi, Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc Introduction : Le rituximab est un anticorps monoclonal anti CD-20, de type IgG1. C'est un traitement utilisé entre d'autres pathologies, dans les maladies bulleuses auto-immunes sévères. Il est généralement bien toléré, mais il est essentiel de reconnaître et de surveiller attentivement les complications potentielles. Dans cet article, nous nous pencherons sur une complication rare mais sérieuse du rituximab : la pleuro-péricardite tuberculeuse. Observation : Il s'agit de Monsieur A.H âgé de 65ans sans antécédents pathologiques ayant consulté pour des érosions post-bulleuses prurigineuses éparpillées tout le tégument sans atteinte des muqueuses. Score PDAI était à 45. Une biopsie cutanée accompagnée d'immunofluorescence directe a confirmé le diagnostic d'un pemphigus superficiel. Un bilan pré-thérapeutique réalisé revenu négatif. Le patient est alors mis sous corticothérapie associée à deux perfusions de Rituximab 1g à 15jours d'intervalle. Le patient a présenté après un syndrome grippal avec fièvre à 39°C puis des symptômes respiratoires, notamment une toux persistante et une douleur thoracique. Les examens complémentaires ont révélé la présence d'une pleuro-péricardite tuberculeuse. Il a été pris en charge par une équipe multidisciplinaire pour un traitement antituberculeux approprié. Discussion : Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune caractérisée à l'histologie par des bulles intra-épidermiques associées à une acantholyse. Cliniquement, la nature superficielle et la fragilité des bulles conduit à une prédominance d'érosions avec des squames-croûtes plutôt que des bulles ; sans atteinte muqueuse. Le choix du traitement d'un patient atteint de pemphigus se fait en fonction de la sévérité de l'atteinte et de la présence des facteurs immunologiques prédictifs de rechute. Le Rituximab est un anticorps monoclonal dirigé contre l'antigène CD20 des lymphocytes pré-B et B matures, entraînant la lyse des lymphocytes B. Il s'agit d'une molécule qui induit une déplétion profonde et durable (six à 12 mois) des lymphocytes B sanguins suivie d'une réapparition tardive de lymphocytes B ayant un phénotype naïf. Il semble qu'il soit capable d'induire une modification de la mémoire des cellules B avec la disparition des populations auto-réactives et la reconstitution d'un

répertoire B normal ce qui expliquerait la possibilité de rémissions prolongées voire de guérisons définitives chez certains malades après traitement. Le rituximab est approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) pour une utilisation dans le pemphigus en 2018. La tolérance semble assez bonne mais des effets indésirables courants ont été décrits à savoir les infections bactériennes, virales (bronchites, pneumonies, zona ...), une neutropénie, leucopénie, thrombopénie, une réaction liée à la perfusion (angioedème), fièvre, frissons, asthénie, une augmentation des LDH, hypocalcémie, des paresthésies, hypoesthésie, une hypertension, hypotension, insuffisance cardiaque, angine de poitrine... Il est important de reconnaître la pleuro-péricardite tuberculeuse comme une complication potentiellement grave du rituximab. Les mécanismes précis de cette association ne sont pas encore clairement compris, mais il est possible que le rituximab, en affaiblissant le système immunitaire, facilite la réactivation de l'infection tuberculeuse latente chez certains patients. La vigilance est donc essentielle chez les patients traités par le rituximab, en particulier s'ils présentent des symptômes respiratoires ou des signes d'infection. Conclusion : La pleuro-péricardite tuberculeuse est une complication rare mais importante à considérer chez les patients traités par le rituximab. Il est crucial d'être conscient de cette possibilité et d'effectuer une surveillance étroite des signes d'infection pour détecter précocement toute complication infectieuse éventuelle.

Vitiligo post-vaccin de l'hépatite B : coïncidence ou lien de causalité

O. Essadeq ; L. Benchekroun ; M. Meziane ; N. Ismaili ; L. Benzekri ; K. Senouci

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V Souissi, Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Introduction : Le vitiligo est une maladie cutanée auto-immune caractérisée par une hypopigmentation de la peau, résultant de la destruction des mélanocytes. Dans de rares cas, le vitiligo peut se présenter en forme « de nappe ». L'objectif de cette étude de cas est d'explorer l'association potentielle entre la vaccination contre l'hépatite B (VHB) et le développement d'un vitiligo en nappe chez ce nourrisson.

Observation : Nous rapportons le cas d'un nourrisson âgé de 3 mois qui a présenté des macules dépigmentées au niveau de la cuisse et la région périnéale peu après avoir reçu le vaccin contre l'hépatite B et qui se sont progressivement étendues sur quelques semaines après l'administration du vaccin. L'anamnèse détaillée et l'examen physique ont exclu les autres causes potentielles de dépigmentation. Les investigations para-cliniques étaient dans les limites normales. Un diagnostic de vitiligo en nappe a été posé sur la base des constatations cliniques.

Discussion : L'apparition du vitiligo après la vaccination a fait l'objet de plusieurs débats et d'investigations. Alors que plusieurs études de cas et des preuves anecdotiques suggèrent une relation temporelle entre les vaccinations et le développement du vitiligo, le lien de causalité reste incertain. Dans notre cas, le nourrisson a développé un vitiligo en nappe peu de temps après avoir reçu le vaccin contre le VHB, suscitant des inquiétudes quant à une association potentielle. Les vaccins sont conçus pour stimuler le système immunitaire et protéger contre les maladies infectieuses. Cependant, dans de rares cas, une dysrégulation immunitaire peut survenir, entraînant des phénomènes auto-immuns. Certaines études ont suggéré que les vaccins, y compris le vaccin contre l'hépatite B, pourraient déclencher ou aggraver des maladies auto-immunes, notamment le vitiligo, chez les individus génétiquement prédisposés. Cette hypothèse est étayée par l'association observée entre les vaccinations et l'apparition du vitiligo chez certains patients. D'un autre côté, il convient de tenir compte de l'évolution naturelle du vitiligo. Le développement spontané du vitiligo peut survenir à tout âge, y compris pendant l'enfance, et il suit souvent une évolution progressive et imprévisible. Il est important d'évaluer la présence d'autres facteurs déclenchants potentiels, tels que les infections, les médicaments ou les expositions environnementales, qui pourraient contribuer au développement du vitiligo chez les personnes sensibles.

Conclusion : En conclusion, nous présentons le cas d'un nourrisson qui a présenté de vitiligo en nappe suite à la vaccination contre le VHB, ce qui soulève des questions sur un lien de causalité potentiel. Bien que rare, la possibilité d'un vitiligo associé à un vaccin doit être envisagée dans des cas similaires. Il est nécessaire de poursuivre la surveillance, la recherche et la sensibilisation afin de mieux comprendre la relation entre les vaccinations et les maladies auto-immunes telles que le vitiligo

Un cas de psoriasis pustuleux généralisé qui a évolué à partir d'une pustulose exanthématique généralisée induite par les quinolones

S. Nahali^a (Dr), A. Souissi^a (Pr), M. Tabka^a (Dr), L. Mezni^a (Dr), I. Chelly^b (Pr), M. Mokni^a (Pr)

^a Service de dermatologie, Hôpital La Rabta Tunis, TUNISIE ; ^b Service d'anatomo-pathologie, Hôpital La Rabta Tunis, TUNISIE

Introduction

La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une toxidermie rare dont le principal diagnostic différentiel est le psoriasis pustuleux généralisé. Nous rapportons un cas de PEAG ayant ultérieurement évolué vers un psoriasis pustuleux (PP).

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 64 ans, qui a présenté une infection de sa prothèse du genou gauche et qui a été traitée par ciprofloxacine et pyostacine.

Treize jours après le début de l'antibiothérapie, elle a développé une fièvre un érythème diffus prurigineux. L'examen trouvait des placards érythémateux diffus parsemés de pustules non folliculaires. Un examen histologique de la biopsie cutanée montrait des pustules sous cornées, quelques nécroses kératinocytaires et un infiltrat dermique à PNN et le diagnostic de PEAG était ainsi confirmé. Les traitements antibiotiques ont été arrêtés. Une enquête de pharmacovigilance a incriminé les quinolones. L'évolution était marquée par une amélioration initiale spontanée.

Deux mois plus tard, des lésions similaires composées de placards érythémateux parsemés d'innombrables pustules sont apparues sur ses membres, son tronc et ses paumes évoquant fortement un PP. Aucune prise médicamenteuse récente n'a été rapportée. L'acitrétine à 20mg/j était instaurée pendant deux mois entraînant un blanchiment total de la peau.

Discussion

La PEAG est une toxidermie rare. Le diagnostic est essentiellement clinique, appuyé par l'histologie. L'histologie révèle des pustules intra-épidermiques multiloculaires, quelques nécroses kératinocytaires et un infiltrat dermique à PNN, identique à celle de notre patiente. L'évolution est généralement favorable en quelques jours (dans les deux semaines). Les quinolones sont connues pour être pourvoyeuses de PEAG.

Le PP est une variante rare de psoriasis parfois difficile à distinguer de la PEAG en raison des similitudes cliniques et histologiques. Tout comme le psoriasis vulgaire, des gènes de susceptibilité au PP ont été identifiés.

Il a été récemment suggéré que la PEAG et le PP appartiennent au même spectre de maladies avec une prédisposition génétique commune. Cette théorie est confortée par une étude récente avec la découverte d'une mutation du gène IL36RN chez un patient présentant une PEAG. Chez notre patiente nous suggérons que la PEAG a pu déclencher un PP sur un terrain génétiquement prédisposé suite à la prise de quinolones. A notre connaissance, il s'agit du deuxième cas rapporté d'un PP succédant à une PEAG.

Une photosensibilité induite par le cisplatine

Gharbi Sofia, Rabhi Faten, Malek Benslimane, Lissir Arij, Jaber Kahena,
Dhaoui Abderraouf

Service de dermatologie de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

Introduction:

L'érythème acral induit par la chimiothérapie (EAC) est une réaction cutanée engendrée par l'utilisation d'agents chimiothérapeutiques systémiques. Le cisplatine est un médicament largement utilisé en association à d'autres agents antinéoplasiques pour le traitement de diverses tumeurs.

Nous rapportons le cas d'un patient qui a développé une éruption érythémateuse des zones photo-exposées suite à l'administration systémique de cisplatine et d'étoposide.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 46 ans, asthmatique, qui a été diagnostiqué d'un carcinome à petites cellules bronchique diffus. Un traitement intraveineux au cisplatine et étoposide a été instauré. Le cisplatine a été administré en perfusion continue en association avec l'étoposide à la dose de 80 mg/m² chacun pendant 3 jours. La cure s'est déroulée sans incidents. Trois jours plus tard, le patient a présenté un œdème et un érythème symétrique bien limité siégeant au niveau du visage et du décolleté. A la biologie, il n'y avait pas d'hyperleucocytose ni d'hyperéosinophilie. Nous n'avons pas eu recours aux tests cutanés en raison des propriétés cytotoxiques de la molécule. Une enquête de pharmacovigilance a été demandée.

Discussion :

L'EAC a été décrit pour la première fois en 1982. Son incidence est d'environ 2 % et se manifeste généralement chez les patients porteurs de tumeurs malignes recevant de la chimiothérapie cumulative à haute dose avec une irradiation concomitante. Les principaux agents chimiothérapeutiques responsables rapportés dans la littérature sont le fluorouracile et la doxorubicine, suivis du docétaxel, du paclitaxel, du méthotrexate, de la vinorelbine, de la gemcitabine, de la cytarabine et du cyclophosphamide. L'EAC induit par le cisplatine a été rapporté dans seulement cinq cas. Tous les patients avaient présenté un érythème symétrique de la face palmaire des mains et/ou plantaire des pieds avec des délais allant de 1 jour à 3 mois après la cure de chimiothérapie comme chez notre patiente. L'arrêt du cisplatine dans tous les cas avait entraîné une rémission clinique. Notre étude est la première à rapporter un cas d'érythème facial induit par le cisplatine.

Une réaction cutanée inhabituelle à une piqûre de méduse à type de pustulose exanthématique aiguë généralisée

Kemicha D, Korbi M, Ben Romdhane H*, Hadhri R**, Youssef M, Belhadjali H, Zili J
Service dermatologie, * Service pharmacologie, ** Service anatomopathologie, CHU Monastir,
Tunisie

Introduction :

La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une affection cutanée caractérisée par une apparition rapide de pustules stériles, principalement liée aux médicaments. Cependant, d'autres facteurs ont également été signalés comme déclencheurs de cette condition. Les cas de PEAG causés par des piqûres de méduse n'ont pas été rapportés. Nous présentons un cas de PEAG survenu deux jours après une piqûre de méduse.

Observation :

Une patiente âgée de 55 ans, aux antécédents de myélome multiple depuis Mai 2023, traitée par chimiothérapie bortézomib (Velcade) en association avec thalidomide, bisphosphonate et dexaméthasone, a été référée à notre service pour une éruption cutanée prurigineuse fébrile évoluant depuis quelques jours. À l'examen, la patiente présentait des lésions érythémateuses et œdémateuses parsemées de pustules de petite taille, non folliculaires sur le tronc, les extrémités et les plis, sans atteinte des muqueuses, apparues deux jours après une piqûre de méduse lors d'une baignade en mer Méditerranée. Une PEAG a été suspectée. À la biologie, on a noté une hyperleucocytose. L'histopathologie d'une pustule a montré des pustules spongioformes intra-épidermiques, un œdème du derme papillaire, des infiltrats périvasculaires avec des polynucléaires neutrophiles et une exocytose de certains éosinophiles. Le diagnostic de PEAG a été confirmé en se basant sur le score EuroSCAR. Les prélèvements bactériologiques et les sérologies virales (CMV, EBV, chlamydia, adénovirus, rougeole, HBV, HCV) étaient négatifs. L'étiologie médicamenteuse a été écartée après la réalisation d'une enquête de pharmacovigilance et en raison de l'amélioration malgré la poursuite de son traitement habituel. La patiente a été traitée avec des dermocorticoïdes et une guérison a été obtenue en quelques jours.

Discussion :

La PEAG est une réaction cutanée indésirable rare aux médicaments, en particulier aux antibiotiques, aux antiviraux et aux antifongiques. Nous présentons un cas inhabituel de PEAG induite par une piqûre de méduse en mer Méditerranée, étayé par la présentation clinique, la chronologie et les résultats histologiques. En effet, la PEAG a été liée à des infections, des piqûres d'araignées et d'autres déclencheurs tels que les produits de contraste iodés. La PEAG semble être une affection dans laquelle les facteurs susmentionnés déclenchent une réponse immunitaire spécifique impliquant les cellules CD4 et CD8. Cette réaction immunitaire conduit à une production accrue d'IL-8 par les lymphocytes T et les kératinocytes, ainsi qu'au facteur de stimulation des colonies de granulocytes et de macrophages (GM-CSF). Par ailleurs, les piqûres de méduse, à travers ses nématocystes, induisent des réactions cutanées allergiques immédiates ou retardées. De même, le mécanisme précis qui conduit à la PEAG après les piqûres d'araignées reste incertain. On suppose que le venin d'araignée a le potentiel d'induire la sécrétion de cytokines et de chimiokines, en particulier IL-8 et GM-CSF. Nous suggérons, à travers notre cas, que la PEAG induite par la piqûre de méduse serait en rapport avec le même mécanisme que les piqûres d'araignées.

Conclusion : À notre connaissance, notre patiente est le premier cas de PEAG induite par une piqûre de méduse. Le mécanisme physiopathologique est discuté au regard de la littérature actuelle.

Pemphigoïde bulleuse induite chez un jeune toxicomane

Mezni L¹, Tabka M¹, Ghannem A¹, Souissi A¹, Chelly I², Sellami M³, Mokni M¹

¹ Service de dermatologie, CHU La Rabta Tunis -Tunisie

² Service d' anatomopathologie , CHU La Rabta Tunis -Tunisie

³ Service d' immunologie , CHU La Rabta Tunis -Tunisie

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse (PB) médicamenteuse est une forme particulière de PB dont le diagnostic repose essentiellement sur des critères chronologiques et une présentation clinique souvent atypique. Nous rapportons le cas d'une PB induite par la prise d'hydroxyzine dans un contexte de toxicomanie.

Observation

Un homme de 30 ans, aux antécédents de consommation de drogues récréatives et de psychotropes s'est présenté aux urgences pour une éruption vésiculo-bulleuse généralisée, et non prurigineuse. Il rapportait la consommation, deux semaines auparavant, d'hydroxyzine, de levomeprazine et d'héroïne. L'examen dermatologique objectivait des bulles tendues à contenu clair ou hémorragique sur peau saine, des vésicules dont certaines étaient disposées en rosettes, des pseudo cocardes et des érosions surmontées de croûtes hémorragiques. L'atteinte prédominait au niveau du visage, des grands plis, du tronc, des paumes et des plantes. Des érosions buccales et une chéilite érosive étaient notées. L'atteinte phanarienne comportait : des érosions du cuir chevelu, une paronychie et une onycholyse proximale. Le signe de Nikolsky était négatif. L'histologie d'une bulle montrait un décollement sous épidermique, quelques kératinocytes apoptotiques, un infiltrat riche en éosinophiles, et des thrombi. Des dépôts d'IgG et de C3e long de la jonction dermo-épidermique et granulaires en périvasculaires étaient objectivés en immunofluorescence directe. L'évolution était rapidement favorable avec cicatrisation des lésions cutanées quinze jours après l'arrêt de l'hydroxyzine et l'application de dermocorticoïdes (bétaméthasone dipropionate, 30g/j). Absence de rechute à un mois de suivi.

Discussion :

Plus de 50 médicaments, dont l'hydroxyzine, sont potentiellement inducteurs de PB. L'âge jeune, le caractère particulièrement aigu de l'éruption, l'atteinte muqueuse, la régression rapide des lésions après l'arrêt de l'hydroxyzine et l'absence de récurrence à un mois de suivi, plaident en faveur de cette origine iatrogène dans notre observation.

Un rare cas de poliose induite par les analogues de prostaglandine

Khouloud Ferchichi, Amal Chamli, Khouloud Berrim, Wejden Fakhfekh, Houda Hammami, Anissa Zaouak, Samy Fenniche

Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunisie

Introduction : Les analogues de la prostaglandine (AP) sont utilisés dans le traitement du glaucome primaire à angle ouvert. Les effets indésirables (EI) associés au traitement par les AP comprennent l'hypertrichose des cils et l'hyperpigmentation. La poliose n'est pas mentionnée comme un EI dans le résumé caractéristique du produit des AP. L'objectif de ce travail est de présenter un rare cas de poliose induite par les AP.

Observation : Patiente âgée de 66 ans aux antécédents d'hypoacousie sous sulodexide depuis 5 ans, de glaucome de l'œil gauche opérée en 2016 sous latanoprost. Elle a été adressée en dermatologie pour l'apparition de papules jaune orange du visage depuis quelques semaines en rapport avec une sarcoïdose cutanée. A l'examen clinique, il y avait une décoloration bilatérale et hétérogène des cils évoquant une poliose. Cette symptomatologie a débuté depuis 7 ans soit quelques mois après le début du traitement par latanoprost et mis selon la patiente sur le compte du vieillissement. Une enquête de pharmacovigilance a été menée et a conclu au rôle plausible du latanoprost dans la genèse de cet événement. Le rôle du sulodexide a été exclu devant le début de la symptomatologie avant son introduction.

Conclusion : Ce cas tient à attirer l'attention des cliniciens à la poliose comme un rare effet indésirable des AP. Cet effet peut poser un problème esthétique pour certains patients qui ainsi doivent être informés de ce potentiel effet indésirable.

Une éruption papulo-pustuleuse du visage et du tronc, une paronychie chronique et de granulomes pyogéniques multiples chez un patient cancéreux Abid M. , Sellami K. , Kouki C. , Châabouni R. , Hammami F. , Bahloul E. , Turki H. Service de dermatologie , CHU Hédi Chaker, Sfax - Tunisie

Introduction : Les inhibiteurs du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) sont des agents anticancéreux ciblés. Ces molécules sont pourvoyeuses des toxicités cutanées, phanériennes et oculaires. Nous rapportons une nouvelle observation illustrant ces effets indésirables chez un homme de 72 ans ayant des antécédents de carcinome digestif. Cas clinique : Un patient de 73 ans nous a consulté pour une éruption acnéiforme généralisée. Il était suivi pour cancer colorectal et mis sous thérapie ciblée à base d'inhibiteur de EGFR pendant les 3 derniers mois. L'examen dermatologique a révélé de multiples papules érythémateuses purpuriques et des papulopustules au niveau du visage, cou et haut du dos, sans comédons. On retrouvait une paronychie des doigts et des orteils avec de multiples nodules angiomateux péri unguéaux correspondant à des granulomes pyogéniques. La biologie était dans les limites normales. Selon les résultats cliniques et para-cliniques, nous avons retenu une double toxicité au traitement, de grade 3 selon les critères communs de toxicité de l'institut national du Cancer. La chimiothérapie était poursuivie. Le patient était mis sous doxycycline et des dermocorticoïdes pour l'atteinte unguéale avec de résultats satisfaisants. Discussion : Des effets indésirables cutanés dus aux inhibiteurs de l'EGFR sont fréquemment rapportés. La survenue d'événements indésirables cutanés, de multiples événements indésirables et de lésions cutanées plus graves s'est avérée étroitement liée à une meilleure réponse tumorale et à une meilleure survie globale. La multiplicité des toxicités chez le même individu, comme dans notre patient est rarement rapportée. La réaction papulo-pustuleuse demeure la réaction indésirable cutanée la plus courante des inhibiteurs de l'EGFR (50 à 100 % des patients), suivie de la paronychie (10-30%) de manière dose-dépendante. Notre observation est particulière par : la coexistence de deux effets secondaires, la sévérité des atteintes et la rapidité d'évolution favorable. En effet, avec l'utilisation croissante des thérapies ciblées, les dermatologues sont désormais confrontés à un large spectre de toxicités cutanées. Par conséquent, il est essentiel que les dermatologues soient conscients de ces toxicités afin de développer la meilleure approche sans interrompre le traitement du cancer.

La pustulose exanthématique aiguë généralisée induite par l'Erlotinib : à propos d'un cas

N. TAHRI¹, S. SEFRAOUI¹, S. BENSALÉM¹, K. KADDAR¹, N. ZIZI^{1,2}, S. DIKHAYE^{1,2}

1 : Service de Dermatologie vénéréologie, CHU Mohammed VI, faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda

2 : Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique, faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda.

Introduction :

La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une toxidermie rare, qui se caractérise par la présence de nombreuses pustules stériles non folliculaires sur un fond érythémateux œdémateux et causée par des médicaments le plus souvent des antibiotiques. [1,2].

Le délai d'apparition entre la prise médicamenteuse et le début de l'éruption dans le cas de la PEAG varie de quelques heures à trois semaines et disparaît spontanément en une à deux semaines après l'arrêt du traitement [3].

L'Erlotinib est un inhibiteur de la tyrosine kinase du récepteur du facteur de croissance épidermique humain de type 1 (Epidermal Growth Factor Receptor : EGFR, également connu comme HER1), il constitue le traitement de première intention des patients ayant un cancer bronchique non à petites cellules et présentant une mutation activatrice de l'EGFR [4].

Les éruptions acnéiformes sont un effet secondaire cutané courant de l'Erlotinib, par contre la PEAG induite par ce traitement est très rare, deux rapports de cas ont été décrits dans la littérature à ce moment [5, 6].

Nous rapportons à travers cette observation, les aspects cliniques, biologiques, histologiques, et thérapeutiques d'une PEAG induite par l'Erlotinib.

Observation :

Patient âgé de 63 ans, suivi depuis 3 mois pour un carcinome bronchique non à petites cellules de type adénocarcinome, métastatique au niveau cérébral, pulmonaire et osseux, ayant bénéficié de 10 séances de radiothérapie, mis sous Erlotinib 150mg 1cp/J. Cinq jours après l'introduction de l'Erlotinib, le patient a présenté un exanthème maculeux morbiliforme siégeant au niveau du tronc, du dos, du visage, du cou et des membres supérieurs, surmonté par de multiples pustules en tête d'épingle non folliculaires, avec une surface cutanée atteinte estimée à **35%** sans atteinte muqueuse, sans adénopathies et sans fièvre associée. Le bilan biologique à l'admission a objectivé un taux de leucocytes à 9170/mm³ avec des polynucléaires neutrophiles à 7030/mm³, le reste du bilan biologique n'a pas objectivé une atteinte hépatique ou rénale associée. L'étude histologique d'une biopsie cutanée a objectivé une spongiose à polynucléaires neutrophiles avec pustules suprafolliculaires et folliculites aiguës suppurées destructrices de nature bactérienne à Cocci Gram positifs.

Il n'y avait aucun résultat suggérant une autre étiologie notamment une infection bactérienne, virale ou fongique. Le diagnostic d'une PEAG a été retenu. Le traitement par l'Erlotinib a été arrêté et nous avons noté une régression des lésions pustuleuses et de l'érythème avec un début de desquamation 7 jours après l'arrêt du traitement.

Discussion :

La PEAG est une toxidermie rare causée le plus souvent par des antibiotiques et plus rarement, le diltiazem, la chloroquine, l'hydroxychloroquine et la terbinafine...

Une estimation approximative de son incidence est d'un à cinq par million par an [1,7]. Elle touche le plus souvent les adultes avec un âge moyen de 56 ans [8] et avec une légère prédominance féminine. La PEAG induite par l'Erlotinib est décrite dans 2 rapports de cas dans la littérature chez un homme de 63 ans ayant un adénocarcinome (ADK) pancréatique, une femme âgée de 69 ayant un ADK de poumon, et notre cas un homme de 63 ans ayant un carcinome bronchique non à petites cellules de type ADK.

Le délai d'apparition entre la prise médicamenteuse et le début de l'éruption dans le cas de la PEAG varie de quelques heures à trois semaines et disparaît spontanément en une à deux semaines après l'arrêt du traitement [3]. Dans le 1^{er} cas décrit le délai d'apparition entre la prise de l'Erlotinib et l'apparition de l'éruption était une semaine, dans le 2^{ème} cas 7 semaines, et dans notre cas 5 jours.

Cliniquement, Elle est caractérisée par le développement de nombreuses pustules stériles non folliculaires, de la taille d'une tête d'épingle, sur un fond érythémateux œdémateux [1,2]. L'éruption débute généralement sur le visage et s'étend rapidement au tronc et aux membres avec une distribution diffuse ou parcellaire. Cette évolution est décrite dans le 1^{er} cas et notre cas.

Une étude colligeant 58 patients atteints de la PEAG a montré que 17% de ces patients présentaient une atteinte organique, dont l'atteinte hépatique chez 70% des patients, l'atteinte rénale chez 60% et respiratoire chez 20% des patients [9]. Dans les cas décrits dans la littérature et notre cas il n'y avait pas d'atteinte organique.

La prise en charge de la PEAG repose essentiellement sur l'arrêt du médicament incriminé. Les dermocorticoïdes peuvent être utilisés pour le traitement du prurit et de l'inflammation [10] et en cas de symptômes systémiques les corticoïdes systémiques sont efficaces [11]. Notre cas a présenté une évolution favorable 7 jours après l'arrêt du traitement sans recours aux dermocorticoïdes ni aux corticoïdes systémiques.

Conclusion :

La PEAG est une toxidermie rare et grave. Bien que les éruptions acnéiformes soient un effet secondaire cutané courant de l'Erlotinib, il existe peu de rapports de PEAG induites par ce traitement.

Nous rapportons le 3^{ème} cas de la littérature d'une PEAG suite à la prise de l'Erlotinib avec une évolution favorable à l'arrêt du traitement.

Références:

- 1- Sidoroff A, Halevy S, Bavinck JN, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP)-- a clinical reaction pattern. J Cutan Pathol 2001; 28:113.
- 2- Speeckaert MM, Speeckaert R, Lambert J, Brochez L. Acute generalized exanthematous pustulosis: an overview of the clinical, immunological and diagnostic concepts. Eur J Dermatol 2010; 20:425. 3-Meli S, Sebastio N, Azzolini N, Ferri E, Cortellini P. Buschkelowenstein tumor: report of 2 clinical cases, Acta Biomed Ateneo Parmense 2000;71: 179-82
- 3- Sidoroff A, Dunant A, Viboud C, Halevy S, Bavinck JN, Naldi L, et al. Risk factors for acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP)-results of a multinational case-control study (EuroSCAR). Br J Dermatol. 2007; 157(5):989-96.

- 4- Greenhalgh J, Dwan K, Boland A, Bates V, Vecchio F, Dunder Y, et al. First-line treatment of advanced epidermal growth factor receptor (EGFR) mutation positive non-squamous non-small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(5):CD010383.
- 5- Komiya, N., Takahashi, K., Kato, G., Kubota, M., Tashiro, H., Nakashima, C., ... Sueoka-Aragane, N. (2021). Acute Generalized Exanthematous Pustulosis Caused by Erlotinib in a Patient with Lung Cancer. *Case Reports in Oncology*, 14(1), 599–603
- 6- Shih HC, Hsiao YP, Wu MF, Yang JH. Gefitinib-induced acute generalized exanthematous pustulosis in two patients with advanced non-small-cell lung cancer. *Br J Dermatol.* 2006 ;155(5):1101–2.
- 7- Ji YZ, Geng L, Qu HM, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis induced by docetaxel. *Int J Dermatol* 2011; 50:763.
- 8- Sidoroff A, Dunant A, Viboud C, et al. Risk factors for acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP)-results of a multinational case-control study (EuroSCAR). *Br J Dermatol* 2007; 157:989.
- 9- Hotz C, Valeyrie-Allanore L, Haddad C, Bouvresse S, Ortonne N, Duong TA, et al. Systemic involvement of acute generalized exanthematous pustulosis: a retrospective study on 58 patients. *Br J Dermatol.* 2013;169(6): 1223–32
- 10- Ingen-Housz-Oro S, Hotz C, Valeyrie-Allanore L, Sbidian E, Hemery F, Chosidow O, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis: a retrospective audit of practice between 1994 and 2011 at a single centre. *Br J Dermatol.* 2015;172(5):1455–7.
- 11- Choi MJ, Kim HS, Park HJ, Park CJ, Lee JD, Lee JY, et al. Clinicopathologic manifestations of 36 korean patients with acute generalized exanthematous pustulosis: a case series and review of the literature. *Ann Dermatol.* 2010;22(2):163–9.
- 12- Nakagawa K, Kudoh S, Ohe Y, Johkoh T, Ando M, Yamazaki N, et al. Postmarketing surveillance study of erlotinib in Japanese patients with non-small-cell lung cancer (NSCLC): an interim analysis of 3488 patients (POLARSTAR). *J Thorac Oncol.* 2012;7(8):1296–303.

Les complications des échanges plasmatiques: expérience d'un service de dermatologie

I Ouadi¹; L. Elyamani¹; K. Belharti¹; Y. Oujidi²; B. Housni²; N. Zizi³; S. Dikhaye³

¹Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc;

²Service d'anesthésie et de réanimation, laboratoire d'épidémiologie et de recherche clinique, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc;

³Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, laboratoire d'épidémiologie, de recherche, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc

Introduction

Les échanges plasmatiques (EP) sont une technique d'aphérèse non sélective qui consiste à purifier du plasma des substances pathogènes à l'origine de dermatoses sévères. Bien que ce traitement est utilisé depuis des décennies dans des indications extra-dermatologiques, son usage en dermatologie est relativement récent. Peu de centres utilisent cette technique, le nôtre est le premier sur le plan national et maghrébin à avoir exploré avec succès ces bénéfices dans des indications dermatologiques, néanmoins, ils demeurent un traitement lourd exposant à des effets indésirables, constituant ainsi l'objectif de notre travail.

Matériel et méthodes

Notre travail est une étude rétrospective descriptive menée dans notre service de dermatologie, colligeant tous les patients avec dermatose sévère ayant bénéficié d'EP sur une période de 36 mois s'étalant du mois de Juin 2020 jusqu'au mois de Mai 2023.

Résultats

Nous avons recensé 46 patients, la moyenne d'âge était de 61,15 ans +/- 15,51, le sex- ratio était de 1. Les indications étaient: le pemphigus(45,7%), les toxidermies graves(15,1%), la dermatomyosite(13%), les pemphigoïdes bulleuses(10,8%), les vascularites systémiques (6,5%), les lymphomes cutanés (4,4%), le lupus érythémateux systémique (2,2%) et le psoriasis pustuleux(2,2%). 63% des patients avaient une dermatose sévère. La plasmaphérèse était utilisée en première intention dans 82,6% des cas. l'abord vasculaire était fémoral (80,4%), et jugulaire (17,4%), tous les patients ont bénéficié d'une bilan pré thérapeutique, et 89,1% des patients étaient sous anticoagulation préventive, la survenue de complications était notée chez 50% des patients à savoir les complications infectieuses(38,3%) avec en chef de liste l'infection du cathéter (21,3%), thromboemboliques(25,5%), à savoir la thrombose de la veine fémorale (19,1%) et jugulaire (4,2%). Les complications hématologiques et allergiques étaient observées dans 4,3% chacune, dominés par les cytopénies et les urticaires superficielles, aucun décès consécutif aux EP n'a été noté dans notre série.

Discussion

L'utilisation des EP dans notre centre a été initiée en pleine période de pandémie du COVID-19, en raison de l'appréhension de l'immunosuppression pharmacologique chez nos patients avec pemphigus, où leur usage a permis d'obtenir une rémission clinique plus rapide par rapport aux autres traitements. Néanmoins, 50% de nos patients ont présentés des complications, des taux plus élevés que les nôtres (60%) ont été rapporté, en chef de liste les complications infectieuses, en rapport avec l'altération de la barrière cutanée ainsi que l'immunodépression associée, les complications thrombotiques ont été noté surtout chez les PB, plusieurs études ont démontré une association significative entre la PB et la maladie thromboembolique, quant au pemphigus et au toxidermies graves, les tares préexistantes, l'inflammation chronique, l'hyperviscosité sanguine, ainsi que l'alitement chronique occasionné par l'inconfort cutané pourraient jouer des rôles importants.

Conclusion

Les EP constituent un traitement de sauvetage des dermatoses sévères, cependant la morbidité en rapport avec leur usage peut être élevée, alertant ainsi les cliniciens à l'importance du bilan pré-thérapeutique, une anticoagulation efficace, ainsi qu'une surveillance rigoureuse après le geste pour guetter les éventuelles complica

Dermatoses et qualité de vie

La perception des routines de soins de peau d'un œil masculin

M.El bakkali, Pr O.El jouari, Pr S.Gallouj

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Tanger

Introduction : En matière de soins de peau, les hommes ont toujours fait preuve de simplicité. Cependant, de plus en plus d'hommes cherchent aujourd'hui à avoir une peau plus saine et plus jeune.

En raison des différences de structure et de vieillissement de la peau, ainsi que du mode de vie et du comportement, la peau du visage de l'homme présente des particularités qui peuvent donner lieu à des stratégies de traitement et une routine de soin par des produits différentes de celles de la peau féminine.

Les hommes sont aussi retissant à utiliser un écran solaire ce qui les prédispose au cancer cutané

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale . Les données ont été répertoriées à l'aide d'un questionnaire créé sur Google Forms auquel 243 hommes ont répondu de façon anonyme.l'analyse des données c'est fait on généreront des statistiques descriptives sous forme de fréquence et des moyennes

Objectif : Évaluer les motivations, les comportements et les caractéristiques des produits préférés par les hommes pour répondre à plusieurs problèmes de peau du visage masculin liés à la qualité de la peau, au vieillissement de la peau et au rasage ainsi que l'évaluation de l'utilisation quotidienne d'un écran solaire.

Résultat : la population de notre étude comprenait 243 hommes dont 65.4% âgé entre 26-35 ans et 19.8% entre 18-25ans. 98.8% avait un niveau de scolarité universitaire et vivant aux Maroc dans 92.6% dans un milieu urbain (93.8%).

88.9% sont des salariés dont 21% ont une profession avec exposition solaire quotidienne. 42% de notre population ont un revenu mensuel qui dépasse 10000 MAD et 43.2 % entre 2500-10000 MAD. Pour le mode de vie 42% de la population sont tabagique.

65.4% de notre échantillon ont un phototype clair, et les types de peau prédominant sont : peau mixte chez 38.3%, normale chez 21% et grasse chez 19.8%

Les conditions de peau les plus rapportées par notre population sont les points noirs à l'ordre de 46.9%, des cicatrices d'acné dans 25.9%, des pores dilatés chez 23.5% et l'acné chez 18.5%.

60.5% de notre population n'utilise pas une routine de soin pour leur peau dont la raison variés : pour 40.4% c'est le manque de connaissance en matière de produit à utiliser, pour 32.7% par conviction personnelle que c'est réservé uniquement pour les femmes, pour 30.8% c'est le manque de temps et d'assiduité et pour 11.5% c'est d'ordre financier.

Pour les 39.5% qui utilise une routine de soin : Les produits de soins de peau les plus fréquemment utilisés étaient le gel nettoyant / savon en pain (62.7%) quotidiennement pour 48%, suivi des crèmes hydratantes (56.9%) quotidiennement pour 43.2%.

Pour l'utilisation d'une protection solaire elle a été rapporté chez 56.5% : 43.2% ont déclaré une utilisation quotidienne, tandis que 47.7% l'utilise occasionnellement juste en randonnée ou en plage.

47.2% utilise une crème après rasage et 15.5% considère l'utilisation occasionnelle des produits exfoliants dans leur routine. 94.2% n'utilise pas de soin anti-âge.

De cette population 60% étaient moyennement satisfaits des produits utilisés dans leur routine

Les dépenses en matière de soins ne dépassaient pas les 100 MAD pour 33.3% et entre 100 et 300 MAD pour 29.6%

Discussion :

En raison de l'importance historique et culturelle accordée à la beauté et à l'apparence féminine, les produits de soins de la peau ont été principalement développés et testés pour les femmes. Cependant, il existe des différences physiologiques entre la peau masculine et la peau féminine, tant au niveau de la structure/anatomie de la peau qu'au niveau du processus de vieillissement.

Plusieurs études ont démontré que la peau masculine produit davantage de sébum, ce qui est également influencé par les hormones. Bien que le sébum ait d'importantes fonctions d'imperméabilisation et de lubrification, sa production excessive est associée à des pores dilatés chez les hommes et peut contribuer à l'acné, deux problèmes esthétiques courants de la peau observés également chez notre population. La présence d'une pilosité faciale drue contribue également aux problèmes de la peau masculine. Le rasage est associé à des rougeurs, une sécheresse, une hyperréactivité et une pseudofolliculite de la barbe (poils incarnés ou bouton de rasoir)

Le mode de vie et le comportement tels que le tabagisme, la pollution et l'exposition au soleil jouent un rôle important en raison de leur implication dans la physiopathologie du vieillissement cutané, les cancers cutanés et d'autres pathologies dermatologiques. La susceptibilité des hommes à fumer et à travailler à l'extérieur les rend plus susceptibles de développer ces pathologies

Plusieurs études ont démontré que les hommes sont moins susceptibles d'utiliser un écran solaire ou d'autres produits de soin de la peau tels qu'un nettoyant ou une crème hydratante, ce qui rejoint les résultats de notre étude

Conclusion et pertinence :

De nos jours, les hommes montrent un intérêt croissant à prendre soin de leur peau, cependant, il paraît donc raisonnable de les renseigner et les informer afin d'accroître leur intérêt pour l'utilisation de ces produits et surtout les sensibiliser sur l'intérêt et l'importance de l'utilisation des écrans solaires.

Ainsi, le développement de produits de soins adaptés aux problèmes spécifiques de la peau du visage masculin s'impose afin d'attirer leur attention, d'optimiser la qualité de leur peau et maintenir une apparence jeune chez les hommes.

Qualité de vie et hidradénite suppurée : analyse de l'impact et des facteurs de risque

Y.Mahdar, F.Hali, S.Chiheb

Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Mots-clés : Hidradénite suppurée, qualité de vie, facteurs de risque.

Introduction : L'hidradénite suppurée est une dermatose chronique caractérisée par des lésions inflammatoires récurrentes conduisant à des cicatrices défigurantes. La maladie a un impact sévère sur la qualité de vie des patients, même en cas de stade précoce.

L'objectif de notre travail était de décrire l'impact de l'hidradénite suppurée sur la qualité de vie chez notre population et de définir ses facteurs de risque.

Matériels et méthodes : Etude de cohorte prospective sur une période de 9 mois entre Septembre 2022 et Mai 2023. Nous avons inclus tous les patients suivis pour une hidradénite suppurée dans notre structure en consultation ou en hospitalier. L'impact sur la qualité de vie a été évalué par l'index de la qualité de vie (DLQI) ; un score élevé indiquait une qualité de vie altérée.

Résultats : Dix-huit patients ont été inclus. La médiane d'âge était de 43 ans [13-70] dont 12 hommes (66,7%). La durée moyenne d'évolution était de $9,61 \pm 8,33$ ans. Seize patients présentaient une douleur insomnante (88,8%) avec une moyenne de l'échelle visuelle analogique (EVA) à 8. Les patients avaient en moyenne trois zones atteintes [1-7], avec une prédominance de l'atteinte du pli interfessier (55,6%) et du stade III de Hurley (61,1%). Sur le plan thérapeutique, 16 patients étaient sous deux antibiotiques ou plus (88,89%) avec une rémission partielle chez uniquement 7 patients (38,9%). Le score moyen du DLQI était de $11,5 \pm 7,61$. Neuf patients présentaient un impact important sur la qualité de vie (50%), quatre un impact modéré (22,2%), deux un impact extrême (11,1%), deux aucun impact (11,1%) et un patient présentait un impact faible (5,6%). L'effet nocif sur les études scolaires et le travail était la dimension la plus atteinte chez 12 patients (66,7%). En analyse univariée, les scores élevés du DLQI étaient liées à la consommation du tabac ($p=0,035$, $RR=4$), l'alcool ($p=0,04$, $RR=2,30$) et l'association à l'acné ($p=0,04$, $RR=1,28$). Il existe une corrélation significative entre une qualité de vie altérée et un stade III de Hurley ($p=0.049$).

Discussion : L'hidradénite suppurée a un impact profond sur la vie des patients. Le DLQI est le score plus fréquemment utilisé. De nombreux patients étaient en chômage et beaucoup parmi ceux avec un emploi, avaient une incapacité à travailler qui augmentait avec la gravité de la maladie, ce qui concorde avec nos résultats. Le tabagisme et l'alcool aggravent cet impact en altérant la qualité du sommeil, et en conduisant à des troubles dépressifs et des troubles d'humeur. L'acné majore cet effet également vu son caractère affichant et inesthétique.

Conclusion : Bien que les méthodes de mesure de la qualité de vie dans l'hidradénite suppurée sont en cours de développement, elles ne prennent toujours pas en compte le phénotype cutané. Plusieurs facteurs, tels que la présence de comorbidités, les habitudes toxiques et la sévérité de la maladie, peuvent rendre cet impact encore plus sévère, d'où la nécessité d'adapter une bonne hygiène de vie et de traiter précocement.

Qualité de vie chez les patients atteints de mélasma : Existe-t-il une corrélation entre l'indice de surface et de sévérité du mélasma (MASI) et l'échelle de qualité de vie du mélasma (MelasQoL) ?

**Choukri Souad , Baybay.H; Kalmi.N ; Elloudi.S ; Soughi.M ; Douhi.Z ; Mernissi.FZ
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès ; Maroc**

Introduction :

Le mélasma, une des causes les plus courantes d'hyperpigmentation acquise, se caractérise par des macules brunes claires à foncées siégeant sur les zones photoexposées (1) Ce trouble affecte principalement les femmes en âge de procréer avec des phototypes foncés,(2).

Il a un impact significatif sur l'apparence, la détresse psychosociale et émotionnelle, réduisant ainsi la qualité de vie des patients. (3) La détérioration de la qualité de vie est-elle donc principalement liée à la sévérité du mélasma ou d'autres facteurs interviennent-ils ?

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude analytique prospective portant sur 70 sujets atteints de mélasma. Le score MASI a été déterminé pour évaluer la sévérité du mélasma. Les sujets ont répondu à 10 questions du questionnaire MelasQoL.

Des données sociodémographiques ont été recueillies pour caractériser la population étudiée, rechercher les facteurs de risque et évaluer si ces variables modifient la qualité de vie des patients atteints de mélasma.

Résultats :

Au total, 70 patients ont été sélectionnés pour participer à l'étude. L'âge moyen était de 35 ans.

Tous les patients étaient des femmes. Les phototypes cutanés de Fitzpatrick les plus courants étaient III et IV (35 % et 55 %, respectivement). L'âge moyen d'apparition du mélasma et la durée de la maladie étaient respectivement de 32,14 et 9 ans. La durée médiane du mélasma était également de 8,5 ans.

La majorité des patients n'avaient pas d'antécédents familiaux de mélasma (81,6 %).

L'analyse du MelasQoL a montré que 92 % des patients se sentaient gênés par l'apparence de leur peau, 58,9 % étaient frustrés et embarrassés par leur état cutané, 51,64 % étaient déprimés et 79,5 % se sentaient peu attirants. Cependant, pour 65,53 % des patients, l'état de la peau n'a pas affecté leurs relations avec les autres.

Cependant, pour 65,53 % des patients, l'affection cutanée n'a pas affecté leurs relations avec les autres, et pour 75 % d'entre eux, elle n'a pas eu d'impact sur le désir de contacter ou de communiquer avec les gens, ou de passer du temps avec les autres. En outre, 88 % des patients n'ont pas éprouvé de difficultés à manifester leur affection, 54,2 % n'ont pas ressenti de diminution de leur importance ou de leur productivité, et 54,83 % n'ont pas ressenti de restriction de leur liberté.

L'étude analytique n'a pas montré d'association statistiquement significative entre les scores MelasQoL et MASI, ni avec d'autres paramètres associés tels que les antécédents familiaux ou le phototype. Cependant, un âge plus jeune et une évolution plus longue étaient significativement associés à un score MelasQoL plus élevé.

Discussion :

L'influence négative de divers troubles de la pigmentation, dont le mélasma, est bien documentée.

En fait, plusieurs études ont analysé la relation entre la qualité de vie et la sévérité des lésions, mais la plupart rapportent qu'elles ne sont pas liées ou que la corrélation est faible.

Considérant que la sévérité clinique ne devrait pas être le seul critère utilisé pour évaluer l'impact psychologique de l'état de la peau des patients(2). Cela concorde avec nos résultats.

Conformément aux études publiées précédemment, notre étude approuve le fait que le mélasma a un grand impact sur les loisirs, et la santé émotionnelle des patients. Les études ont montré que le mélasma est une source de confusion, de frustration, d'embarras et de perte de confiance chez les patients ; en plus, il leur donne l'impression d'être peu attrayants.

Contrairement aux publications antérieures , les relations sociales ont été moins affectées chez nos patientes.

Conclusion :

A la lumière de nos résultats, nous avons conclu que plusieurs facteurs autres que la gravité de la maladie sont associés à une altération de la qualité de vie chez nos patientes, notamment le jeune âge et l'évolution prolongée.

Références:

- (1) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20152771>
- (2) DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.201793933>
- (3) Jusuf NK, Putra IB, Mahdalena M. Is There a Correlation between Severity of Melasma and Quality of Life? Open Access Maced J Med Sci. 2019 Aug 25;7(16):2615-2618. doi: 10.3889/oamjms.2019.407. PMID: 31777617; PMCID: PMC6876811.

Rosacée : l' impact sur la qualité de vie à propos de 70 cas

Introduction :

La rosacée est une dermatose inflammatoire chronique du visage, évoluant par poussées et rémissions, qui a un impact psycho-social majeur, affectant grandement la qualité de vie des patients. L'indice de qualité de vie en dermatologie (DLQI) est l'instrument d'évaluation de l'état de santé le plus utilisé en dermatologie, il est recommandé pour évaluer le retentissement chez les patient atteints de rosacée, avant de les orienter vers une consultation psychologique.

Objectif :

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la rosacée sur la qualité de vie de nos patients marocains.

Matériel et méthodes :

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive réalisée entre Mai 2021 et Décembre 2022, portant sur une série de 70 cas âgés de plus de 16 ans, suivis en consultation de dermatologie à l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V Rabat. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire rempli par un dermatologue comprenant des données socio-démographiques (âge, sexe, état matrimonial) et les données cliniques en fonction des phénotypes de la rosacée(bouffées vasomotrices, l'érythème persistant, les papules et pustules, les télangiectasies, les modifications phymateuses, l'œdème, la sensation de sécheresse, la sensation de brûlure ainsi que la sensation de picotement). La gravité a été mesurée à l'aide de l'évaluation globale de l'investigateur (EGI). La version arabe dialectale validée et publiée du questionnaire DLQI (Dermatology Life Quality Index) a été utilisée.

L'analyse statistique a été réalisée avec logiciel JAMOVI.

Résultats :

Au total, soixante-dix patients ont été recrutés. L'âge moyen était de $38,9 \pm 12,1$ ans. Parmi les soixante-dix cas, 71,4 % étaient des femmes et 28,6 % des hommes, avec un sex-ratio F/H de 2,5. La plupart de nos patient étaient mariés (82,86%). Le score de sévérité EGI était léger dans 34,28 %, modéré dans 40%, sévère dans 20 % et très sévère dans 5,71 %. La durée moyenne de la maladie était de $4,7 \pm 6,3$ ans (de 20 jours à 25 ans).

Le score DLQI moyen était de $7,68 \pm 5,79$ (0-23). La plupart de nos patient (54,28%) avaient une altération de qualité de vie légère à modérée (DLQI de 2 à 10). Les femmes ont obtenu un score DLQI significativement plus élevé. Pour les différents groupes d'âge, nous avons observé l'altération de la qualité de vie la plus sévère chez les patients âgés < 30 ans et 31-40 ans, ce qui était significativement différent des patients âgés de 41 à 50 ans et de plus de 50 ans. Les patients dont l'apparition de la maladie était plus courte (< 3 ans) avaient des scores DLQI plus élevés que ceux dont l'apparition était plus longue (3 ans). il y avait des différences statistiquement significatives dans le DLQI à différents niveaux de sévérité de la rosacée (EGI). Concernant l'état matrimonial, les sujets célibataires avaient une qualité de vie très altérée par rapport aux patients mariés.

Conclusion :

La rosacée a un impact psychologique important sur les patients et a une influence considérable sur leur qualité de vie. Les médecins devraient répondre aux besoins psychosociaux des patients atteints de rosacée autant que ses symptômes physiques.

Évaluation de la qualité de vie des patients présentant un lymphome cutané

M.Benkaraache¹; S.Bouabdella ¹ ; S.Bensalem ; S.Dikhaye ^{1,2} ; N.Zizi ^{1,2}

¹ Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

² Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction :

Le retentissement des lymphomes cutanés sur la qualité de vie (QDV) est toujours mal connu, car il existe très peu d'études dans ce sens.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la qualité de vie des patients avec un lymphome cutané et de déterminer quels facteurs pouvaient l'influencer.

Matériels et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive réalisée au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda en Avril 2022. Tous les patients présentant un lymphome cutané ont été interrogés par conversation téléphonique. Deux questionnaires ont été utilisés :

Dermatology Life Quality Index (DLQI), et l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Résultats :

Nous avons colligé 25 patients dont dix-huit mycosis fongiques et trois syndromes de Sézary, et trois lymphomes cutanés B, avec un âge moyen de 50,8 ans et un sexe ratio H/F de 1,2 .Le score total moyen du DLQI était de 18,07/30 correspondant à une importante altération de la qualité de vie , et 47 % des patients avaient une altération extrêmement importante de leur QDV. Une anxiété était présente chez 37,7% de nos patients et 15,3% avaient une dépression.

Un lien entre la présence d'une anxiété et ou une dépression selon le score HADS et une augmentation du score DLQI avait été retrouvé, de même qu'entre l'EVA prurit et l'augmentation du score DLQI.

L'état dépressif était associé à la majoration du DLQI , et nous n'avons pas mis en évidence de lien entre l'âge, le sexe ou la durée d'évolution de la maladie et la QDV selon le DLQI.

Discussion :

Une étude française réalisée en Décembre 2021 dont le but était d'évaluer la QDV des patients atteints de lymphome cutané avait retrouvé que dans la majorité des cas la QDV n'est pas altérée chez tous les sujets atteints de LCT, mais elle l'est sévèrement chez près de 20 % des patients, majoritairement chez ceux avec un LCT prurigineux, de type Syndrome de Sézary de stade avancé, avec un antécédent de dépression ou la présence de symptômes anxio-dépressifs, ce qui rejoint les résultats de notre étude. Le score total moyen du Skindex était de 29 correspondant à un faible impact sur la QDV, pourtant 17,2 % des patients avait une altération très importante de leurs qualité de vie.

Cette même étude objective que dans la majorité des cas, la QDV est influencée surtout par les symptômes, principalement le prurit mais aussi par les antécédents de troubles anxieux et ou dépressifs(1), et c'est le cas chez les patients de notre série.

L'évaluation régulière durant l'hospitalisation et au cours du suivi thérapeutique est primordial dans la prise en charge des patients atteints de lymphomes cutané, afin d'assurer une bonne observance thérapeutique et permettre ainsi aux patients une meilleure adaptation aussi bien sur le plan de l'estime de soi que sur le plan relationnel.

Conclusion :

Le lymphome cutané est maladie chronique qui impacte considérablement la qualité de vie des patients qui se considèrent comme des acteurs de leur santé et parfois même les seuls à détenir des informations indispensables. Il faut par conséquent prendre en compte leurs avis et évaluer régulièrement cet impact tout on se basant sur des scores scientifiques afin d'Assurer une meilleure prise en charge.

Références :

1. Marsan, F. M., Poinas, A., Frenard, C., Le Naour, S., & Quereux, G. (2021). Évaluation de la qualité de vie des patients présentant un lymphome cutané T. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie-FMC*, 1(8), A173.

2. Impact de l'hyperhidrose sur la qualité de la vie

N. TAHRI¹, N. ZIZI^{1,2}, S. DIKHAYE^{1,2}

1 : Service de Dermatologie vénéréologie, CHU Mohammed VI, faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda

2 : Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique, faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda.

Introduction :

L'hyperhidrose correspond à une sécrétion sudorale excessive. Elle peut être primitive ou secondaire, localisée ou généralisée. Ce symptôme, peut avoir un impact sur de nombreux aspects de la vie quotidienne. Les patients atteints de l'hyperhidrose sont affectés dans leur vie sociale et professionnelle, ainsi que dans leur santé mentale et émotionnelle. Notre travail vise à évaluer la qualité de vie des patients souffrant d'une hyperhidrose.

Matériels et méthodes :

C'est une étude transversale avec un questionnaire anonyme conçu avec Google-Forms, partagé à travers les réseaux sociaux, permettant d'évaluer la qualité de vie à travers de Dermatology Life Quality Index (DLQI) et l'échelle de gravité de l'hyperhidrose à travers de l'Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS). La population cible était toutes les personnes souffrant d'une hyperhidrose, soit primitive ou secondaire, ayant consulté ou non pour ce motif.

Résultats :

Au total, 40 personnes ont répondu à notre questionnaire. Soixante-sept virgule cinq pourcent (67,5%) étaient des femmes et 32,5% étaient des hommes, leur sexe ratio F/H était de 2,08. La tranche d'âge la plus concernée était celle comprise entre 20 à 30 ans (75%).

Trente-cinq pourcent des sujets ont présenté une hyperhidrose entre l'âge de 15 et 20 ans, 27.5% entre 0 et 5 ans et 37.5% entre 5 et 15 ans.

Les localisations les plus fréquemment trouvées sont les creux axillaires (57,5 %), les paumes (50%), les plantes (14%), le visage (12%) et autres localisations (9%) notamment le cou, le dos, le tronc et les creux poplités.

Cette hypersudation survient au moment de stress dans 31% des cas, de l'activité physique dans 31% des cas, d'émotion dans 19% des cas, et sans occasion dans 19% des cas. Avec une fréquence d'une fois par jour dans 52,5% des cas, une fois par semaine dans 17,5% des cas et une fois par mois dans 5% des cas. Elle est associée à une bromhidrose dans 7,5% des cas et une chromidrose dans 5%.

Pour l'évaluation de la gravité de l'hyperhidrose selon l'Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS), 25% des cas avaient un score HDSS à 1, 25% avaient un score à 2, 17.5% avaient un score à 3 et 32.5% avaient un score à 4.

Pour l'évaluation de la qualité de vie selon le Dermatology Life Quality Index (DLQI), 27,5% des cas avaient un score traduisant un effet modéré sur la qualité de vie, 25% des cas avaient un score traduisant un effet important sur la qualité de vie, 20% avec un score traduisant un effet faible sur la qualité de vie, 15% avec un score traduisant aucun effet sur la qualité de vie et un score traduisant un effet extrêmement important sur la qualité de vie a été trouvé chez 12,5% des cas (soit 5 cas), parmi ces derniers, 2 cas avaient une hyperhidrose généralisée associée à une chromidrose et 3 cas avaient une localisation axillaire associée à une bromhidrose.

Trente-cinq pourcent des sujets seulement ont consulté pour ce motif, alors que 65% n'ont pas consulté pour diverses raisons notamment le manque de moyens.

Cinquante-sept virgule cinq pourcent (57,5%) des cas utilisent les antitranspirants topiques comme traitement de leur symptomatologie, 10% bénéficient de l'ionophorèse, 10% bénéficient de l'oxybutine, 2,5% bénéficient de la toxine botulique et 20% n'utilisent aucun traitement.

Discussion :

L'hyperhidrose est définie comme une sudation excessive incontrôlable, qui peut être primitive ou secondaire, localisée ou généralisée. Elle touche préférentiellement les creux axillaires, les paumes des mains, les plantes des pieds et la face, mais peut affecter n'importe quelle partie du corps.

L'hyperhidrose peut avoir un impact majeur sur la qualité de vie des patients en causant un inconfort physique et une gêne sociale qui peuvent aller jusqu'à l'isolement et la dépression [1].

De nombreuses études ont montré que l'effet négatif sur la qualité de vie pouvait être aussi important que celui rencontré dans certaines pathologies comme le psoriasis, la polyarthrite rhumatoïde [2,3,4]

Conclusion :

L'hyperhidrose est un symptôme fréquent sous-diagnostiqué et sous-traité. En apparence bénigne, elle peut avoir un impact négatif majeur sur la qualité de vie. Tout médecin doit par conséquent être capable d'élaborer une démarche diagnostique et thérapeutique face à un cas d'hyperhidrose.

Références:

[1] Hamm H, Naumann MK, Kowalski JW, Kütt S, Kozma C, Teale C. Primary focal hyperhidrosis: disease characteristics and functional impairment. *Dermatology (Basel)* 2006; 212:343–53

[2] Swartling C, Naver H, Lindberg M. Botulinum A toxin improves life quality in severe primary focal hyperhidrosis. *Eur J Neurol* 2001; 8:247–52

[3] Muthusamy, A. (2016). *A Study on the Impact of Hyperhidrosis on the Quality of Life among College Students. JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH.* doi:10.7860/jcdr/2016/19495.8061

[4] ThEx_Montpellier_UM_Med_2019_Lenfantin_Elisa

L'hirsutisme : Implications psychologiques et retentissement social

K. Kaddar 1; M. Benkaraache 1 ; I. Ouadi 1 ; S. Dikhaye 1,2 ; N. Zizi 1,2

1 Service de Dermatologie Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda Maroc.

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique,

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda Maroc

Introduction :

L'hirsutisme est un problème qui concerne 5% des femmes. La pilosité est de type masculine, ce qui peut avoir un impact significatif sur le plan psychologique et social et affecter le sentiment d'identité sexuelle. (1)

Matériel et méthodes :

C'est une étude transversale à visée descriptive visant à évaluer l'impact psychosocial de l'hirsutisme. Un questionnaire a été élaboré avec Google-Forms. la population cible était les femmes souffrant d'un hirsutisme certain avec un score de Ferriman et gallway ≥ 8 .

Résultats :

Cette étude porte sur 108 femmes avec une moyenne d'âge de 28,3 ans. Une répartition équilibrée entre les femmes célibataires et mariées a été notée. La majorité des femmes (70%) ont remarqué une augmentation excessive de la pilosité à l'âge de la puberté.

Le score de Ferriman et Gallwey a révélé des degrés de sévérité variables de l'hirsutisme : Léger chez 19,4% des femmes, modéré chez 44,5% et sévère chez 36,1%.

Un impact significatif sur l'estime de soi et l'insatisfaction physique des participantes a été noté (82,4% des cas), avec 39,8% se déclarant très insatisfaites et 42,6% se déclarant insatisfaites. La quasi-totalité des femmes (97,2%) ont exprimé se sentir moins féminines et attirantes en raison de leur condition.

Les zones les plus gênantes en terme de pilosité excessive étaient le visage et les avant-bras, suivis de la région génitale et des seins. Soixante-neuf femmes sur 108 ont déclaré choisir des vêtements couvrant les zones touchées pour cacher les poils.

Une grande proportion des participantes a signalé avoir ressenti de l'anxiété ou de la dépression en raison de leur hirsutisme (fréquemment : 46 cas, occasionnellement : 57 cas).

En ce qui concerne les relations amoureuses et intimes, plus de la moitié des participantes étaient convaincues que leur hirsutisme aurait un impact négatif (66,7% des cas). La majorité des femmes ont également ressenti une stigmatisation sociale et ont rapporté avoir reçu des commentaires négatifs à ce sujet dans 78,8% des cas.

Les participantes ont également signalé des difficultés dans leurs relations sociales, avec 24 femmes exprimant le désir de s'isoler et 57 femmes évitant occasionnellement les réunions sociales et familiales. L'influence des médias sociaux a été mentionnée dans 102 cas.

La mesure de la qualité de vie (QDV) par le score DLQI (Dermatology Life Quality Index) a objectivé un score moyen de 24,8 indiquant une détérioration de la QDV associée à l'hirsutisme. Le Skindex émotionnel a révélé un score moyen de 72,4%, ce qui suggère une détresse émotionnelle.

Près de la moitié des femmes interrogées ignoraient les causes de l'hirsutisme, tandis que celles qui avaient une idée des causes mentionnaient principalement le syndrome des ovaires polykystiques et l'hérédité.

En ce qui concerne le traitement, seulement 36 femmes avaient déjà consulté un professionnel de santé, dont 24 ont consulté un dermatologue. Les principales raisons de ne pas avoir consulté étaient la gêne et les coûts des soins médicaux.

Les participantes ont tenté différentes méthodes d'épilation, mais ont jugé ces méthodes inefficaces dans 82,4% des cas. Pour les suggestions de traitements, 88 participantes préféreraient les procédures esthétiques telles que le laser épilatoire, tandis que 65 envisageraient des traitements médicaux. Trente-deux femmes ont exprimé un intérêt pour une approche psychothérapeutique.

Discussion :

Dans la littérature, une grande variété de manifestations psychologiques associées à l'hirsutisme a été décrite. Parmi celles-ci, on retrouve des symptômes dépressifs ou anxieux et une labilité émotionnelle. Les femmes atteintes peuvent également présenter des comportements d'évitement social et être exposées à une stigmatisation sociale. (1)

Ces manifestations psychosociales décrites ne sont pas nécessairement corrélées à la sévérité de l'hirsutisme. Quelque soit le degré de ce problème, le retentissement sur la QDV semble important. Les résultats de notre étude rejoignent ceux de plusieurs séries dont la série égyptienne de Gaber et Al et (2) et iraquienne de RA Ali et Al (3).

Conclusion :

Le retentissement psychologique de l'hirsutisme est fréquent et important. Une approche psychothérapeutique doit être envisagée chez les patientes consultant pour cette affection.

Références:

1. C. Beylot, Hyperpilosité et qualité de vie, Annales de Dermatologie et de Vénérologie, Volume 132, Issues 6-7, Part 2, 2005, Pages 3-5, ISSN 0151-9638, [https://doi.org/10.1016/S0151-9638\(05\)79402-3](https://doi.org/10.1016/S0151-9638(05)79402-3).
2. Gaber MA, El-Sayed SA. Quality of life in patients having hirsutism. Menoufia Med J 2021;34:477-81
3. Ali, R. A, Yacoub , S. E. . (2022). Quality of Life in Women with Hirsutism in Erbil City. AMJ (Advanced Medical Journal) Is the Scientific Journal of Kurdistan Higher Council of Medical Specialties, 7(2), 36-44. <https://doi.org/10.56056/amj.2022.176>

Dermatomyositis impact on quality of life

L.Elyamani 1 ; N.Zerrouki 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

Dermatomyositis (DM) is an idiopathic inflammatory myopathy characterized by an inflammatory infiltrate primarily affecting the skeletal muscle and skin. It can also affect other organs such as lungs and joints [1]. Dermatology Life Quality Index (DLQI) and Skindex-29 are validated skin-specific measure of quality of life (QoL) that measure the effect of dermatologic disease on QOL and consists of questions ; each of which can be answered by marking choices [2].

The aim of our study is to describe the impact of dermatomyositis on patients' quality of life (QOL) according to DLQI and SKINDEX scores.

Materials et methods :

We retrospectively reviewed DLQI and Skindex scores from the case records of all patients diagnosed with dermatomyositis from June , 2014 to June, 2022 in the Dermatology and Venereology Department of Mohammed VI University Hospital in Oujda city. All patients with a diagnosis of DM (with or without associated malignancy) fulfilling Bohan and Peter's criteria and/or the European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology (EULAR/ACR) were included.

Results:

Twenty six patients were included, with a mean age of $47,3 \pm 19$ years (range: 12–82 years). Twenty patients were female (76,9 %) and six patients were male (23,1 %).

The mean DLQI score of our patients was 14 ± 3 ; reflecting an important effect on quality of life, with extremes ranging from 12 to 22 . The distribution of patients according to the impact on quality of life was as follows: An extremely important impact was found in (7.6%) and an important impact on quality of life was found in (92.4%). For the Skindex score, the average of the Skindex symptoms was $59,9\% \pm 5$, Skindex emotions $53.3\% \pm 16$; Skindex functioning was $55.1\% \pm 17$.

Discussion :

The cutaneous manifestations of dermatomyositis can have a significant impact on patients' quality of life. Although the symptoms of myositis are significant contributors to QOL impact of dermatomyositis, they did not impact the DLQI or the Skindex score, which are skin disease specific measures of QOL.

The above results indicate that DM has a significant impact on QoL. In our study, the impact on the quality of life of patients based on the DLQI and the SKINDEX was superior to the different series in the literature. In the study of Goreshi [2], the average DLQI of the patients was 7.6 and in the study of Hundley [3] it was estimated at 10.7.

For the skindex score , in Goreshi's study [2] ; the Skindex symptoms mean score was 44.9% , the Skindex emotions 50.4%; the Skindex functioning was 28.2% , while in the study of Hundey [3] ; the Skindex symptom mean score was 16.5%+ , the Skindex emotion 32.8%; and the Skindex functioning was 18.4%.

The cutaneous manifestations of dermatomyositis have a major impact on patients' lives . This significant impact can be explained by many causes : pruritus , the facial localization of the dermatologic disease wish is an important aesthetic prejudice and the remittent course of the disease; also dermatomyositis' patients may be an underserved in terms of being evaluated by clinicians for psychological well-being.

Pruritus has been noted as a frequent clinical feature of dermatomyositis, but its impact and severity has not been thoroughly discussed. Because of its significant impact on QOL, pruritus management is an important component of dermatomyositis management.

Conclusion:

Studies of patients with dermatomyositis have traditionally focused on the impact of the muscle disease, only few studies have studied the impact of the dermatologic manifestations on QOL.

The data impressively show a profound impact of the dermatologic aspects of dermatomyositis on quality of life as a result of physical discomfort and impairment along with emotional distress which incites to a psychological care of dermatomyositis' patients.

Références :

- 1- The clinical features, diagnosis and classification of dermatomyositis Luca Iaccarino, Anna Ghirardello, Silvano Bettio, Margherita Zen, Mariele Gatto, Leonardo Punzi, Andrea Doria* Rheumatology Unit, Department of Medicine-DIMED, University of Padova, Via Giustiniani, 2, 35128 Padova, Italy
- 2- Goreshi R, Chock M, Foering K, Feng R, Okawa J, Rose M, Fiorentino D, Werth V. Quality of life in dermatomyositis. *J Am Acad Dermatol.* 2011 Dec;65(6):1107-16. doi: 10.1016/j.jaad.2010.10.016. Epub 2011 Jul 1. PMID: 21722989; PMCID: PMC3189436.
- 3- Hundley, J. L., Carroll, C. L., Lang, W., Snively, B., Yosipovitch, G., Feldman, S. R., & Jorizzo, J. L. (2006). Cutaneous symptoms of dermatomyositis significantly impact patients' quality of life. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 54(2), 217-220.

Le retentissement psychologique et sexuel des patients avec vitiligo génital :

L.Elyamani 1 ;K. Kaddar 1 , Y. Joudeh 1; S.Dikhaye 1,2 ; N. Zizi 1,2

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

Le vitiligo est une dermatose caractérisée par la destruction des mélanocytes, ce qui entraîne l'apparition de taches dépigmentées sur le corps.

L'objectif de notre étude est d'étudier le retentissement de l'atteinte génitale du vitiligo sur la dysfonction sexuelle, la qualité de vie dermatologique et la susceptibilité à d'autres troubles psychiatriques tels que l'anxiété et la dépression.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive et analytique réalisée au service de Dermatologie-CHU d'Oujda. Nous avons inclus 100 patients sexuellement actifs atteints de vitiligo. Les patients ont été divisés en 2 groupes ; un groupe avec atteinte génitale et un groupe sans atteinte génitale. Nous avons comparé le retentissement du vitiligo sur la qualité de vie des patients entre les 2 groupes par le score DLQI , ainsi que l'anxiété et la dépression par le score Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) et les problèmes rencontrés par les individus dans leur vie sexuelle par le score « Arizona Sexual Experience Scale » (ASEX).L'analyse de corrélation de Pearson a été utilisée pour comparer les variables. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée statistiquement significative.

Résultats :

Au total 100 patients sexuellement actifs atteints de vitiligo ont été inclus. L'âge moyen de nos patients était de 37 ± 13 ans avec une légère prédominance féminine (sex-ratio F/H= 1,17). La médiane du score Vitiligo Extent Score (VES) était de $1,2 [0,8 ; 3,2]$. L'atteinte génitale était présente chez 24% des patients, localisée au niveau des grandes lèvres, le scrotum , le pénis et en péri-anal.

La moyenne du score DLQI de nos patients était de 12 ± 7 traduisant un retentissement important sur la qualité de vie des patients atteints de vitiligo, un score HAD anxiété moyen de $8,7 \pm 2$ et un score HAD dépression moyen $9,2 \pm 3,5$ traduisant une symptomatologie douteuse d'anxiété et de dépression et ils présentaient un score ASEX moyen de $12,8 \pm 6$. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes avec et sans atteinte génitale concernant le retentissement sur la qualité de vie selon le score DLQI ($p=0,057$) et les scores HADS de l'anxiété ($p=0,8$) et la dépression ($p=0,3$) .

Par ailleurs, les patients avec un vitiligo génital présentaient des scores ASEX supérieurs par rapport aux patients présentant un vitiligo non génital avec une différence statistiquement significative ($p=0,01$), traduisant un retentissement majeur sur la vie sexuelle des patients présentant un vitiligo génital.

Discussion:

La présence d'atteinte génitale du vitiligo n'est pas corrélée au score DLQI, ceci rejoint l'étude de Yucel et al. 1 où le score DLQI n'était pas corrélé à l'atteinte génitale chez les patients présentant un vitiligo. Contrairement à notre étude, l'étude menée par Sarhan et al 2 a noté un score DLQI significativement plus élevé dans le groupe vitiligo avec atteinte génitale. Nos résultats attestent le retentissement majeur du vitiligo sur la qualité de vie des patients indépendamment de la localisation génitale.

Dans notre étude, il n'y avait pas de différence dans les scores HAD anxiété et dépression entre les groupes selon l'atteinte génitale. En effet, l'anxiété et la dépression sont secondaires au préjudice esthétique du vitiligo pouvant toucher tous les patients indépendamment de leur atteinte génitale, ceci a été établi par Ramakrishna et al.3 qui ont constaté des taux significativement plus élevés de troubles dépressifs majeurs, d'anxiété, de phobie sociale et de manque de confiance en soi chez les patients présentant un vitiligo.

Par ailleurs, les patients présentant un vitiligo génital avaient un retentissement majeur sur leur vie sexuelle par rapport aux patients présentant un vitiligo non génital selon le score ASEX. Dans l'étude de Sarhan et al 2, les patientes présentant un vitiligo génital avaient de faibles valeurs du score d'image de soi génitale féminine (FGSIS) et de l'indice de la fonction sexuelle féminine (FSFI) indiquant une détérioration de leur santé sexuelle. Dans l'étude de Yucel et al. 1, l'échelle ASEX a indiqué une meilleure fonction sexuelle pour les hommes et les femmes du groupe contrôle par rapport au groupe vitiligo. Nos résultats ainsi que les différents résultats de la littérature soulignent l'importance d'évaluer la santé sexuelle et psychologique des patients atteints de vitiligo, particulièrement en cas de présence d'atteinte génitale.

Conclusion :

L'atteinte génitale du vitiligo présente un retentissement majeur sur la vie sexuelle des patients entraînant une faible estime de soi. Une évaluation psychologique s'impose chez tous les patients présentant un vitiligo particulièrement en cas d'atteinte génitale.

Références :

- 1- Yucel D, Sener S, Turkmen D, Altunisik N, Sarac G, Cumurcu HB. Evaluation of the Dermatological Life Quality Index, sexual dysfunction and other psychiatric diseases in patients diagnosed with vitiligo with and without genital involvement. *Clin Exp Dermatol.* 2021 Jun;46(4):669-674. doi: 10.1111/ced.14511. Epub 2020 Dec 18. PMID: 33191544.
- 2- Sarhan D, Mohammed GF, Gomaa AH, Eyada MM. Female genital dialogues: female genital self-image, sexual dysfunction, and quality of life in patients with vitiligo with and without genital affection. *Journal of sex & marital therapy* 2016; 42:267-76.
- 3- Ramakrishna P, Rajni T. Psychiatric morbidity and quality of life in vitiligo patients. *Indian journal of psychological medicine* 2014; 36:302.

Epidémiologie et Santé publique, éthique médicale

Profil épidémiologique des patients hospitalisés au service de Dermatologie du CHU Bab El Oued

M Sakhri¹, F hamchaoui², R Belaoudmou², S Tizi¹, H Sahel¹

1-Service de dermatologie. 2-Epidemiologie CHU Bab El Oued Alger

Introduction : Le service de dermatologie-vénérologie du CHU de Bab El Oued est parmi les structures les plus importantes pouvant accueillir des patients quel que soit leur âge nécessitant une prise en charge hospitalière de leurs dermatoses.

Matériel et Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive transversale monocentrique avec une partie rétrospective (Janvier -Mars 2022) et une partie prospective (Avril -Mai 2022).

Résultat :

Nous avons colligé 130 patients, 56 .92% étaient hospitalisés pendant le premier trimestre et 43. 08 % pendant le deuxième. Une légère prédominance féminine était constatée avec un sex ratio de 0,78. L'âge des malades variait entre 2 mois et 85 ans avec une moyenne de 33.95 ans. 31.53 % étaient âgés de moins de 18 ans alors que 6.15% étaient âgés de plus de 75 ans. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10.64 jours (extrêmes 2 à 67 jours). La durée la plus longue était pour les dermatoses bulleuses (67 jours). Pendant le deuxième trimestre , 62.5% étaient admis pour la première fois , 30.36% pour la deuxième fois , 3.57% pour la troisième fois et 3.57% pour plus de 3 fois. Les motifs d'hospitalisation étaient dominés par les pathologies inflammatoires : 42.3%. Les pathologies vasculaires occupaient le deuxième rang (16.2%). Les dermatoses bulleuses représentaient 8.5%, avec les génodermatoses (8.5%). Les états d'hypersensibilité 6.9%. Les maladies du système étaient présentes dans 5.4% des cas.. Les pathologies infectieuses 5.4% . La pathologie tumorale : 3. 8%. Autres dermatoses plus rares : 3.1% des hospitalisations. Trois patients (2 atteints de dermatoses bulleuses et un d'un mélanome malin) sont décédés durant la période de l'étude. Le taux de mortalité était de 2.3%. .

Discussion :

Les profils des patients ainsi que leurs motifs d'hospitalisation aux services de dermatologie varient d'un pays à un autre et en fonction des conditions climatiques, socio-économiques et culturelles. La durée d'hospitalisation était

variable en fonction de la pathologie ;la plus longue était pour les dermatoses bulleuses (67 jours)ce qui peut être expliqué par la fréquence des complications liées a cette entité qui sont essentiellement d'ordre infectieuses ainsi qu'aux traitement (corticothérapie à forte dose)nécessitant une surveillance prudente et prise en charge multidisciplinaire .Une légère prédominance féminine était constaté avec un sex ratio de 0,78 ce qui rapproche des résultats d' une étude marocaine avec un sex ratio de 0.98.L'âge moyen des patients était de 33.95 ans ce qui ne concorde pas avec l'étude Espagnole, dont l'âge moyen était de 66 ans et l'étude Britannique dont 32% de ses patients étaient âgés de plus de 65ans .Cela peut s'expliquer par la jeunesse de la population Algérienne et le vieillissement de la population Européenne. Pour les motifs d'hospitalisations , le principal motif d'hospitalisation était le pathologies inflammatoires dont le psoriasis ce qui concorde avec une étude Britannique.Au Maroc, c'était les maladies de système et en Espagne ,les néoplasies . Cela est lié à plusieurs facteurs épidémiologiques, socio-économique et ethniques rendant la comparaison très difficile entre les pays. Deux patientes décédées étaient atteintes de dermatoses bulleuses auto-immunes . Une études Britannique a montré que la mortalité chez les patients atteints de Pemphigus vulgaire était supérieur de 3.3 fois par rapport aux témoins de même âge et même sexe. Une autre étude a montré que le taux de mortalité est estimé à 51, 59, and 62% à un,deux et 5 ans après le diagnostic d'un pemphigus paranéoplasique. Le troisième cas de décès était un patient atteint d'un mélanome malin au stade métastatique .A ce stade, la survie a 5 ans est estimée a 15-20% ¹

Conclusion :

La durée du séjour au niveau de notre service de dermatologie peut être raccourcie d'avantage, afin de permettre l'accès aux soins et à la prise en charge à un plus grand nombre de patients. Le diagnostic et la prise en charge précoces des dermatoses bulleuses auto-immunes peuvent diminuer leur taux de mortalité.

PROFIL DESCRIPTIF DES MOTIFS DE CONSULTATIONS EN DERMATOLOGIE A L'HCZ RABAT

**I.SABOUNI, V. BOUKANDOU MOUSSOUNDA, A. BENZOUINA, G. MEYE, M. AIT
OURHROUI**

**Service de dermatologie, Hôpital Universitaire Cheikh Zaid
Université Internationale Abulcasis des Sciences de la Santé, Rabat**

Introduction:

La pathologie dermatologique constitue un motif fréquent de consultation du fait de la diversité des symptômes et des lésions mais aussi et surtout de leur caractère affichant. Notre étude a pour objectif d'établir un profil épidémiologique des différents motifs de consultations au sein du service de dermatologie de l'hôpital CHEIKH ZAID.

Matériel et méthodes

Une étude prospective a été menée au niveau de la consultation dermatologique de l'hôpital CHEIKH ZAID entre septembre 2022 et mai 2023.

Ont été exclus de l'étude : les patients vus aux urgences ou hospitalisés.

Saisie des données et analyse statistique sur fichier Microsoft Excel.

Résultats

Durant cette période de 9 mois, 619 patients se sont présentés à la consultation dermatologique dont 19 patients adressés par d'autres médecins.

Le sex-ratio H/F des patients était de 0.79.

La moyenne d'âge était de 39.2 ans avec une prédominance de la tranche d'âge entre 26 et 45 ans.

Soixante des patients étaient sans antécédents, tandis que les antécédents les plus fréquents étaient l'atopie (13.81%) suivis du diabète et de l'HTA.

Le motif de consultation le plus fréquent était l'acné (8.2%), suivi de l'eczéma (4.8%), du psoriasis (3.7%), des épidermomycoses et la gale (2.7%).

Le motif de consultation le plus fréquent chez la femme était l'acné (45 cas) suivi de l'eczéma, tandis que chez l'homme c'était le psoriasis (13 cas) suivi de la dermatite séborrhéique.

Le classement selon les familles de dermatoses a montré une prédominance des dermatoses inflammatoires (37%), suivie des dermatoses infectieuses (30%), puis de la pathologie tumorale (14%).

Discussion:

Une étude inter CHU au Brésil a été réalisée sur 9629 cas et a montré:

Une moyenne d'âge de 21.1 ans, et un sex-ratio H/F de 0.53.

Les motifs de consultations les plus fréquents étaient l'acné (8%), suivi du vieillissement cutané et des tumeurs cutanées non mélanocytaires.

Le motif de consultation chez le sexe féminin était le vieillissement cutané, tandis que chez le sexe masculin l'acné prédominait.

Les résultats de cette étude ne concordent pas avec les nôtres, ceci étant probablement dû au mode de recrutement.

Conclusion:

Cette étude nous a permis de révéler l'importance des dermatoses inflammatoires et infectieuses et la nécessité de la prévention et l'éducation des patients afin de diminuer leur incidence.

Avis et urgences dermatologiques du CHU Ibn Sina Rabat

A.Fliti¹, M.Elomari Alaoui¹, N.Er-rachdy¹, L.Benzekri¹, N.Ismaili¹, M.Meziane¹, K.Senouci¹

Introduction :

Bien que la dermatologie soit généralement considérée comme une pratique clinique ambulatoire caractérisée par des affections non aiguës et non mortelles

4 % à 12 % de toutes les visites aux urgences sont dues à des symptômes liés à des troubles dermatologiques.

Cette demande de consultation urgente est croissante, elle peut correspondre à une dermatose aiguë ou à une dermatose non urgente (dans 49-82%) afin d'obtenir un délai de consultation plus court.

Matériels et méthodes

Nous avons effectué une étude prospective au département de dermatologie du CHU Ibn Sina de Rabat entre 01 Juin 2022 et 31 Mai 2023. 1321 patients ont été inclus par réception d'appels téléphoniques via numéro urgence (flotte) durant des gardes de 24h 7jours/7 puis collecte des informations relatives aux patients , et ces informations ont été retranscrites dans un « registre d'urgences dermatologiques »

Les logiciels Excel et le Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc, version 15.0 pour Windows) ont été utilisés pour la saisie et l'analyse des données.

Résultats

1321 consultations urgentes de dermatologies ont été reçues durant cette période soit 4 patients /jour, avec plus des patients au cours de Lundi (257 patients) et moins des consultants au cours des Weekends (177patients). 46.8% des avis ont été sollicités au cours de la matinée vs 37.6% l'après midi et 15.6% le soir. Le sexe ratio était 0.89 avec légère prédominance féminine et la moyenne d'âge 45,6 ans (01mois-95ans)

37% des patients ont consultés aux urgences , 43% des services hospitaliers 7% des patients référés du secteur privé pour pec urgente et 7% Personnel consultant pour une affection dermatologique urgente.

Les motifs de consultation étaient : pathologies infectieuses 47% (Erysipèle au chef de file), pathologies inflammatoires 24% , toxidermies 7%, dermatoses bulleuses auto-immunes 4%, pathologies tumorales 3% et autres dans 15% des cas .

la prise en charge était l'hospitalisation en urgence dans 5.9% , hospitalisation programmée dans 10% et traitement ambulatoire dans 84.1% de cas.

Discussion

« L'urgence dermatologique » est définie comme tout trouble dermatologique aigu qui se développe et s'aggrave en moins de 5 jours. Les « vraies urgences dermatologiques » sont: Les dermatoses infectieuses les dermatoses inflammatoires les toxidermies et les dermatoses bulleuses auto-immunes.

Moins de 20 études ont été publiées dans la littérature concernant les consultations urgentes en dermatologies, nos résultats rejoignent ceux de la littérature concernant l'âge moyenne des patients et les principaux motifs de consultations avec l'érysipèle en chef de file.

Conclusion

Les pathologies rencontrées aux urgences dermatologiques sont très diverses. Cependant la majorité des patients ne nécessitent pas une consultation d'urgence.

Ce travail de recherche « guide pédagogique portant sur « les principales urgences dermatologiques au Maroc » destiné aux résidents et autres professionnels de santé.

Titre: Le port du masque et ses effets dermatologiques

ALSHBITI Ahmed¹, ABBAS Ermilo², OBTEL Majdouline², SENOUCI Karima¹, MEZIANE Mariame¹

¹Service de dermatologie, Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina, Rabat

²Laboratoire de médecine communautaire, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Mots clés: Covid19 - Masque facial - Réactions cutanées - Peau - Maskné.

Introduction: Le port du masque est une des mesures de protection les plus importantes instaurées par l'OMS pour lutter contre la pandémie du COVID19. Néanmoins, il était à l'origine d'effets secondaires dermatologiques selon plusieurs études à travers le monde. Notre étude était la première dans notre pays qui visait exclusivement à identifier ces effets chez notre population durant la pandémie du COVID19.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique, qui a inclus toutes les personnes ayant répondu à un questionnaire en ligne anonyme élaboré sur la plateforme *Google forms* et partagé sur les réseaux sociaux, intéressant le profil démographique (âge, sexe, profession) et clinique (dermatoses préexistantes, terrain d'atopie, type de peau), l'exposition au soleil (durée journalière d'exposition, l'application ou non d'écran solaire), les caractéristiques du port du masque (type de masque, durée journalière et hebdomadaire du port), et les signes dermatologiques développés par notre population. L'étude s'est étalée sur une période de 3 mois allant du 22 Avril 2021 jusqu'au 22 Juillet 2021.

Résultats : Sur les 480 sujets inclus dans l'étude, 72,9% ont présenté des dermatoses liées au port du masque. L'acné était le signe clinique le plus rapporté par notre population (59,2%). L'analyse univariée a trouvé que le sexe féminin ($p<0,001$), la présence d'antécédents dermatologiques ($p<0,001$), la profession médicale ($p=0,004$), le caractère sensible de la peau ($p=0,034$), l'utilisation d'écran solaire ($p=0,005$), la durée journalière ($p<0,001$) et hebdomadaire ($p<0,001$) du port du masque étaient les principaux facteurs associés à la survenue de ces dermatoses. Pour l'analyse multivariée, les facteurs de risque objectivés étaient : le sexe féminin, la profession médicale, la présence d'antécédents dermatologiques et le port du masque pendant plus de 5 jours par semaine.

Discussion : Nos résultats étaient concordants avec plusieurs études pour lesquelles le masque était pourvoyeur de lésions dermatologiques comme l'acné, l'érythème et le prurit qui étaient les plus fréquents. En effet, l'acné était la dermatose la plus rapportée par plusieurs études également. Les facteurs associés et les facteurs de risque précédemment cités étaient rapportés par plusieurs travaux dans la littérature internationale. En particulier, l'acné était associée à plus de facteurs que les autres effets dermatologiques rapportés.

Les affections podologiques : Diagnostic, prise en charge et suivi : ou est la place du dermatologue ?

K.Bennani , O.El Jouari , S.Gallouj
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Tanger

Introduction :

Les pathologies du pied sont un motif fréquent de consultation en dermatologie, que ce soit l'ongle, la plante du pied, les espaces inter-orteil, ou le pied en sa totalité

Souvent banalisé et pris en charge par des non professionnels, les pathologies podologiques sont sources de complications

Matériel et méthodes :

C'est une étude rétrospective ou nous avons recueillis le témoignage de 264 citoyens à travers un formulaire anonyme.

Résultats :

L'âge moyen était de 32 ans, avec une prédominance féminine (75%), 93% vivaient dans le milieu urbain, 96% avaient un niveau de scolarité universitaire, 55% salariés

27% ont déjà souffert d'un **ongle incarné** dont 83.3% de ces patients avaient l'habitudes de porter des chaussures serrées, 58.3% avaient des ongles courbés et 45.8% avaient subi des traumatismes des orteils auparavant

Pour traiter leur ongle incarné seulement 41.6% ont eu recours a un dermatologue, les autres sont eu recours soit à un médecin généraliste (16.7%) – podologue (8%) – centre de beauté (16.7%) ou même une automédication (16.7%). 95.8% étaient satisfaits du résultats et 75% n'ont jamais eu de récidence

19.31 %de notre série ont déjà souffert d'une **onychomycose**, dont 17.6% de ces sujets fréquentaient les piscines publiques et 94% portaient des chaussures pendant de longues heures

Pour traiter leur onychomycoses, 70.5% ont eu recours à un dermatologue, 76% étaient satisfaits du résultat, ceux qui n'étaient pas satisfait du résultat avaient eu une récidence. Cependant aucun sujet n'a eu de complications.

22.7% ont déjà souffert de panaris dont la moitié avaient pour habitude de se ronger les ongles, et 20% avaient des maladies dermatologiques déjà connues (psoriasis/ eczema..)

35% ont choisi d'être pris en charge par un dermatologue, tandis que 30% par un médecin généraliste et seulement 10% par un traumatologue et 25% ont bénéficié d'une automédication.

Tous, étaient satisfaits de la prise en charge même si 10% ont eu une récidence.

31.8% de notre série ont déjà souffert d'un durillon, dont 67.8% étaient des adeptes de randonnées et 21.4% avaient des orteils déformés.

Panorama de dermatoses palpébrales : étude Clinique et dermoscopique

S.Bellasri 1, H.El Halla 1, S.Ait Oussouss 1, I.Zouine, 1, A.Lekhlifi 2 , O.Nassaf 2, O.Moustaine 2, R.Chakiri 1
1 Service de dermatologie, CHU d'Agadir, Maroc
2 Service d'ophtalmologie, CHU d'Agadir, Maroc

Introduction: La paupière est à la frontière entre la dermatologie et l'ophtalmologie, les dermatoses palpébrales nécessitent donc souvent une prise en charge conjointe. Nous présentant un panorama de cas vus en consultation dermatologique au CHU Agadir, Maroc.

Matériels et méthodes: Nous avons effectué une étude prospective s'étalant de Septembre 2021 au Mai 2023. L'étude descriptive et analytique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats: 31 cas ont été recensés au total. La moyenne d'âge était de 25 ans, le sex ratio H/F de 0,35. 36,8% avaient un terrain d'atopie. Les dermatoses inflammatoires étaient les plus fréquentes avec l'eczéma (16,1%), la dermatite atopique (9,6%) et la dermatite irritative (6,4%) présentant cliniquement une plaque érythémateuse prurigineuse surmontée de squames fine blanchâtres. Le psoriasis palpébral avec une plaque érythémateuse surmontée de squames blanchâtres épaisses et la rosacée granulomateuse avec une plaque érythémateuse, des squames fines, des télangiectasies et des pustules associée à une photophobie et larmoiement. Les dermatoses infectieuses étaient au deuxième rang avec les verrues (6,4%) sous forme de lésion hyperkératosique, la leishmaniose (6,4%) avec des plaques érythémateuses, des squames fines et des croûtes millicériques ; l'herpès palpébral et le zona avec vésicules et squames fines reposant sur une macule érythémateuse associés à une douleur et picotement ; l'impétigo avec des croûtes millicériques, la canaliculite avec des papules translucides associés à un larmoiement, la phtiriose ciliaire avec une macule érythémateuse, des squames fines associée à une blépharite. Parmi les kystes bénins, les hidrocystomes (6,4%) se présentaient sous forme de nodule translucide surmonté de télangiectasies ; les grains de milium (6,4%) sous forme de papules jaunâtres ; le kyste de zeiss sous forme de nodule couleur chair. Pour les dermatoses tumorales, le carcinome basocellulaire était le plus fréquent (6,4%) sous forme de plaques érythémateuse perlée ou d'un nodule avec des télangiectasies et ulcération ; la tumeur de kaposi sous forme de plaque érythémato violacée associée à un œdème palpébrale, le nævus congénital sous forme de nodule translucide et le xanthélasma avec des plaques jaunâtres. Quant à la pemphigoïde cicatricielle on retrouvait une macule érythémateuse et des squames fines avec une photophobie et un trichiasis.

Au dermoscope, les structures les plus représentatives dans les dermatoses inflammatoires étaient le fond érythémateux, les vaisseaux en points et les squames blanchâtres en plus des pustules pour la rosacée. Les croûtes millicériques, les vésicules et les squames jaunâtres étaient les plus retrouvés dans les dermatoses infectieuses avec en plus l'aspect étoilé caractéristique et les larmes jaunes dans la leishmaniose. Pour les dermatoses tumorales, on trouvait une vascularisation polymorphe, plus souvent arborescente, des ulcérations, des nids ovoïdes caractéristiques du carcinome basocellulaire, un aspect en arc en ciel dans la maladie de kaposi et des dépôts lipoïdiques dans les xanthélasmas. Enfin dans les kystes bénins on retrouvait des aires sans structure, un aspect translucide et une vascularisation hétérogène.

Discussion : Les dermatoses palpébrales forment une entité clinique diversifiée, parfois sous exploités par le dermatologue en raison des nombreuses intrications pathologiques de l'œil et du revêtement cutané déviant ainsi les consultations initiales. Différents aspects cliniques ont été abordés dans la littérature, les caractéristiques dermoscopiques retrouvées dans notre échantillon rejoignent les données des études réalisées dans ce sens.

Conclusion : La dermoscopie amène une grande aide au diagnostic des dermatoses palpébrales permettant une prise en charge optimale conjointe à l'ophtalmologue.

L'évaluation des connaissances en dermatologie des internes aux urgences

Guechchati M, Soughi M, Hayassat R, Douhi Z, Elloudi S, Baybay H, Mernissi FZ
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

Introduction :

Le médecin interne, pivot de notre système des urgences, est amené quasi quotidiennement à devoir diagnostiquer et prendre en charge des pathologies différentes. La prise en charge des dermatoses occupe une place de plus en plus importante dans le quotidien des consultations aux urgences.

Quel médecin et à fortiori quel étudiant ne s'est jamais senti en difficulté face à un patient présentant une pathologie dermatologique ?

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une étude descriptive transversale dont l'objectif était d'évaluer les connaissances des médecins internes du CHU Hassan II de Fès et leurs conduites vis-à-vis des patients consultant pour lésions dermatologiques. Pour cela, un questionnaire anonyme a été conçu avec le logiciel Google Forms et envoyé à 160 internes de première et deuxième année.

Résultats :

132 ont répondu au formulaire. 25% ont estimé ne pas avoir les connaissances suffisantes en dermatologie pour prendre en charge correctement leurs malades, tandis que 62.1% ont déclaré en avoir un peu.

51.5% ont déjà effectué un passage en dermatologie. 78.6% ont jugé que ce stage utile. Pour le reste, les difficultés rencontrées ont été en premier le stress en période des examens (52%), suivies de manque d'encadrement (38%) puis la peur d'aborder le malade.

Lors d'une garde aux urgences, dans 53% des cas, un malade relevant de la dermatologie a été vu occasionnellement et chez 53%, ils ont eu recours à un avis spécialisé.

80.3% des médecins ont considéré la dermatologie comme spécialité plus difficile par rapport aux autres spécialités. Cette difficulté a été suite à la reconnaissance sémiologique des lésions (32.6%), ainsi que la prise en charge thérapeutique (65.9%). 76.5% ont affirmé avoir du mal à reconnaître le diagnostic.

28.8% ont déclaré savoir toujours faire la différence entre un motif de consultation urgent et non urgent. Pour les 69.7% qui ont hésité, 95.9% ont demandé un avis spécialisé.

91.7% ont affirmé savoir appliquer les acquis des anciennes consultations chez les nouveaux malades.

Chez 67.4%, le diagnostic évoqué par l'interne était souvent celui retenu par le médecin de garde. En ce qui concerne l'apprentissage des médecins internes, 65.9% ont reconnu avoir facilement retenu les diagnostics à travers les images.

De plus, à travers des cas cliniques figurant dans le questionnaire, nous avons constaté qu'un avis spécialisé a été demandé dans la plupart des situations.

Discussion :

L'originalité de ce travail est double : d'une part, dresser un état des connaissances des internes du CHU Hassan II de Fès en dermatologie aux urgences, et d'autre part, de les questionner sur leurs besoins en formation.

Cette étude a montré que ces médecins internes éprouvaient souvent des difficultés diagnostiques et de prise en charge thérapeutique. En outre, ils évoquaient des incertitudes dans l'appréciation du degré d'urgence de la pathologie.

Nos résultats concordaient avec ceux d'une étude à Strasbourg en 2006 où les médecins généralistes avaient recours au spécialiste principalement pour avis diagnostique (72%). Tandis que selon une étude réalisée en Haute Normandie, 80% des généralistes déclarent être plutôt à l'aise en dermatologie avec une confiance élevée dans leur capacité à prendre en charge les dermatoses.

Conclusion :

La connaissance et la maîtrise de l'approche syndromique sont des armes nécessaires à la gestion des dermatoses aux urgences, et doit être maîtrisée.

La formation des médecins internes est donc nécessaire, et a montré son efficacité dans de nombreuses études.

Évaluation des connaissances et du besoin des médecins internes et généralistes en formation dermatologique

K. Kaddar 1 ; S. Bensalem1 ; I. Ouadi 1 ; S. Dikhaye 1,2 ; N. Zizi 1,2.

1 Service de Dermatologie Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda Maroc.

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique,
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda Maroc

Introduction :

La dermatologie est une spécialité redoutable des médecins généralistes (MG). Souvent mise au second plan au cours de la formation initiale. Pourtant, il s'avère qu'elle fait partie intégrante de la pratique quotidienne des MG, qui constituent le premier contact avec le système sanitaire.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une enquête transversale réalisée en Mai 2022 et qui a concerné les MG et internes. Les participants ont répondu à un questionnaire conçu grâce à Googleforms et diffusé sur les groupes Facebook de MG ou envoyés directement aux participants.

Le but de cette étude est d'évaluer les difficultés retrouvées face aux pathologies dermatologiques et les besoins des MG intéressés par une formation complémentaire en dermatologie.

Résultats :

Nous avons colligé 132 MG et internes, avec une prédominance féminine (sexe-ratio F/H= 1,87). L'âge moyen des médecins était de 31 ans.

Cinquante-et-un pourcent des participants étaient des MG installés, 22% des faisant fonction d'internes (FFI) et 19% des internes.

Quarante-six pourcent des participants n'ont jamais eu de stage en dermatologie au cours de leurs cursus universitaires.

La quasi-totalité (98%) pensait que la formation universitaire était insuffisante pour leur pratique quotidienne.

La majorité des médecins n'ont jamais bénéficié d'une formation complémentaire en dermatologie.

Quarante-six pourcent des médecins ont répondu «Souvent» à la question « Sentez-vous des difficultés face au diagnostic et traitement des pathologies dermatologiques ? » et 27,3% ont répondu « très souvent ».

Concernant le jugement de leur compétence, une échelle de 0 à 10 a été proposée aux participants (0: Pas du tout compétent, 10: Très compétent), l'échelle moyenne était de 4,43.

Trente-trois pourcent des participants adressaient les patients chez un dermatologue selon leurs connaissances en matière de prise en charge de la pathologie, 24,2% selon la sévérité du problème et 20,5% après échec d'un traitement d'épreuve.

Tous les participants étaient intéressés et pensaient qu'il serait bénéfique de participer à une formation complémentaire en dermatologie, mais ils accusaient plusieurs contraintes notamment le manque de formation en dermatologie, le coût, l'horaire et le lieu des formations.

Concernant les moyens de formation désirés, nos participants préféraient les moyens à

distance (Proposition de photos et de cas cliniques sur Smartphone, enseignement par e-learning...), d'autres préféraient les ateliers pratiques dans 50,8% des cas ou les formations en groupes restreints dans 38,6% des cas.

Plusieurs thèmes ont été proposés et ont été tous choisis par les participants avec prédominance de la pathologie infectieuse bactérienne et virale, l'acné et le psoriasis.

Discussion :

Notre étude confirme le caractère jugé insuffisant de la formation en dermatologie et la difficulté de prise en charge des pathologies dermatologiques en pratique quotidienne des MG. Elle met en évidence le sentiment de manque de compétences en dermatologie, Le manque de formations complémentaires et le désir de formation unanime des MG.

La formation universitaire en dermatologie a été jugée insuffisante chez la quasi-totalité des participants. De même, 92% des internes de dernière année d'Île-de-France pensaient que leurs connaissances en dermatologie ne sont pas suffisantes pour leur pratique future (1) VS 86% des médecins dans une étude menée à l'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor (2). La majorité des répondants (62%) dans cette deuxième étude se sentait parfois en difficulté face aux pathologies dermatologiques et 34% se sentait souvent en difficulté.

Conclusion :

La dermatologie est une discipline jugée « spécialisée », fréquemment retrouvée en pratique courante des MG. La place de plus en plus importante des médecins généralistes dans le dépistage, le diagnostic et le traitement des dermatoses impose la mise en place d'un enseignement de dermatologie de qualité et des formations complémentaires en vue d'améliorer la prise en charge des pathologies dermatologiques.

Références :

- 1- L. Rousset, A. Azot, B. Halioua, Évaluation du niveau de connaissance et des demandes de formation en dermatologie des internes en médecine générale, VL - 145, DO - 10.1016/j.annder.2018.09.391, JO - Annales de Dermatologie et de Vénérologie.
- 2- Alice Ado Chatal, Formation complémentaire de dermatologie en médecine générale : étude quantitative auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor.

Enquête sur l'attractivité de la dermatologie chez les étudiants , les internes et les lauréats de médecine marocaine

F. Boukamza ; O. Eljouari ; S. Gallouj

Centre hospitalier universitaire de Tanger ; service dermatologie

Introduction :

Le choix de spécialité est une décision cruciale pour les étudiants en médecine .La dermatologie se démarque en raison de son attrait croissant auprès des étudiants en médecine.

Au Maroc aucune étude n'a encore mis le point sur le sujet d'attractivité de la spécialité de la dermatologie auprès des étudiants en médecine. Le but de notre étude est d'étudier l'attractivité de la dermatologie comme spécialité chez les étudiants, les lauréats et les internes en médecine marocains et d'analyser les facteurs qui peuvent y être associés.

Matériel et méthodes

Un questionnaire électronique a été envoyé à 320 étudiants en médecine ayant commencé leurs stages hospitaliers (3e, 4e et 5e année), à 100 internes en médecine (étudiants ayant réussi au concours d'internat) et à 240 lauréats de médecine générale juste après la réussite au concours de résidanat (avant le choix de la spécialité). Le questionnaire portait sur trois domaines : des informations démographiques anonymes, des informations concernant le degré d'exposition clinique à la dermatologie et les attitudes envers la dermatologie en tant que spécialité. Une étude descriptive et analytique a été faite. Une régression logistique a été effectuée pour étudier les associations entre les variables démographiques et d'exposition et le choix de la dermatologie comme carrière.

Résultats

Le taux de réponse était de 40% chez les étudiants, 74 % chez les internes et 24 % lauréats de médecine . Les résultats préliminaires ont montré que la dermatologie était une spécialité attrayante pour un pourcentage élevé d'étudiants en médecine : 54,3 % des étudiants et 38.7% des lauréats envisagent la possibilité de choisir la dermatologie comme spécialité, alors que 20 % des étudiants, 4% des internes et 5,6 % des lauréats ont affirmé que la dermatologie est leur spécialité de carrière rêvée. En analyse uni et multivariée, l'exposition clinique à la dermatologie est retenue comme le principal facteur statistiquement significatif prédictif du choix de la dermatologie chez les différentes catégories.

Discussion :

L'attrait des étudiants en médecine pour la dermatologie peut s'expliquer par plusieurs facteurs. La diversité des pathologies dermatologiques offre aux futurs dermatologues une riche expérience clinique et une variété de cas à diagnostiquer et à traiter. De plus, la dermatologie est souvent perçue comme une spécialité permettant d'établir des relations continues avec les patients, ce qui peut contribuer à une plus grande satisfaction professionnelle. Les opportunités de recherche en dermatologie sont également considérées comme un facteur attractif, offrant aux étudiants la possibilité de contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine en évolution constante. Cependant, il convient de noter que certains défis peuvent également influencer le choix des étudiants en médecine. La compétitivité pour accéder à la formation en dermatologie peut être un obstacle pour certains candidats. De plus, la charge de travail élevée et les horaires souvent chargés peuvent être perçus comme des inconvénients potentiels de la spécialité.

Conclusion

Notre étude a montré que la dermatologie est considérée comme une discipline fascinante par les étudiants et les lauréats de médecine marocains. L'exposition clinique à la dermatologie est le facteur prédictif le plus fort du choix de la dermatologie comme future carrière

LES DERMATOSES ET LES GUÉRISSEURS

**Dr Douieb
Larache- Maroc**

INTRODUCTION

La peau malade et les guérisseurs sont une longue histoire à gout amère.

La plupart des dermatoses est accessible à l'examen, et donc facile à tartiner !

Le guérisseur est une personne non qualifiée et qui procure des soins aux patients d'une manière légale et officielle ou d'une manière consensuelle-sociale ; le résultat est toujours le même; des complications et des dépenses inutiles en plus du retard diagnostic qui met en péril les patients.

MATERIEL D'ETUDE

L'arsenal thérapeutique du guérisseur est large :

1. **Chimique**
2. **Mécanique**
3. **Biologique**
4. **Thermique**
5. **Botanique**
6. **Association thérapeutique**
7. **Consensuel**
8. **« Spirituel »**

RESULTATS ET CONCLUSIONS

Les patients qui optent pour cette voie appartiennent aux différentes classes sociales et sont de différents niveaux intellectuels

Mais le problème est beaucoup plus sérieux, le problème est de savoir où est la faille pour l'affronter et le traiter :

Notre système éducatif qui « fabrique » encore des gens prêts à croire aux charlatans ?

Notre système de soins médicaux qui est complètement en faillite, et que tout prétendant essaye d'y mettre la main ?

Les sociétés des professionnels de santé qui laissent le terrain aux malfaiteurs ?

Les coutumes et certaines croyances qui interdisent aux médecins de s'occuper de certaines maladies ?

Notre système judiciaire qui tolère ces pratiquants et leurs dégâts ?

Notre administration qui donne les autorisations d'exercer à ces guérisseurs ?

La place de la phytothérapie dans la prise en charge des pathologies dermatologiques : une enquête menée dans le nord du Maroc.

Introduction : La phytothérapie connaît actuellement un véritable engouement au sein de la population nord africaine et marocaine surtout dans le traitement des pathologies dermatologiques communes. Les pratiques de la médecine traditionnelle varient grandement d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre. Elles sont influencées par des facteurs connus : la culture, l'histoire et les philosophies personnelles. Les produits naturels présentent un grand intérêt comme matière première destinée aux différents secteurs d'activité tels que : le cosmétique, la pharmacie, l'agroalimentaire, le phytosanitaire et l'industrie.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude transversale prospective de type descriptif s'étalant sur une période de 6 mois allant du mois 6/2022 au mois 12/2022 incluant les patients reçus au cours des consultations au sein de service de dermatologie du centre hospitalier universitaire de Tanger. L'outil de cette enquête était un questionnaire traduit en arabe dialectal composant 3 parties : la première partie contenait des informations sur l'objectif de l'étude, la 2^{ème} partie réservée au profil socio-culturel et la 3^{ème} réservée aux maladies sélectionnées.

Les données ont été recueillies, saisis et analysées par le logiciel « IBM SPSS 25 »

Les critères d'inclusion étaient :

-L'âge >18 ans

- Prise de phytothérapie dans les 5 dernières années pour le traitement de dermatose communes notamment les alopecies, eczéma, mélasma, mycoses cutanées superficiels, et eczéma.

Les critères d'exclusion étaient :

-Patient non originaire du nord du Maroc

- Prise de phytothérapie pour une pathologie non dermatologique.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques traditionnelles des patients, l'efficacité et les effets indésirables de la phytothérapie.

Résultats : Nous avons recruté 215 patients souffrant de dermatoses diverses, ayant fait recours à la phytothérapie dans les cinq dernières années, on a noté une prédominance féminine avec un sex -ratio de 3, l'âge moyen était 32 ans. La plupart des patients étaient de bas niveau socio-économique (76,2%). Notre enquête a recensé 50 espèces de plantes appartenant à 26 familles botaniques utilisées sous forme de macération aqueuse (54,6%), d'infusion (37,4%), décoction (11,8%).

Concernant les pathologies les plus sollicitées par la population étaient les alopecies (37,4%), Où *Allium sativum* (AIL) était la plante la plus utilisée à raison de 40%. , Cette dernière était aussi fréquemment utilisée lors des traitements des mycoses superficielles (13,1% de la population). Pour ce qui est de l'acné (20,7%), les plantes les plus fréquemment utilisées étaient le *Melaleuca alternifolia*, *Aloe vera* et le *Curcuma longa* , dont les pourcentages étaient de 26,4 %, 22,6%, 21,6% respectivement .L'eczéma était la 3^{ème} pathologie la plus fréquemment traitée par la phytothérapie à raison de 17 % des cas, avec le *Lawsonia inermis* dans 36 ,1% des cas traités .

Le degré de satisfaction variait d'un patient à l'autre dont la majorité (76%) étaient satisfait avec des résultats allant d'une régression partielle des lésions à un blanchiment total, une repousse complète de cheveux pour les patients souffrant d'alopecie, par ailleurs 24 % des patients étaient insatisfaits vu la non amélioration et l'aggravation de leurs dermatoses.

Les effets secondaires rencontrés étaient peu fréquents voir rare, à type d'eczématisation retrouvées chez 13 patients, 8 patients ayant utilisé le henné (*lawsonia inermis*), et 5 patient ayant utilisé l'ail (*allium sativum*) , l'irritation était rapporté par 5 patients ayant utilisé l'ail (*allium sativum*) et par 3 patients ayant recours au goudron ,dont 3 présentaient une surinfection associée . Par ailleurs les 2/3 des patient ayant utilisé l'ail (*allium sativum*) rapportaient des sensations de picotement lors de l'utilisation.6 patients ayant utilisé le *Curcuma (curcuma longa)* pour traiter leur Mélasma ont rapporté des signes digestifs à type de ballonnement et de nausée

Conclusion :

A la lumière de cette étude, l'usage de la phytothérapie est largement profus au sein de la population marocaine. Ces plantes médicinales sont bénéfiques dans certains cas grâce à leur richesse en composants biochimique et organique actifs, mais malheureusement leurs utilisations anarchiques potentialisent leurs effets délétères, d'ou l'intérêt de rationaliser et de bien systématiser cette pratique thérapeutique.

Le Hammam Marocain, un rituel purifiant ; Les Dermatoses déclenchées ou aggravées : quelles sont-elles ? : étude transversale

Maryam Ghaleb ,Ouiame Eljouari, Salim Gallouj

Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Mohammed VI de Tanger

INTRODUCTION :

Le hammam est un bain de vapeur humide. Au Maroc, il signifie littéralement en arabe "eau chaude", ou "source chaude" qu'il purifie le corps et l'esprit. Il est aussi appelé bain maure il présente un rituel social important. C'est un synonyme d'hygiène et de beauté.

En raison de la popularité de ce bain traditionnel au Maroc, il est important de connaître les bienfaits et les risques de ce rituel sur la peau afin d'informer et conseiller la population pour prévenir tout type de complication pouvant toucher la peau.

MATERIELS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude transversale menée au sein du service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Tanger, sur une période s'étendant du mois de mars 2023 au mois de juillet 2023. A l'aide d'un questionnaire distribué à travers des réseaux sociaux ,adressé à la population générale , les données ont été collectées et analysées sur Google Form.

RESULTATS :

Nous avons reçu au total 160 réponses. Plus de la moitié des participants étaient des femmes (63.1%), En ce qui concerne l'âge, 40,63% se situaient dans la tranche d'âge de 21 à 30 ans. Parmi les participants, 70% ont rapportaient un antécédent d'une dermatose. Les types de dermatoses les plus couramment mentionnées étaient la dermatite atopique (32, soit 18,6%), les mycoses cutanées (31, soit 18,2%), la xérose cutanée (29, soit 16,86%), l'eczéma (21, soit 12,21%), la rosacée (19, soit 11%), le psoriasis (10, soit 6%) et le vitiligo (10, soit 6%).

Une majorité des participants, avec plus de 50 % fréquentent régulièrement le Hammam (plus d'une fois par mois). En moyenne, ils passent environ une heure et trente minutes dans le bain. Concernant les préférences, 46% des répondants choisissent de rester dans la pièce chaude pendant toute la séance. De plus, 80% des répondants appliquent du savon noir sur leur peau avant la procédure de friction, tandis que plus de 90% utilisent un gant de crin pour exfolier leur peau. 75% rapportaient une irritation de la peau en post friction.

Une proportion significative des participants au questionnaire, dépassant les 55 %, a rapporté avoir développé une dermatose après leur visite au Hammam.

56% des répondants ont signalé une xérose cutanée transitoire après leur bain.

Les types de dermatoses les plus fréquemment mentionnées étaient les mycoses cutanées (59 personnes, soit 42,5%), les verrues (21 personnes, soit 15%), les infections bactériennes (20 personnes, soit 15%) et l'urticaire cholinergique (8%).

Plus de la moitié des personnes interrogées estiment que le Hammam aggrave leur dermatose. Parmi eux, 30% souffrent de rosacée, 25% de psoriasis, 16% de dermatite atopique, 12% d'eczéma, 10% de vitiligo et 7% d'urticaire cholinergique. Il est intéressant de noter que 55% des participants ont déjà consulté un dermatologue concernant leur dermatose.

Concernant les soins post-Hammam, 80% des participants utilisent des produits de soins, notamment des crèmes hydratantes (47%), des huiles naturelles (12%), du citron (10%) et des crèmes éclaircissantes (7%).

DISCUSSION :

Le hammam est un lieu de détente où l'on peut se relaxer en profitant de la chaleur et de l'atmosphère apaisante. Il peut aider à la purification de la peau : La chaleur et l'humidité du hammam permettent d'ouvrir les pores de la peau, favorisant ainsi l'élimination des toxines et des impuretés.

Bien que le bain puisse procurer du plaisir, il existe un risque potentiel de transmission des infections fongiques, bactériennes, et virales (les mycoses, les condylomes et les verrues) étant donné que le hammam au Maroc est un espace public.

Par ailleurs, il convient de noter que la chaleur présente dans le hammam peut provoquer une urticaire cholinergique ou une intensification des démangeaisons chez les individus souffrant de dermatite atopique en raison de l'effet de la transpiration.

L'association des bains chauds et des crèmes émoullientes peut favoriser l'exfoliation des squames d'hyperkératose caractéristiques du psoriasis . Cependant, il est crucial de prendre soin d'éviter toute friction excessive de la peau afin de prévenir la survenue du phénomène de Koebner, qui pourrait entraîner une aggravation des lésions cutanées.

CONCLUSION :

En conclusion, notre étude met en évidence l'association entre la visite au Hammam et le développement ou aggravation de dermatoses chez une proportion importante des participants au questionnaire. Il est essentiel d'informer les patients sur les risques potentiels, en particulier pour ceux qui présentent des pathologies dermatologiques. De plus, la consultation chez un dermatologue est fortement recommandée pour les personnes présentant des dermatoses préexistantes afin de recevoir des conseils personnalisés et adaptés à chaque situation avec un suivi approprié.

Les bains maures marocains : enquête auprès de 195 femmes

S.Ben Salem¹; M.Benkaraache¹; N.Zizi ^{1,2}; S.Dikhaye ^{1,2}

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda,
Maroc

Introduction :

Les bains maures ou « hammam » au Maroc sont connus pour être un lieu traditionnel de détente mais aussi de soins de la peau. L'objectif de notre étude était d'analyser les habitudes des femmes marocaines concernant cette pratique et leurs effets sur la peau.

Matériel et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive réalisée en avril 2023 à travers un questionnaire de 19 questions.

Résultats :

Nous avons colligé 195 femmes dont 26,7% étaient entre 18 et 30 ans, 34,9% entre 30 et 40 ans, 22,6% entre 40 et 50 ans et 15,8 plus de 50 ans. Seulement 15,9% d'entre elles disaient ne jamais aller aux BM pour diverses raisons : pudeur, proscrits par le médecin traitant, manque d'hygiène. Concernant la fréquence de cette pratique, elle était hebdomadaire (39%), mensuelle (29%) trimestrielle (20%) ou plus rare (12%). Quant au temps passé au BM, 38% y passaient en moyenne 2 heures, 46% restaient 1 heure et 16% ne dépassaient pas les 30 minutes. Toutes les femmes interrogées bénéficiaient de gommages et 38% y associaient un massage. La fréquence des gommages retrouvée était hebdomadaire (31%) mensuelle (31%) trimestrielle (23%) ou annuelle (15%). Le gommage de la peau était réalisé le plus souvent avec un gant de crin et 5 d'entre elles utilisaient une pierre ponce. Le gommage concernait également le visage dans 38% des cas. Divers produits sont utilisés par les femmes lors de leurs visites aux BM : savon noir (77%), le henné (46%), argile verte (56%), huile d'argan (18%), poudre de coquelicot (16%), la lavande (14%) et des mélanges de plantes médicinales (8%). 22% des femmes interrogées pensent que ces produits utilisés aux BM sont adaptés à toutes les femmes et sont dépourvus de danger. Toutes les femmes estiment avoir une meilleure qualité de peau après leur visite au hammam. Les différents bienfaits des BM cités étaient : avoir une peau « propre » (64%), hydratation de la peau (52%), lutter contre les

pigmentations (32%), traiter certaines dermatoses chroniques (18%), dilatation des pores (23%). Quant aux effets indésirables survenus suite à des visites fréquentes au hammam nous retrouvons la xérose cutanée (88%), la névrodermite de grattage (49%), les intertrigos (39%), les excoriations suite aux gommages (29%), la dermite irritative (12%), l'eczéma de contact aux produits utilisés (2%) et les mycoses de la peau glabre (2%). Ceci dit, toutes les femmes ont répondu ne pas cesser de fréquenter les BM malgré les effets indésirables apparus.

Discussion

Cette pratique ancestrale du « hammam » est un rituel religieux et social qui puise ses origines dans les thermes romains et grecs. Il s'agit d'un bain de vapeur humide qui se compose de plusieurs pièces de températures différentes. Les femmes se rendent de façon régulière aux bains maures et bénéficient de gommages au gant de crin et de massages en utilisant des produits dits « naturels ». Un gommage régulier au bain maure est considéré comme indispensable afin de lutter contre les impuretés et la xérose tandis que la desquamation cutanée est une étape active et programmée qui ne nécessite ni friction ni dessiccation pour avoir lieu.

Quant aux effets secondaires cutanés, ils sont nombreux et peuvent être en rapport avec les gommages intempestifs ou les produits utilisés. Les atteintes cutanées qu'on rencontre le plus lors des consultations en dermatologie sont le lichen simplex chronique. Concernant les patientes souffrant de dermatoses chroniques telles que le psoriasis, le vitiligo ou la dermatite atopique, où le gommage est contre-indiqué (phénomène de koebner), il est difficile de les convaincre d'abandonner ce rituel bien-aimé.

Conclusion

Cette étude met en évidence la place importante des bains maures pour la femme marocaine d'où l'importance de les éduquer, notamment lors des consultations en dermatologie, sur les éventuels méfaits et limiter ces pratiques.

Références :

1. ESMAIL, A., CHAHBOUN, N., ABED, H., BARRAHI, M., R'HAIEM, N., QABLI, H., ... & OUHSSINE, M. (2013). QUALITÉ DES EAUX DE BAINS MAURES DE KÉNITRA. *Bull. Soc. Pharm. Bordeaux*, 152(1-4), 31-40.

EL AALOUANI, S., & AMAL, S. Que connaissent les psoriasiques

Pratique illégale de la médecine esthétique, attractivité des patients et conséquences

Kaoutar Benchekroun, Ouiame Eljouari, Salim Gallouj

Service de dermatologie-vénéréologie, CHU MOHAMMED VI

Introduction :

Dans un monde où l'esthétique occupe une place de plus en plus prépondérante, la médecine esthétique gagne en popularité, attirant un grand nombre de patients cherchant à sublimer leur apparence. Cependant, en marge de cette discipline médicale réglementée, émerge une pratique illégale qui suscite des inquiétudes croissantes quant à ses conséquences sur la santé, le bien-être des patients et la réputation des professionnels de santé.

Cette étude plonge au cœur de cette problématique intrigante, en explorant l'attrait exercé par cette pratique non réglementée et en évaluant les résultats et les perceptions des risques associés.

Matériel et Méthode :

Il s'agit d'une étude transversale menée au sein du service de dermatologie du CHU MED VI de Tanger.

Pour obtenir un échantillon représentatif, un questionnaire structuré spécifiquement élaboré a été diffusé via les réseaux sociaux entre février 2023 et juillet 2023 pour cibler la population générale spécifiquement au nord du Maroc.

Les données ont été collectées puis saisies sur Google Form, et analysées quantitativement sur le logiciel SPSS 2021, une valeur $p < 0.05$ a été utilisée pour la comparaison des fréquences de variables qualitatives.

Résultats :

Nous avons reçu au total 234 réponses, les résultats de l'étude ont révélé que les femmes constituaient la majorité des participants (61,9%). La tranche d'âge la plus représentée était celle de 21 à 30 ans (58,9%), et la majorité des participants avaient un niveau d'éducation universitaire (73,2%).

Une grande proportion des participants (62,14%) avait déjà fréquenté des centres de coiffure ou de beauté proposant des traitements de médecine esthétique, dont 19,3% y allaient même plusieurs fois par semaine.

Les résultats ont révélé que 56,4% des participants souhaitaient bénéficier d'un traitement esthétique à l'avenir.

La plupart des participants (78,7%) ont été influencés par des célébrités ou des influenceurs à recourir à des procédures de médecine esthétique illégales.

26,75% des participants ont déjà tenté de bénéficier de traitements esthétiques médicaux dans des centres de coiffure, de beauté ou les spa ; chez ces derniers, l'épilation définitive au laser et l'hydrafacial étaient les deux types de soins les plus adoptés, avec un taux total de 42,7%. 86,2% des patients ayant bénéficié d'une injection à but esthétique n'ont pas été informés des précautions pré et post-injection, ce qui soulève des préoccupations quant aux pratiques sécuritaires.

Concernant les effets observés après les interventions, 63,3% des participants ont constaté des changements dans l'apparence de leur peau, avec principalement des rougeurs (83,1%) et des irritations (70,9%). Des complications plus sévères, telles que l'asymétrie (32,7%), l'apparition d'abcès (12,3%), et de granulomes (7,2%), ont également été rapportées par

certain participants, avec une durabilité des changements pour 23,5% d'entre eux. Les résultats de l'étude ont révélé que la grande majorité des participants (63,3%) n'étaient pas satisfaits de leur apparence après avoir reçu des soins dans des centres non médicalisés. Seulement 21,4% des participants avaient déjà consulté un dermatologue ou un médecin généraliste pour des problèmes esthétiques. Le bas coût était la principale raison pour laquelle les participants préféraient les centres de beauté, avec un taux de 70,3%. La deuxième raison était les publicités sur les réseaux sociaux, citée par 47,8%. Concernant la perception des risques, 62% des participants étaient conscients des risques pour la santé liée aux traitements esthétiques médicaux pratiqués illégalement. La principale préoccupation était l'infection (82%), suivie des résultats insatisfaisants ou asymétriques (71%). Moins de 20% des participants considéraient que la cécité et les accidents vasculaires cérébraux étaient les principaux risques. 51,7% des participants considéraient ces pratiques comme inacceptables et dangereuses pour la santé des patients, tandis que 37,3% estimaient que cela ne les dérangeait pas tant que les résultats étaient satisfaisants, et 11% considéraient que c'était une alternative moins coûteuse. En ce qui concerne les professionnels autorisés à cette pratique, 79,2% des participants optent pour les dermatologues, tandis que 50,9% estimaient que les médecins généralistes l'étaient également. 43,5% des participants pensait que les esthéticiennes des centres de beauté sont aussi autorisées, et seulement 20,3% optent pour l'autorisation des infirmières, Certains participants (11,6%) pensaient que tout le monde pouvait le faire. En ce qui concerne les mesures préventives, la grande majorité des participants (68,3%) pensaient que les autorités devraient renforcer les réglementations pour prévenir la pratique illégale de la médecine esthétique dans les centres de coiffure et de beauté.

Discussion :

L'insuffisance de recherches dans ce domaine suscite une inquiétude légitime au regard de l'ampleur croissante du problème lié à la pratique illégale de la médecine esthétique, l'objectif de cette étude était de combler cette lacune.

Notre étude affirme que les femmes et les jeunes adultes sont particulièrement attirés par ces pratiques non réglementées, malgré leur niveau d'étude universitaire.

Le recours aux réseaux sociaux comme moyen d'influence pour attirer les patients explique la tranche d'âge prédominante (entre 21 à 30 ans) et cohère avec les tendances actuelles de marketing et de communication, ces résultats sont en correspondance avec l'étude menée en France par Dr Hadj à l'université de Montpellier à propos de l'impact des réseaux sociaux dans la pratique de l'activité en chirurgie esthétique en France en 2022.

En Monaco, le docteur Philippe Kestemont, spécialisé en médecine et en chirurgie esthétique est intervenu lors d'une conférence donnée à l'occasion du 20^{ème} salon Aesthetic & anti-aging medicine world congress (AMWC) au Grimaldi forum au 2 avril 2022, estime en effet que les professionnels de santé devraient assurer une veille sanitaire sur Internet dont l'objectif est débusquer les mauvaises pratiques, et surtout montrer les bonnes : *« Les réseaux sociaux sont encore boudés et méprisés par les confrères. C'est même notre mission de le faire. Car l'article 12 du code de déontologie précise bien que l'éducation sanitaire est un devoir du médecin. »*

Les résultats des traitements esthétiques illégaux révèlent un risque élevé d'effets secondaires indésirables, notamment des problèmes cutanés tels que la rougeur, l'irritation et l'asymétrie. Ces résultats témoignent le manque de compétence, d'asepsie et de formation en esthétique et l'utilisation des produits non sécurisés par ce genre de centres.

Les différences dans les perceptions des risques associés à ces pratiques illégales pourraient être liées à des facteurs socioculturels, soulignant l'importance de développer des approches de communication adaptées à divers segments de la population.

L'insatisfaction générale exprimée par les participants à l'égard des soins reçus dans des

centres non médicalisés soulève des questions quant à la qualité et à la sécurité de ces pratiques illégales, met en évidence les risques réels pour la santé des patients et souligne l'importance de renforcer les contrôles et les sanctions légales pour dissuader cette pratique illégale.

Les participants ont exprimé une préférence pour les médecins dermatologues, soulignant l'importance de faire appel à des professionnels qualifiés et autorisés.

Conclusion :

Cette étude souligne l'attrait exercé par la médecine esthétique illégale et surtout les ‘‘fakes injectors’’ sur une population majoritairement jeune, instruite et féminine.

Les résultats confirment l'importance d'une sensibilisation accrue aux risques associés à ces interventions illégales à travers des campagnes de sensibilisation notamment par les plateformes de réseaux sociaux.

Pour conclure, les professionnels de santé, les autorités régulatrices, les médias et les célébrités ont un rôle essentiel à jouer dans la lutte contre ce fléau et promouvoir des soins esthétiques sécurisés et de qualité.

L'impact des réseaux sociaux sur la médecine esthétique

I.Ouadi¹ ; S. Dikhaye^{1,2}; N. Zizi^{1,2}

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction

Le monde de la médecine esthétique continue de prendre de l'ampleur de jour en jour, et la demande des procédures esthétiques est en nette augmentation, surtout chez les milléniaux et les nouvelles générations, ceci étant partiellement due à l'usage des réseaux sociaux (RS), bien que l'usage croissant de ces derniers a généré plusieurs bénéfices, plusieurs études ont démontrés une association entre l'usage des RS, des troubles anxio-dépressifs et la dysmorphophobie. Ainsi nous avons visé à évaluer l'impact des réseaux sociaux sur la demande des procédures de médecine esthétique et des praticiens prodiguant les soins.

Matériel et méthodes

Notre travail est une étude descriptive transversale avec un questionnaire anonyme comportant 13 questions conçus avec Google-Forms, partagé à travers les réseaux sociaux, la population cible était les femmes avec des comptes actifs sur les réseaux sociaux.

Résultats

Au total nous avons recueilli 113 réponses, la moyenne d'âge était de 29,6 ans +/- 3,8 ans, la majorité des répondeurs étaient des femmes (99,3%), les hommes constituait la minorité (1,7%), 68,6% étaient professionnellement actives, 95,7% des répondeurs admettent utiliser les RS plusieurs fois par jour, 6,2% utilisent les RS quelques fois par jour, et uniquement 0,8% ont admis ne pas les utiliser quotidiennement, les RS les plus consultés pour obtenir des informations concernant les procédures esthétiques étaient **Instagram®**

(89,1%), **Youtube®** (75,3%), **TikTok®** (68,6%), et **Facebook®** (56,9%). Les contenus le plus recherchés étaient par ordre décroissant : **les produits de Skincare** (67,3%), **les injections** (58%) dont les injections de fillers constituaient (67,8%) dominés principalement par les injections pour augmentation de lèvres (89,2%) suivi par les injections de toxine botulinique (29,4%), enfin **les lasers** (34,7%) dont le laser épilatoire prenait le chef de liste (75,4%). 45,8% des répondeurs admettent effectuer une petite recherche avant de se décider sur le praticien. Les praticiens préférés pour prodiguer ces soins étaient par ordre décroissant les dermatologues (73,9%), les chirurgiens plastiques (57,1%), les médecins esthétiques (46,8%), les ORL (29,7%), et les centres de beauté (25,4%), les facteurs influençant le choix du praticien en terme de procédures esthétiques étaient : les résultats postés sous forme de photos/vidéos avant et après l'acte esthétique (69,8%), le niveau de formation et les diplômes (55,7%), la réputation du praticien (44,6%), d'autres facteurs pris en considération étaient le nombre d'abonnés (16,3%) et le prix des prestations (10,4%).

Discussion

Notre étude démontre que les RS occupent une grande place dans la demande des procédures esthétiques, en effet, ces plateformes sont devenues une partie intégrale de nos vies quotidienne, et un moyen pour les cliniciens pour partager leurs connaissances et éduquer le public, cependant, plusieurs études ont montré que les RS peuvent être utilisés à tort par des personnes ne pratiquant pas dans le milieu médical, en effet, des études ont montré que les traitements recommandés pour l'acné sur les RS ne suivaient pas les recommandations des

sociétés savantes¹, et était conseillés par des personnes non médicales, similairement, les gestes de la médecine esthétique sont exposés au même risques vu la non-régulation de ces gestes, les patients peuvent se retrouver face à des pratiques clandestines, comme c'était le cas pour une patiente ayant bénéficié d'injections de fillers à travers le réseau WeChat, compliqué d'une nécrose du site d'injection.²

Conclusion

Les RS sont désormais un outil puissant, cependant, c'est une lame à double tranchant, offrant à la fois information et tromperie, certaines informations erronés ou mal intentionnées peuvent être nocifs à la santé des patients, incitant les dermatologues à conseiller prudence aux patients, ainsi qu'entreprendre des rôles plus actifs dans l'éducation des patients concernant les gestes esthétiques.

Références

1. South W. Factors influencing consumer decisions in aesthetics. Published online 2019:1-2.
2. Tan A, Gutierrez D, Milam EC, Neimann AL, Zampella J. Patient health-seeking behavior on WeChat: Social media and dermatology. *JAAD Case Reports*. 2020;6(2):136-138. doi:10.1016/j.jdcr.2019.11.015

Hirsutisme : rôle du dermatologue

Meryeme BOUTAAROURT, Ouiame EL JOUARI, Salim GALLOUJ

Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Mohamed VI de Tanger

Introduction :

L'hirsutisme est le développement d'une pilosité terminale excessive chez les femmes, à distribution typiquement masculine. C'est la manifestation clinique de l'action des androgènes sur l'unité pilo-sébacée chez la femme. Il représente un trouble relativement courant qui touche environ 5 à 10 % des femmes en âge de procréer.

La croissance indésirable des cheveux peut être associée à des conséquences psychosociales importantes qui affectent négativement la qualité de vie des patients motivant leur consultation chez le dermatologue.

Le diagnostic est clinique, basé sur un bon interrogatoire, un examen physique dermatologique et général minutieux et orienté par des investigations complémentaires.

La gravité de l'hirsutisme peut être mesurée objectivement à l'aide d'un système de notation quantitative, appelé score de Ferriman-Gallwey ; un score de 8 ou plus est utilisé pour définir la présence d'hirsutisme.

La physiopathologie n'est plus un mystère et les étiologies sont bien définies, dominées par le syndrome des ovaires polykystiques.

Les options thérapeutiques sont multiples, elles peuvent être systémiques, topiques et/ou dermatocosmétiques.

Nous avons réalisé cette étude à travers laquelle nous cernons le sujet de toutes ses dimensions, en mettant l'accent sur la prévalence, la sévérité, les moyens diagnostiques et épilatoires ainsi que la répercussion sur la vie personnelle et sociale.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale menée au sein du service de dermatologie du CHU Mohamed VI de Tanger, sur une période s'étendant du mois de Juin 2023 au mois de Juillet 2023, à l'aide d'un questionnaire distribué à travers des réseaux sociaux, adressé à la population générale, les données ont été collectées puis saisies sur Google Forms, et analysées sur le logiciel SPSS 2021, une valeur $p < 0.05$ a été utilisée pour la comparaison des fréquences de variables qualitatives.

Résultats :

Nous avons reçu au total 209 réponses. La tranche d'âge dominante était celle d'entre 19 et 30 ans (59,8%), la majorité des participantes (54,5%) étaient des célibataires, le niveau d'éducation était universitaire chez 85,6% des sujets répondant au questionnaire, plus de la moitié (53,1%) appartiennent au domaine médical.

Selon les résultats, 69,9% ont déclaré avoir une pilosité excessive, en particulier sur les jambes 72,8% et la lèvre supérieure 54,9%. Selon le score de Ferriman-Galleway, nous avons noté 30% du total présentant un hirsutisme, dont 73% ayant un stade léger, 20% ayant un stade modéré et seulement 7% avait un hirsutisme sévère. La plupart (63,4%) avait des antécédents familiaux de pilosité excessive.

La grande majorité des participantes (74,8%) ont consulté un médecin à propos de ce problème, dont les dermatologues et les gynécologues représentaient les chefs de file (51,1%), et qui leur ont demandé un bilan dans 68,9% des cas. Les patientes ont bénéficié de plusieurs examens complémentaires, le plus souvent une échographie abdomino-pelvienne associée à un bilan hormonal et/ou thyroïdien (63,3%).

Notre étude a objectivé que 56,7% de l'échantillon total rapportait d'autres troubles surajoutés à la pilosité excessive, et qui étaient dominées par les alopécies et les troubles menstruels (42,9%), suivies du SOPK (38,1%), d'acné et d'obésité. 52,8% de nos participantes ont signalé qu'elles ont reçu un traitement dans le cadre de ces conditions pathologiques, tout particulièrement la pilule contraceptive (40,4%) et l'hormonothérapie (33,3%). Après le traitement reçu, 65,1% n'ont rapporté aucun effet sur leur pilosité, tandis que seulement 9,1% ont signalé une nette amélioration contre 25,7% des sujets qui jugeaient avoir une amélioration modérée sur leur pilosité.

Les moyens épilatoires le plus fréquemment utilisés étaient le rasoir (50,8%) en association avec d'autres moyens (en fonction de la zone à épiler), en particulier la cire froide et chaude, alors que 11,8% des participantes font recours au laser épilatoire et beaucoup moins (4,8%) à la lumière pulsée intense.

Indépendamment de la technique épilatoire utilisée, 70,6% des dames ont déclaré des effets secondaires, notamment les poils incarnés (58,2%), l'irritation et la sécheresse cutanée (29,9%).

Dans notre échantillon étudiée, 56,6% ont rapporté qu'elles ne sont pas vraiment satisfaites de leurs apparences (quelque soit le degré de satisfaction). De même, nous avons trouvé que l'hirsutisme impacte négativement l'estime de soi chez 55,6%, la vie sociale chez 33,7% et la vie conjugale chez 41,1%.

Discussion :

Cette étude est la première du genre au Maroc, son principal but est de mettre en évidence le rôle du dermatologue dans la prise en charge de l'hirsutisme, tout en évaluant sa prévalence au sein de la population générale, sa sévérité, ses moyens diagnostiques et thérapeutiques sans oublier la répercussion sur la vie personnelle et sociale.

Dans notre étude, nous avons décelé que la pilosité est un problème qui intéresse une population non négligeable des femmes (presque 70%), un résultat qui n'est pas étonnant et qui concorde avec les données de la littérature. Pour définir l'hirsutisme et déterminer sa sévérité, nous avons procédé au score de Ferriman et Galleway, un score ≥ 8 définit l'hirsutisme, nous avons trouvé à travers notre travail un taux à 30% ce qui n'est pas loin des résultats décelés dans la littérature (15%), un score de 8 à 16 est en faveur d'un hirsutisme léger (73% dans notre étude), un score de 17 à 25 est orientateur vers un hirsutisme modéré (20% dans notre enquête), alors qu'un score de plus de 25 révèle un hirsutisme sévère (uniquement 7% dans notre échantillon).

La plupart de nos participantes signalent la présence des antécédents familiaux (63,4%). Ce qui est attirant est le degré de conscience des participantes sur l'intérêt de consulter un médecin (74,8%) tout particulièrement un dermatologue (51,1%), le recours à des investigations complémentaires était dans plus de la moitié des cas, afin d'éliminer une origine hyperandrogénique dominée par le syndrome des ovaires polykystiques qui est retrouvé dans notre travail chez 38% de l'échantillon et dont le traitement ainsi que des autres conditions pathologiques associées (troubles du cycle, acné...) semble avoir un effet positif plus ou moins satisfaisant sur la pilosité excessive (25,7%). Nous avons pu objectiver qu'un taux non négligeable des femmes choisissent le laser comme méthode d'épilation (presque 12%). Par ailleurs, ce problème semble avoir un impact négatif sur l'estime de soi chez 55,6% de l'échantillon étudié, sur la vie sociale chez 33,7% et sur la vie conjugale chez 41,1% des participantes.

Conclusion :

L'hirsutisme constitue un problème médical mais aussi esthétique qui provoque une réelle souffrance psychique chez la femme.

Une consultation chez le dermatologue s'avère nécessaire pour évaluer la gravité de l'hyperpilosité, explorer, quand il le faut, par des investigations complémentaires qui peuvent révéler d'autres pathologies associées, traiter dans un cadre multidisciplinaire (endocrinologue, gynécologue, psychologue) tout en impliquant la patiente dans le choix thérapeutique.

Satisfaction des médecins généralistes sur leur connaissance et gestion de pathologie en dermatologie : étude transversale

Najlae Rahmani ,Ouiame Eljouari, Ibtissam Alfaker, Israe Ghazouli, Soukayna Kabbou, Firdaous Boukamza, Salim Gallouj
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Tanger-Tetouan-Al Hoceima

INTRODUCTION :

Quel médecin généraliste ne s'est jamais senti en difficulté face à un patient présentant une pathologie dermatologique ?

La dermatologie, fait partie intégrante du quotidien du médecin généraliste, est une discipline médicale avant tout clinique et visuelle, pouvant traduire une pathologie cutanée stricte ou s'intégrer dans une pathologie plus générale, posant régulièrement certaines difficultés diagnostique et thérapeutique aux médecins généralistes. De plus, nombreux d'entre eux déclarent être insatisfaits de la formation reçue dans cette discipline, la jugeant souvent inégale, insuffisante ou inadaptée.

Nous avons mené une étude transversale dont l'objectif principal était d'évaluer l'état des connaissances et des besoins de formation en dermatologie chez les médecins généralistes ainsi que leur satisfaction.

MATERIELS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude transversale menée au sein du service de dermatologie du CHU de Tanger, sur une période s'étendant du mois de novembre 2022 au mois de janvier 2023. A l'aide d'un questionnaire distribué à travers des réseaux sociaux ,adressé aux médecins généralistes , les données ont été collectés puis saisies sur Google Form, et analysées sur le logiciel SPSS 2021 , une valeur $p < 0.05$ a été utilisé pour la comparaison des fréquences de variables qualitatives.

RESULTATS :

Nous avons reçu au total 254 réponses. Plus de la moitié des participants étaient femmes (63.8%), (38.2%) avaient un âge entre 20-30ans, et (66.1%) des répondants exerçaient en milieu urbain. (49.2%) des médecins ont déclaré s'intéresser parfaitement à la dermatologie en pratique courante. Selon les résultats, (40.9%) estimaient entre 10 et 20% la part que représente la dermatologie sur l'ensemble de leurs consultations, dont les pathologies infectieuses représentaient les pathologies les plus prises en charge au sein de leur lieu d'exercice (76.8%). les médecins se sentaient plus en difficultés face aux pathologies tumorales (59.1%). (68.5%) des répondants avaient reçu une formation supplémentaire en dermatologie duquel (35.6%) semblaient satisfaits. (57.9%) souhaitent absolument avoir une formation complémentaire, et, étaient surtout intéressés par des cas cliniques et séances photos (73.7%) et des ateliers pratiques (64.8%). Parmi les gestes désirés être rajouter à la pratique courante, la petite chirurgie (65%), la cosmétologie (52.4%) et les biopsies cutanées (46.5%) étaient les plus sélectionnées. Néanmoins, les difficultés ou incertitudes de diagnostic (66.1%), l'échec thérapeutique (52%) et les gestes techniques (55.9%) étaient les motifs les plus fréquemment affrontés et nécessitaient un recours aux dermatologues.

DISCUSSION :

L'un des principaux points de ce travail est la mise en évidence du souhait des médecins généralistes d'être mieux formés en dermatologie. Selon une étude réalisée en Haute Normandie, 80% des généralistes déclarent être plutôt à l'aise en dermatologie avec une confiance élevée dans leur capacité à prendre en charge les dermatoses.

Il en ressort de notre étude un sentiment de formation initiale moyennement suffisant pour la pratique courante (35.6 %), et par conséquent un besoin de formation complémentaire mais principalement conditionné par le mode de formation. On retrouve ce sentiment de formation initiale insuffisante dans d'autres régions comme en Bretagne et en Haute-Normandie.

En France, Cette confiance diagnostique était plus élevée pour les pathologies infectieuses, lésions traumatiques, psoriasis et acné. Mais ce degré de certitude augmentait avec l'âge du médecin généraliste, la durée d'installation et le nombre de pathologies dermatologiques vues. Dans notre série, le besoin de formation est portée surtout sur les pathologies inflammatoires et tumorales, respectivement (52.5%-58.8%).

Le généraliste peut souhaiter un avis du dermatologue dans certaines situations. Dans une étude réalisée à Strasbourg en 2006, les médecins généralistes avaient recours au spécialiste dermatologue principalement pour avis diagnostique (72% des médecins), après échec d'un premier traitement dermatologique (24,2%), pour la réalisation de biopsie/exérèses (22,4%), pour la suspicion de lésions cutanées malignes (19,9%) et pour la réalisation d'un traitement spécifique spécialisé.

CONCLUSION :

D'après les résultats de notre étude, le besoin de formation en dermatologie s'avère nécessaire auprès des médecins généralistes. Ce qui incite à proposer des formations complémentaires pour améliorer la prise en charge des patients souffrants de dermatoses et aider au dépistage des néoplasies cutanées.

Perception et attitudes des étudiants en médecine à l'égard de la dermatologie.

S. Ait Oussous¹, H. El Halla¹, Fz. El Alaoui El Abidi¹, H. Kherbach¹, B. El Idrissi¹, N. Kayouh¹, R. Chakiri¹

¹ Département de dermatologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc.

Introduction :

La dermatologie est victime de nombreux préjugés de la part du grand public, mais aussi de la communauté médicale. Ces idées préconçues pourraient influencer les étudiants en médecine, entraînant ainsi une pénurie de dermatologues dans l'avenir. L'objectif de notre étude était d'analyser la perception de la dermatologie parmi les étudiants, d'identifier les facteurs qui les influencent afin d'y remédier.

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une étude transversale de mai 2022 à mai 2023. Les étudiants en médecine ont été invités à remplir un questionnaire anonyme. La participation était volontaire. Les données collectées ont été analysées à l'aide du logiciel Jamovi.

Résultats :

283 étudiants en médecine ont participé à l'étude. L'âge moyen était de 23,1 ans avec un sexe ratio de 2,2 femmes pour 1 homme. Parmi eux, 62,2% avaient effectué des stages en dermatologie. La durée des stages variait d'une semaine à 6 mois. Seuls 43,1% ont déclaré être intéressés par la dermatologie. 63,3% des participants estimaient avoir des lacunes considérables en cette discipline. De plus, la dermatologie est perçue comme une spécialité difficile par la majorité des répondants (92,6%). La fréquence et la diversité des affections dermatologiques, ainsi que leur retentissement psychologique ont été attestées par 94% et 88,7% respectivement. Une part non négligeable des étudiants (36%) ont exprimé une aversion envers ces affections qu'ils ont qualifié de répugnantes et nauséabondes, tandis qu'un petit nombre les considéraient comme incurables (7,8%) et contagieuses (4,3%). En ce qui concerne l'arsenal thérapeutique en dermatologie, il a été résumé aux traitements topiques par 65,7% d'entre eux. Selon les étudiants interrogés, les dermatologues ont plus de temps libre et un revenu plus élevé comparés à d'autres spécialistes (74,9% et 66,8% respectivement). Seuls 14,1% envisageait la dermatologie en tant que future spécialité. Quant aux facteurs influençant ce choix, l'intérêt pour une autre spécialité arrivait en tête du classement (76,4%), suivi de la qualité du stage (39%). Le chef de service jouerait également un rôle important en raison de sa réputation et de la qualité d'encadrement (33,5%). La qualité de l'enseignement théorique (28%) et la difficulté des lésions élémentaires et du diagnostic (26,4%) seraient aussi des facteurs non négligeables. La représentation des spécialités dans les médias n'a influencé que 12,6% des étudiants. Malgré la forte représentativité féminine en dermatologie, seuls 11% la considéraient comme une spécialité purement féminine.

Discussion :

Notre enquête met en évidence une perception négative de la dermatologie. Les étudiants la considèrent comme une spécialité axée sur l'aspect esthétique et l'associent à un manque de compétence et une faible responsabilité. Le large spectre de la dermatologie devrait être activement communiqué aux étudiants et ce dès le début de leur cursus universitaire. De nombreux facteurs influençant ont été soulevés et devrait être pris en considération afin de promouvoir la dermatologie comme option de carrière attrayante. L'amélioration des terrains de stage ainsi que la qualité de l'enseignement théorique est une étape fondamentale.

Conclusion :

Nos étudiants montrent peu d'intérêt pour la dermatologie. Des études à plus large échelle, seraient nécessaires pour identifier les facteurs responsables des préjugés entourant la dermatologie et d'y remédier.

Evaluation de la douleur en dermatologie interventionnelle : étude prospective de 375 cas

H . Moata, F .Hali, S .Chiheb

Service de dermatologie vénéréologie . CHU ibn rochd. Casablanca

Mots clés : Douleur, dermatologie interventionnelle, analgésie

Introduction :

La dermatologie interventionnelle est une discipline de plus en plus émergente. Il s'agit du domaine le plus générateur de douleur en dermatologie. L'objectif de notre étude est de mettre en évidence les circonstances douloureuses et les principaux moyens antalgiques utilisés en dermatologie interventionnelle.

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une enquête observationnelle prospective sur la douleur par l'évaluation de l'échelle visuelle analogique (EVA) chez des patients qui avaient un geste de dermatologie interventionnelle du 1 février au 30 avril 2023.

Résultats :

Trois cent soixante quinze questionnaires ont été recensés. L'âge moyen des patients était 37,6 ans , avec des extrêmes d'âge variant entre 9 et 84 ans. Le score EVA moyen était 3,96. Les scores EVA étaient plus élevés pour les tranches d'âge (<18 ans) et (>65 ans) et plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Les gestes les moins douloureux (EVA entre 2 et 3) étaient les biopsies cutanées et les exérèses chirurgicales. Les gestes occasionnant une douleur intense (EVA entre 6 et 7) étaient les traitements par lasers CO2 ,le laser épilatoire, la chirurgie de l'ongle, les infiltrations intralésionnelles de stéroïdes et les attouchements à l'acide trichloracétique. Les scores moyens étaient plus élevés pour les gestes réalisés au niveau des extrémités (paumes, plantes,doigts et orteils) et de la région périnéale. Les zones les moins douloureuses étaient le tronc et la région cervico-faciale. Les moyens analgésiques utilisés sont l'anesthésie locale(75,6%)et l'anesthésie de contact (17,7 %). Cependant, uniquement 6,7 % des patients n'avaient pas bénéficié de prévention antalgique avant le geste.

Discussion :

La douleur est définie selon l'**association internationale pour l'étude de la douleur** comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire ou potentiel, ou décrit en termes d'un tel dommage. Sa perception dépend de plusieurs facteurs intrinsèques et extrinsèques. Notre étude démontre que la douleur ressentie lors des gestes de dermatologie interventionnelle dépend du site anatomique et de la nature du geste.

Conclusion :

La douleur est un paramètre primordial à considérer en dermatologie interventionnelle, en tenant compte du site et de la nature du geste, pour assurer le confort du patient et l'adhérence au système de soins.

Lasers médicaux entre mythes et réalités

El Ghazouli Israe, El Jouari Ouiame, Salim Gallouj
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Tanger-Tetouan-Al Hoceima

Introduction:

Les lasers sont maintenant largement utilisés dans de nombreuses spécialités médicales avec plusieurs façons, mais le traitement est en constante évolution et progression. Ce type d'intervention est avantageux pour les patients dans le sens où il est non invasive et offre d'excellents résultats à long terme.

Le laser est un moyen thérapeutique de plus en plus utilisé en dermatologie pour traiter diverses affections de la peau.

L'épilation au laser est l'une des procédures les plus populaires effectuées, car elle peut aider à éliminer les poils indésirables du visage et du corps de manière sûre et efficace.

Nous avons mené cette étude dans le but d'évaluer les connaissances de la population générale sur les lasers médicaux et corriger ainsi les mythes reçues afin de faciliter la prescription en pratique quotidienne.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale menée au sein du service de dermatologie du CHU de Tanger, sur une période s'étendant du mois de Mars 2023 au mois de Mai 2023. A l'aide d'un questionnaire distribué à travers des réseaux sociaux ,adressé à la population générale âgée de plus de 18 ans, les données ont été collectés puis saisies sur Google Form, et analysées sur le logiciel SPSS 2021 , une valeur $p < 0.05$ a été utilisé pour la comparaison des fréquences de variables qualitatives.

Résultats

Nous avons reçu au total 127 réponses. La majorité des participants étaient des femmes (81,7%) contre (18,3%) d'hommes, la tranche d'âge moyenne dominante était celle d'entre 26 et 35 ans (59,1%), le niveau d'éducation était universitaire chez (85,8%) des participants et (53,2%) exerçaient en fonction publique contre (30,6%) au secteur libéral et (16,1%) sa

L'impact du jeûne intermittent type ramadanesque sur les dermatoses inflammatoires : Une enquête auprès de 128 patients

M.Benkaraache¹ ; K.Sof¹ ; S.Bensalem¹ ; N.Zizi^{1,2} ,S.Dikhaye^{1,2} .

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction :

Le jeûne du Ramadan est un modèle très populaire de jeûne circadien intermittent pratiqué chaque année par la population musulmane.

Il a été démontré récemment que ce type de jeûne a des effets immunomodulateurs bénéfiques sur les maladies de la peau ainsi que sur les troubles rhumatismaux (1).

Objectifs :

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'effet du jeûne du ramadan sur les dermatoses inflammatoires (Acné, psoriasis et maladie de Verneuil).

Matériels et méthodes :

Pour la réalisation de ce travail, nous avons établi un questionnaire qui a été traduit en arabe dialectale et nous l'avons rempli via une conversation téléphonique.

Nous avons pu contacté 128 patients au total atteints d'acné, de psoriasis et de maladie de Verneuil.

Résultats :

Nous avons colligé 128 patients répartis comme suit : soixante-dix atteints d'acné, cinquante patients suivis pour un psoriasis et huit malades avec maladie de Verneuil.

L'âge moyen de nos patients était de 39 ans, avec une prédominance féminine.

Pour les patients atteints d'acné, 42 % ont rapporté une amélioration des lésions, à type d'assèchement des lésions pustuleuses et arrêt d'apparition de nouvelles papules inflammatoires, avec un teint plus homogène et une peau rajeunie, en outre, ces patients ont rapporté également une perte de poids avec une moyenne de 2,5 kg sur un mois, les 75 % qui n'ont pas remarqué d'amélioration par contre avaient noté une surconsommation en sucreries et matière grasse.

Dix-huit pour cent des patients suivis pour maladie de Verneuil ont constaté une amélioration plus ou moins satisfaisante pendant le mois du ramadan, faite surtout d'une diminution des suintement, à noter que plus de 50 % de ces derniers étaient également sous traitements à base d'antibiothérapie.

Concernant les malades souffrant de psoriasis, et qui n'étaient pas en rémission complète, 20 % ont observé une amélioration des lésions squameuses et de l'érythème, contre 80 % qui n'ont pas constaté de différence par rapport au jeûne, ces patients étaient tous sous en moins un traitement topique (émollient ou dermocorticoïde).

Le jeûne intermittent du ramadan est un rite où les musulmans s'abstiennent de nourriture et de boissons entre l'aurore et le crépuscule instaurant des modifications de la fréquence des repas et des habitudes alimentaires affectant différents aspects de la santé.

De nombreuses études ont été menées sur les changements métaboliques pendant et après le Ramadan, concernant les marqueurs biochimiques sanguins, urinaires, ainsi que la réduction du poids corporel et d'autres paramètres physiologiques (2).

Dans la littérature, plusieurs études montrent que le régime alimentaire peut influencer directement ou indirectement l'évolution de l'acné, pendant le jeûne intermittent, la production de sébum médiée par les androgènes est diminuée et par conséquent la colonisation des comédons et l'inflammation seraient moins importantes, pourtant il existe peu de données objectives pour étayer cette notion tranchant sur la physiopathologie exacte de l'acné (3)

Dans l'hydrosadénite suppurée, les études ont montré que le jeûne ramadanais est sûr et efficace, et pourraient améliorer les symptômes et ceci est lié à la contribution potentielle de la manipulation diététique dans la modulation de l'inflammation systémique au cours de cette pathologie (4).

Pour le psoriasis, une étude italienne montre que le rythme circadien du mois de ramadan pourrait influencer le mécanisme d'action des traitements reçus lors du psoriasis, en modulant plusieurs fonctions biologiques, dont la synthèse des protéines, le métabolisme et la croissance cellulaire, les auteurs ont constaté une amélioration significative du score PASI associée à une perte de poids (5).

Conclusion :

Le jeûne du ramadan est au-delà de l'aspect religieux, il est utilisé pour ses vertus diététiques et thérapeutiques, il permet de régénérer l'organisme, réguler le métabolisme et purifier la peau, plusieurs études ont prouvé ses bienfaits principalement sur les maladies inflammatoires à condition de l'aborder avec prudence.

Références :

1. Adawi, M.; Watad, A.; Brown, S.; Aazza, K.; Aazza, H.; Zouhir, M.; Sharif, K.; Ghanayem, K.; Farah, R.; Mahagna, H.; et al. Ramadan fasting exerts immunomodulatory effects: Insights from a systematic review. *Front. Immunol.* 2017, 8, 1144.
2. SABRINA, TAILEB et KHELIFA, SAIDAÏSSA. Impact de l'exercice aérobie combiné au jeûne du Ramadan sur quelques indices physiques et biologiques liés à la santé chez les femmes.
3. Cordain, Loren. "Implications for the role of diet in acne." *Seminars in cutaneous medicine and surgery*. Vol. 24. No. 2. WB Saunders, 2005.
4. Damiani, Giovanni, et al. "The safety and impact of a model of intermittent, time-restricted circadian fasting ("ramadan fasting") on hidradenitis suppurativa: Insights from a multicenter, observational, cross-over, pilot, exploratory study." *Nutrients* 11.8 (2019): 1781.
5. DAMIANI, Giovanni, WATAD, Abdulla, BRIDGEWOOD, Charlie, et al. The impact of ramadan fasting on the reduction of PASI score, in moderate-to-severe psoriatic patients: A real-life multicenter study. *Nutrients*, 2019, vol. 11, no 2, p. 277.

Observance thérapeutique en matière de photoprotection chez les patients atteints de Xeroderma pigmentosum

M.Benkaraache 1.S .Aouali N. Zizi 1,2. S.Dikhaye 1,2 .

7- Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

8- Laboratoire d'épidémiologie, de recherche scientifique et de santé publique.

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Maroc.

Introduction :

Le Xeroderma Pigmentosum est une génodermatose secondaire à un défaut dans les gènes du système de réparation de l'ADN.

La protection solaire stricte reste actuellement le seul moyen de prévention des cancers cutanés chez ces patients, pouvant améliorer le pronostic de la maladie.

Objectifs :

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'observance thérapeutique en matière de protection solaire chez les patients atteints de XP.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur dix patients sur une durée de 3 mois allant de Juin 2020 au Janvier 2022. Pour la réalisation de ce travail nous avons établi un questionnaire pour évaluer les convictions ainsi que le comportement de ces patients vis-à-vis du soleil.

Résultats :

Dix patients ont répondu au questionnaire. Le sexe ratio H/F est de 1. L'âge moyen de nos patients était de 16,5 ans, le nombre moyen d'hospitalisations pour chaque patient était de 2 hospitalisations. Le carcinome épidermoïde était observé chez 40 % des cas , le carcinome baso cellulaire était retrouvé chez les dix patients et le Mélanome de Dubreuil et la maladie de Bowen étaient présents 30 % des patients .La moitié des patients considérait la photoprotection un acte préventif, primordiale par 40 % des et accessoire pour 20 % des patients. Aucun patient n'était conscient des effets néfastes des UV artificiels. Les mesures utilisées pour lutter contre les UV chez nos patients étaient réparties comme suit : les écrans solaires chez 60% des cas, les casquettes et les lunettes anti UV chez 40% et les vêtements à manches longues chez 30%, et une seule patiente de 12 ans utilise une tenue adaptée faite de visière et d'un haut anti UV et des gants.

Chez 60 % des patients c'est l'entourage qui tenait le plus à la photo protection (mère, père, frère et sœur).Tous nos patients rapportaient qu'ils retrouvaient la motivation pour les mesures de protection solaire après une consultation chez leurs dermatologues.

La prévalence est de 1/100000 cas aux pays du Maghreb et au Moyen-Orient. Il n'existe actuellement aucun traitement permettant de guérir définitivement cette maladie. Le seul moyen de prévenir les complications est d'éviter au maximum et en permanence l'exposition à la lumière du jour. Il faut également savoir que certaines lumières artificielles, émettent un rayonnement UV nocif dont la majorité des patients ignorent, et c'est le cas de nos patients, rejoignant ainsi les résultats de la littérature.

Notre étude affirme la méconnaissance de l'intérêt de la protection solaire n'est pas négligeable, la plupart des patients ignorent le vrai impact des UV sur leur pathologie. Heureusement, dans notre série, que tous nos patients se motivent pour la photoprotection après une consultation chez leurs dermatologues.

Conclusion : Seule la protection stricte contre les UV permet de limiter la survenue de cancers cutanés chez les patients atteints de XP.Des dispositifs ont été mis en place pour lutter contre les conséquences dramatiques et pour d'améliorer la qualité de vie de ces patients en Occident, cependant la disponibilité et le cout restent de réels contraintes dans notre contexte maghrébin.

Évaluation des habitudes de la protection solaire chez les receveurs de greffe rénale

H. Saddouk¹ ; L. El yamani¹ ; I.Machmachi³ ; I.Hadiya³ ; Y.Bentata³ ; S. Dikhaye¹⁻² ; N. Zizi¹⁻²

(1) Service de dermatologie, vénéréologie et allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique. Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

(3) Service de néphrologie, CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

L'exposition aux rayons ultraviolets (UV) peut endommager l'ADN des cellules cutanées et augmente le risque de carcinogenèse. Les receveurs de greffe rénale constituent une population particulièrement vulnérable, car l'immunosuppression affaiblit la capacité de l'organisme à réparer les dommages causés par les rayons UV. Le but de cette étude est d'évaluer à quel point les habitudes de photoprotection sont mises en pratique par cette population spécifique.

Matériels et Méthodes :

Au total, 15 receveurs de greffe rénale, suivis dans notre établissement entre juin 2014 et mai 2023 ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire composé de 13 questions portant sur la connaissance des dangers de l'exposition au soleil et les méthodes photoprotectrices utilisées ainsi que l'évaluation de la fréquence d'utilisation de chaque méthode à l'aide d'une échelle de Likert en 4 points (1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent et 4 = toujours).

Résultats :

L'âge moyen des patients interrogés était de 36,8 ans \pm 13,2 ans (entre 22 et 66 ans). Nous avons noté une prédominance féminine avec un sex-ratio F/H de 1,5. Trois (20%) patients avaient eu une transplantation rénale dans les 2 ans précédant l'étude, 10 (66,7%) patients entre 2 et 5 ans et 2 (13,3%) patients avaient eu une transplantation il y a plus de 5 ans. Une notion d'exposition solaire prolongée était retrouvée chez 33,3% (n= 5) des greffés rénaux. Bien que 93,3% (n=14) des interrogés aient été informés que les transplantés rénaux sont considérés comme un groupe à haut risque de développer un cancer de la peau, seulement 33,3% savaient que le développement d'un cancer de la peau est lié à l'exposition au soleil. La photoprotection était considérée comme primordiale par seulement 46,7% (n= 7) des receveurs de greffe rénale. Le port des vêtements à manches longues et la recherche de l'ombre sont les méthodes les plus respectées ; 86,7% (n=13) et 73,3 % (n=11) des

transplantés rénaux ayant répondu qu'ils les utilisaient " souvent " ou " toujours ", respectivement. L'utilisation régulière de l'écran solaire, les chapeaux et les lunettes solaires étaient moins utilisés ; 13,3% (n=2), 33,3% (n=5) et 20 % (n=3) seulement ayant répondu qu'ils les utilisaient " souvent " ou " toujours ", respectivement.

Discussion :

Les résultats de notre étude révèlent une connaissance limitée chez les transplantés rénaux concernant la relation entre le développement des cancers cutanés et l'exposition au soleil. De plus, nos résultats montrent un niveau variable d'adhésion aux mesures pratiques de protection solaire qui restent insuffisantes, rejoignant ainsi les résultats de la littérature. Ce manque de sensibilisation souligne la nécessité d'interventions éducatives visant à renforcer les connaissances des receveurs de greffe rénale sur les risques liés au soleil et l'importance de la photoprotection. Ces interventions devraient être adaptées aux besoins spécifiques de cette population et intégrées dans les protocoles de suivi post-greffe rénale notamment au sein des consultations dermatologiques régulières. Une étude menée par Zaw Thet et al a constaté qu'un programme intégré d'éducation a amélioré les connaissances sur le cancer de la peau, ainsi que la fréquence des auto-examens cutanés. Cependant, l'amélioration de la conformité des patients ne s'est pas étendue aux autres pratiques de protection solaire.

Conclusion :

Des efforts supplémentaires doivent être fournis pour améliorer la conformité des patients greffés rénaux aux mesures de protection solaire complètes.

Référence :

1. GRANATA, Simona, TESSARI, Gianpaolo, STALLONE, Giovanni, *et al.* Skin cancer in solid organ transplant recipients: still an open problem. *Frontiers in Medicine*, 2023, vol. 10.
2. SZEPIETOWSKI, Jacek C., REICH, Adam, NOWICKA, Danuta, *et al.* Sun protection in renal transplant recipients: urgent need for education. *Dermatology*, 2005, vol. 211, no 2, p. 93-97.
3. FARGEAS, C., SCALBERT, C., ADAMSKI, H., *et al.* Photoprotection et transplantation rénale... 10 ans après. In : *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. Elsevier Masson, 2016. p. S205-S206.
4. THET, Zaw, LAM, Alfred King-yin, NG, Shu-Kay, *et al.* An integrated skin cancer education program in renal transplant recipients and patients with glomerular disease. *BMC nephrology*, 2022, vol. 23, no 1, p. 1-14.

Pharmaciens et délivrance des dermocorticoïdes : connaissances, attitudes et inquiétudes

M.Benkaraache 1. S .Aouali 1. S.Bensalem 1 . N. Zizi 1,2. S.Dikhaye 1,2 .

9- Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

10- Laboratoire d'épidémiologie, de recherche scientifique et de santé publique.

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Maroc.

Introduction :

Les dermocorticoïdes sont des topiques à base de glucocorticoïde possédant des propriétés anti-inflammatoires et immunosuppressives puissantes, ils sont classés en 4 groupes en fonction de leur puissance d'action.

Leurs effets secondaires sont multiples et fréquents, et peuvent être d'ordre local ou systémique et qui sont méconnus par quelques praticiens.

Objectifs :

L'objectif de notre travail est d'évaluer les connaissances ainsi que les attitudes de délivrance des DC par les pharmaciens dans les dermatoses les plus courantes.

Matériels et méthodes :

C'est une étude observationnelle réalisée à partir d'un questionnaire envoyé aux pharmaciens de la ville de Oujda en leur demandant de le redistribuer aux différents praticiens à l'échelle nationale.

Le questionnaire a été élaboré entre Février et Mai 2022, il comportait une première partie analysant les données anamnestiques du pharmacien, suivie d'une dizaine de questions qui élaboraient les différents items relatifs aux DC.

Résultats :

Nous avons interrogé quatre-vingt-dix-huit pharmaciens, la durée moyenne d'exercice était de 8 ans, la dermatose la plus rencontrée quotidiennement était par ordre de fréquence, l'eczéma, l'acné et la dermatite atopique, 73,5 % des pharmaciens ne conseillent pas aux patients d'aller voir leur dermatologue systématiquement et tentent d'emblée un dermocorticoïde et le prescrivent d'une durée moyenne de 11 jours, 63,7 % des pharmaciens pensent que le choix d'une classe de DC dépend seulement de l'âge du patient, 54,88 % ont répondu que les DC sont contre formellement indiqués en péri orbitaire et 45,12% pensent que seuls les DC de classe forte et très forte sont contre indiqués.

34,3 % reconnaissent ne pas diminuer progressivement l'application si la durée est prolongée, et 76,44% prescrivent les DC sans prendre en considération la forme galénique adaptée aux types de lésions, 77,42% des pharmaciens n'éprouvent aucune inquiétude d'avoir délivré des DC sans ordonnance médicale.

Concernant les effets indésirables, 40 % des pharmaciens interrogés ignorent les risques les plus fréquents.

Cinquante pour cent des pharmaciens trouvent que la délivrance des dermocorticoïdes ne nécessitent aucune formation au préalable, et 55,86% voudraient en bénéficier.

Notre étude montre un niveau de connaissance insuffisant des pharmaciens en matière des différentes classes de dermocorticoïdes, des règles de prescription avec notamment une large sous-estimation du risque de l'arrêt brutal et des effets indésirables qui peuvent en résulter, et il faut alors Une vigilance supplémentaire doit surtout lors des applications répétées chez les nourrissons (1)

Cette constatation n'est pas limitée seulement aux pharmaciens, mais concerne également les médecins généralistes, et nos résultats rejoignent ceux de nombreuses études réalisées sur les praticiens du milieu hospitalier.

De nombreux pharmaciens éprouvent des difficultés lors de la prescription des dermocorticoïdes et de la transmission d'informations relatives à ces produits, ils jouent un rôle clé dans ce contexte, puisqu'ils peuvent réduire ou renforcer les inquiétudes et l'adhérence thérapeutique des patients vis à vis du traitement et par conséquent éviter au maximum les effets secondaires résultant de la prise anarchique des DC (2)

La plupart des pharmaciens prennent en compte des précautions concernant seulement l'âge des patients indépendamment du type des lésions et de la localisation.

La majorité d'entre eux reconnaissent toujours prescrire le même DC par question d'habitude, suite aux conseils d'un confrère plus expérimenté ou à l'aide d'un référentiel médicamenteux virtuel.

L'existence de lésions variables, entraînent des doutes diagnostiques et constituent un obstacle à la prise en charge des pathologies dermatologiques qui peuvent paraître simple à gérer, cependant, la plupart des pharmaciens, et malgré le manque de connaissances en matière de prescription des DC, ils n'éprouvent souvent aucune inquiétude, sauf en cas de nourrissons, ou qu'après un échec thérapeutique.

Conclusion :

Notre étude montre qu'il existe un défaut de connaissance de la part des pharmaciens avec principalement une sous-estimation des effets indésirables.

Il s'avère alors nécessaire d'interdire la possibilité de se procurer des DC sans ordonnance médicale, et de limiter ainsi leur prescription aux médecins seuls, ou d'exiger une formation spécialisée accréditée.

Références :

1 : Darrigade A-S. Traitements topiques et photothérapie dans la dermatite atopique. Ann Dermatol Vénérologie. 1 déc 2019;146(12, Supplement 3):12S85-95.

2: Lambrechts L, Gilissen L, Morren M. Topical Corticosteroid Phobia Among Healthcare Professionals Using the TOPICOP Score. Acta Derm Venereol. 2019;99(11):1004-8.

Les dermocorticoïdes : Bon usage ou mésusage ? Enquête auprès de 200 médecins généralistes S. Zakaryaa, F. Hali, S. Chiheb Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca. Introduction : Les dermocorticoïdes ont un apport considérable dans la prise en charge de diverses dermatoses inflammatoires, tumorales ou allergiques. Néanmoins, leur mésusage ou mauvaise observance risquent d'entraîner des effets indésirables graves, voire irréversibles. L'objectif de cette étude était la réalisation d'une enquête scientifique concernant les connaissances et l'usage des dermocorticoïdes par les médecins généralistes. Matériels et méthodes : Etude transversale à l'échelle nationale sur une période de 4 mois du 01/09/2022 au 30/12/2022. Le recueil des données a été réalisé grâce à un questionnaire Google Forms partagé sur différents groupes professionnels sur les réseaux sociaux. La population cible était les médecins généralistes. Résultats : Deux-cent (200) médecins généralistes ont répondu au questionnaire dont cent trente-trois (66.5%) exercent au secteur public et soixante-sept (33.5%) au secteur libéral ; 34.5% avaient une durée d'exercice de plus de 20 ans, 17.5% entre 10 et 20 ans, 15% entre 5 et 10 ans et 33% moins de 5 ans. 11% avaient évalué leur fréquence de prescription des dermocorticoïdes comme élevée, 56%

de moyenne et 33% de minime; les indications étaient dominées par les eczémas, la dermatite atopique et le psoriasis. Leur prescription était démarrée à partir de l'âge de 1 an chez 32.5% des médecins généralistes alors que le reste les prescrivait à tout âge. Soixante (30%) connaissaient les propriétés pharmacologiques des dermocorticoïdes notamment leurs effets anti-inflammatoire, anti-allergique et anti-tumoral. La forme galénique la plus prescrite était la crème dans 95% des cas suivie par les gels, les lotions et enfin les préparations. Cent quatorze (57%) avaient choisi la forme galénique crème/lotion comme adaptée aux lésions humides et suintantes, soixante-dix (35%) avaient choisi la forme gel comme adaptée aux régions pileuses, cent quarante-deux (71%) avaient choisi la forme pommade adaptée aux lésions sèches ou croûteuses ; le reste avaient choisi des formes galéniques inadaptées. Cent trente-trois (66%) avaient répondu correctement aux indications des dermocorticoïdes et Cent-six (53%) les prescrivait en cures courtes ne dépassant pas 10 jours. Très peu de médecins (1%) avaient pu relever l'ensemble des effets secondaires ; le reste ne connaissait que quelques uns d'entre eux. Cent cinquante (75%) des médecins généralistes avaient déjà rencontré des patients présentant des effets indésirables aux dermocorticoïdes dominés par l'atrophie cutanée, le retard de cicatrisation, la dépigmentation, la surinfection fongique ou bactérienne ; leur conduite consistait en la dégression dans 75% des cas ou le passage à une classe plus faible alors que 11.5% avaient proposé à tort un arrêt brutal. Discussion : Les dermocorticoïdes ont transformé la thérapeutique dermatologique depuis les années 1950. Il existe une vingtaine de molécules différentes classées selon leur activité anti-inflammatoire. Dans le but de minimiser le risque d'effets indésirables locaux ou systémiques, leur utilisation doit tenir compte de la dermatose traitée et sa localisation et ainsi le choix du dermocorticoïde adapté, son mode et rythme d'application. L'information du patient et de son entourage permettent d'obtenir des résultats optimaux. Il s'agit de la 1ère enquête nationale, à notre connaissance, ayant évalué les connaissances et l'utilisation des dermocorticoïdes par les médecins généralistes en pratique médicale courante

Intrusion dans l'intimité ou acte médical justifié? : Point de vue des patients de la photographie médicale en dermatologie.

K.Kaddar¹; S. Bensalem¹ ; Y. Joudeh¹, N. Zizi^{1,2} ; S. Dikhaye^{1,2}

1 Service de Dermatologie Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda Maroc.

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda Maroc.

Introduction :

La photographie médicale constitue une étape routinière voire obligatoire en dermatologie, elle permet d'optimiser le suivi des patients, favorise l'échange d'informations entre confrères, permet de mieux enseigner et contribue au progrès de la recherche médicale.

Cependant, cette photographie capture une intimité que le patient a, des fois, honte de dévoiler. **La prise en compte du ressenti des patients à cet acte si couramment utilisé est importante.**

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une enquête transversale étendue sur 3 mois (Octobre au Décembre 2022) et réalisée au service de dermatologie du CHU d'Oujda.

Un questionnaire a été remis à 130 patients hospitalisés ou vus en consultation dermatologique, portant sur leur acceptabilité de la photographie dermatologique, leur volonté d'autoriser l'utilisation de leurs photos dans divers contextes, les préférences en matière de photographe et d'équipement photographique, et les méthodes de consentement. L'objectif était d'évaluer la perception des patients de la photographie médicale.

Résultats :

130 patients ont répondu au questionnaire, 84 patients vus en consultation dermatologique et 46 patients hospitalisés. Une prédominance féminine a été notée (Sexe ratio F/H : 1,41), la tranche d'âge prédominante était comprise entre 18 et 39 ans et la majorité des patients était de niveau socio-économique moyen (60%).

La quasi-totalité des patients considéraient la photographie comme un acte médical et pensaient même qu'elle peut améliorer leur prise en charge et leur suivi dans 67% des cas.

Nos patients préféraient que les photos soient prises par un dermatologue/résident en dermatologie que par un interne ou un étudiant en médecine et 71% d'entre eux estimaient être plus à l'aise avec des personnes du même sexe.

Concernant le matériel utilisé, ils préféraient l'utilisation d'un appareil photo professionnel dans 67% des cas. Le smartphone personnel était acceptable pour 33% des patients. Ils préféraient que les photos soient prises après un consentement oral (62%) Vs écrit (38%).

Les patients accepteraient que leurs photographies soient utilisées à des fins médicales (diagnostic/demande de l'avis d'un confrère) dans 79% des cas, de suivi dans 100% des cas, d'enseignement et de recherche dans 22% chacune.

Quarante-et-un pourcent des patients ont déclaré ne pas avoir osé refuser la prise de photos notamment par peur d'être mal soigné ou de contrarier le médecin traitant. Ils ont exprimé une

gêne plus intense lorsqu'il s'agissait des zones intimes en premier lieu, du visage puis le tronc et les membres.

Par ordre décroissant, les raisons de réticence des patients vis-à-vis de la photographie étaient essentiellement : La pudeur, la crainte de diffusion des photos, le manque d'informations, leurs convictions religieuses, la crainte d'utilisation des photos pour d'autres raisons et la facilité d'échange de photos.

Discussion :

La photographie fait partie intégrante du dossier médical surtout dans une spécialité comme la dermatologie où l'aspect visuel du diagnostic est primordial.

La majorité des études menées ont constatées une attitude positive des patients à cet égard. Les patients sont de plus en plus habitués et déclarent percevoir positivement la photographie dermatologique surtout quand il s'agit du suivi médical. (1)

Cependant, comme pour les autres examens complémentaires, le patient doit être informé des raisons pour lesquelles les photos sont prises et doit consentir. Les préférences des patients varient selon les études entre le consentement oral et écrit.

En effet, cet acte constitue une intrusion dans l'intimité du patient. La crainte de ne pas être soigné correctement ou de contrarier le médecin peut conduire le patient à taire cette gêne.

De même, cette expérience peut être mal vécue par le patient par crainte de diffusion de ses photos, crainte compréhensible dans un monde où des milliers d'images circulent sur internet, et surtout quand l'information manque, d'où l'intérêt de bien expliquer la démarche au patient, de le laisser exprimer ses réticences et de l'informer de ses droits.

Conclusion :

La photographie dermatologique est devenue un complément efficace et peu coûteux en dermatologie. Cependant, cet acte médical positivement perçu par nos patients, reste parfois une source de gêne non exprimée et une violation de l'intimité du patient. Ainsi, Le rôle du dermatologue est de mettre en confiance le patient, lui expliquer la démarche et le laisser exprimer ses réticences.

Références :

- 1- Kim W, Sivesind T, Patient Perceptions of Dermatologic Photography: Scoping Review
JMIR Dermatol 2022;5(1):e33361, doi: [10.2196/33361](https://doi.org/10.2196/33361)

La rosacée et l'adhérence aux traitements

Y.Almheirat(1); K.Kaddar (1); N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)

(1) Service de Dermatologie vénérologie et allergologie- CHU Mohammed VI d'Oujda

(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique,
faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda Maroc.

Introduction :

La rosacée est une maladie chronique fréquente caractérisée par diverses manifestations cutanées ou oculaires. Elle est plus fréquente chez les femmes et les personnes âgées de ≥ 30 ans. C'est un motif fréquent de consultation en cabinet dermatologique. La demande de consultation est justifiée par le préjudice esthétique et l'inconfort psychologique.¹ L'échec du traitement dépend de plusieurs facteurs notamment la mauvaise observance thérapeutique.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive monocentrique, colligeant tous les patients suivis pour une rosacée durant la période Janvier 2015- mai 2023. Le but de notre travail est d'évaluer l'adhérence au traitement chez les patients atteints de la rosacée.

Résultats :

Nous avons colligé 144 patients atteints de la rosacée. L'âge moyen des patients était de 45,7 \pm 13,6 ans, avec une nette prédominance féminine soit 91,6% des patients. La majorité des patients était de phototype clair III (62,3%). L'exposition au soleil et la chaleur étaient les facteurs déclenchants les plus retrouvés soit 64,3% des cas. La forme clinique la plus rencontrée était la forme papulo-pustuleuse (53%), suivie par la forme érythémato-télangiectasique (43%) et en troisième lieu le rhinophyma (4%). Seize pourcent des patients avaient une atteinte oculaire associée. Soixante-huit pourcent des patients présentaient une altération modérée à importante de la qualité de vie (QDV) selon l'indice de qualité de vie (DLQI). Sur le plan thérapeutique, les mesures générales (éviter les flushes, les soins de la peau avec des produits doux et la protection solaire) ont été prescrit chez tous les patients. L'acide azélaïque et le métronidazole topique ont été utilisés dans la forme érythémato-télangiectasique (vu la non disponibilité des traitements topiques indiqués dans cette forme). Dans la forme papulo-papuleuse, nous avons associé un traitement par voie orale tel que les cyclines ou les rétinoïdes et un traitement topique comme l'ivermectine, l'acide azélaïque ou le métronidazole topique à 0,75% selon la sévérité de la maladie. La majorité des patients (71,3%) a rapporté une amélioration clinique mais surtout une amélioration de leur qualité de vie trois mois après le traitement. Pour l'observance thérapeutique, la mauvaise observance thérapeutique a été détectée chez 33% des patients, 16,3 % parmi eux ont arrêté le traitement topique à cause de l'apparition des effets indésirables notamment une irritation du visage, 20,6% pour le coût des traitements, 45,7% ont arrêté le traitement devant l'amélioration clinique, 17,4% ont trouvé que l'application de plusieurs produits par jour est impossible. Nous avons noté également que l'adhérence aux traitements oraux était meilleure que celle des traitements topiques.

Discussion :

La rosacée est une affection cutanée fréquente et chronique qui a un impact considérable sur la qualité de vie des patients. Ses différentes caractéristiques phénotypiques et sa localisation faciale peuvent avoir un impact négatif sur la santé mentale et la vie sociale des personnes

touchées.¹ Bien qu'il n'existe pas de traitement curatif, certaines thérapies ont un effet plus important sur l'amélioration de la qualité de vie des patients.² Dans notre étude, la rosacée avait un effet modéré à important sur la QDV des patients, ce qui rejoint les résultats d'une revue de la littérature incluant 12 articles sur le retentissement de la rosacée sur la QDV des patients, où les auteurs ont conclu que la rosacée a un impact négatif statistiquement significatif sur la QDV des patients.³ La rosacée est une maladie chronique nécessitant un traitement à long terme, avec une bonne routine de soins de la peau et de l'évitement des facteurs déclenchants.⁴ Seize millions personnes atteintes de rosacée aux États-Unis, seules 10 % d'entre elles consultent pour un traitement.⁵ Les données de la littérature sur les patients atteints de rosacée indiquent que 28 % d'entre eux ont interrompu leur traitement, mais les taux réels de non-observance sont probablement plus élevés.⁵ La raison la plus mentionnée est l'impression des patients que les symptômes ont disparu. Dans une enquête nationale, 24 % des 427 patients prévoyaient de changer de médicament en raison du coût, et 17 % des 769 patients ont interrompu leur traitement en raison de problèmes de paiement ou d'assurance. Schaller et al. recommandent d'introduire les traitements systémiques plus tôt, car cela peut réduire la durée du traitement. Pour augmenter l'adhérence des patients aux traitements, ils recommandent de choisir des modalités de traitement et des schémas posologiques simples et faciles à appliquer dans la vie de tous les jours, de discuter avec le patient des objectifs du traitement, de sa durée probable et que des ajustements du traitement peuvent être nécessaires.⁵

Conclusion : notre étude rejoint la littérature concernant l'effet négatif de la rosacée sur la qualité de vie. On recommande une bonne observance thérapeutique pour un retentissement moindre sur la qualité de vie des patients. Pour cela, on insiste sur le rôle des cliniciens dans l'éducation des patients sur la nature de la rosacée en tant que maladie chronique qui nécessite un traitement à long terme, ainsi que sur l'importance d'une bonne routine de soins de la peau et de l'évitement des facteurs déclenchants.

Références :

1. Af A, Vd C, He B, Sr D, Mi R, Sc T. Global epidemiology and clinical spectrum of rosacea, highlighting skin of color: Review and clinical practice experience. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(6). doi:10.1016/j.jaad.2018.08.049
2. van Zuuren EJ, Arents BWM, van der Linden MMD, Vermeulen S, Fedorowicz Z, Tan J. Rosacea: New Concepts in Classification and Treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2021;22(4):457-465. doi:10.1007/s40257-021-00595-7
3. Beikert FC, Langenbruch AK, Radtke MA, Augustin M. Willingness to pay and quality of life in patients with rosacea: Willingness to pay in rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(6):734-738. doi:10.1111/j.1468-3083.2012.04549.x
4. Schaller M, Tan J, Webster G. How to Optimize Rosacea Treatment for Better Patient Outcomes: An Opinion Piece. *J Clin Aesthetic Dermatol*. 2022;15(7):E60-E62.
5. Kuo S, Huang KE, Davis SA, Feldman SR. The Rosacea Patient Journey: A Novel Approach to Conceptualizing Patient Experiences.

Les préparations dermatologiques et leurs aspects en pharmacologie chez les dermatologues

F. Benhayoun¹, F. Hali¹, S. Ait benhammou², A. Meftah², H. Filali, S. Chiheb¹

¹ Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

² Département de pharmacologie, faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Maroc

Introduction

Les préparations magistrales sont des médicaments préparés et délivrés par le pharmacien sur la base d'une prescription médicale destinée à un patient déterminé. Elles sont d'une importance incontournable. Elles permettent au médecin de personnaliser le traitement et ainsi de l'adapter au besoin de chaque patient. L'objectif de notre travail est d'évaluer l'importance que donnent les dermatologues à ces préparations et leurs aspects en pharmacologies.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une enquête, par questionnaire, réalisée auprès des dermatologues, qui a duré 7 mois du 20 juin 2022 au 20 janvier 2023. Les résultats ont été analysés par Excel.

Résultats

Au total, 156 dermatologues ont répondu au questionnaire. La prescription des préparations magistrales est très fréquente chez 41,7% des dermatologues. Les pathologies inflammatoires sont en tête de liste des indications, notamment le psoriasis (96,8%) et la dermatite atopique (78,8%). Les principaux motifs de prescription d'une préparation dermatologique sont la localisation des lésions, les tares sous-jacentes, l'âge et le coût. Différents aspects sont pris en considération lors de la prescription notamment le type de lésions, le siège, le caractère localisé ou généralisé, le type de peau, l'âge. La bonne observance, l'efficacité, le coût, le terrain et la nature de la pathologie sont des aspects primordiaux lors de la demande de préparation. 82,1% des dermatologues prennent en considération les mécanismes d'actions et les interactions médicamenteuses possibles des mélanges. De nombreux effets indésirables ont été rapportés à des degrés différents selon la forme galénique avec une forte incrimination des pommades et des crèmes, principalement : l'irritation (79%), les vergetures (66,9%), la photosensibilisation (59,9%), la pigmentation (56,1%) et la surinfection (55,4%). Les peaux sujettes à ces effets indésirables sont les peaux sensibles et les zones particulièrement sensibles. Le principe actif le plus incriminé dans ces effets secondaires est le corticoïde topique (73%). La majeure partie des dermatologues (96,8%) pensent que les conditions de préparations jouent un rôle dans l'efficacité du traitement. Leur efficacité est jugée meilleure qu'un traitement normal dans certaines pathologies principalement le psoriasis. 98,7% des dermatologues seraient intéressés par un recensement de ces préparations avec des notions pharmacologiques et regroupant les conduites de bonnes pratiques et de conditionnement.

Discussion

Les dermatologues sont les spécialistes qui prescrivent proportionnellement le plus de préparations magistrales, d'où l'intérêt de notre étude.

Les préparations magistrales utilisées en dermatologie sont essentiellement des formes topiques constituées d'un excipient véhiculant un ou plusieurs principes actifs destinés à traiter une pathologie précise. Ce mode particulier de prescription, permet de créer de nouvelles armes thérapeutiques. En effet, le prescripteur aura la liberté d'ajuster le traitement en fonction de son patient en jouant sur les concentrations d'actifs, sur leurs associations ainsi que sur le choix de l'excipient, tout en connaissant les effets secondaires possibles de ces préparations.

Divers

Ulcères de jambes chez une jeune patiente souffrant d'une hyperoxalurie

Kaoutar Benchekroun, Ouiame Eljouari, Salim Gallouj
Service de dermatologie-vénérologie
CHU MOHAMMED VI

Introduction: Les hyperoxaluries primaires sont un groupe de troubles métaboliques autosomiques récessifs rares associés à une surproduction anormale d'oxalate sérique et à un dépôt ultérieur dans les tissus. La plupart des patients se présentent à un âge précoce avec une lithiase urinaire récurrente et une insuffisance rénale. Le dépôt vasculaire d'oxalate est responsable de manifestations cutanées, telles que le livédo réticulaire, l'acrocyanose, la gangrène périphérique et les ulcérations, est typique des hyperoxaluries primaires.

Nous en rapportons un cas révélé par des ulcères multiples de jambes.

Observation : Nous présentons le cas d'une femme âgée de 29 ans ayant comme antécédents une Insuffisance rénale sous dialyse et une cécité bilatérale, nous a consulté pour des ulcères multiple de jambes , l'examen clinique objective la présence de 2 plaques érythémateuses infiltrés étendues sur les 2 faces antérieure et postérieure des 2 jambes arrivant jusqu'au tiers inférieur des 2 cuisses, par ailleurs elles sont parcourus par 12 ulcères de taille différente allant de 5 mm a 10 cm, superficielles a fond bourgeonnant, les bords sont déchiquetés, à surface propre, douloureux et peu prurigineux, situés sur les 2 faces des jambes, avec la Présence d'une xerose cutané sévère surmontée par des squames ichtyosiformes au niveau des avants bras, de l'abdomen et du front avec un œdème palpébral bilatérale et une calvitie stade 3.

la patiente était cliniquement suspectée d'avoir une calciphylaxie ou fibrose systémique néphrogénique. Des échantillons de biopsie cutanée ont révélé une dermite granulomateuse diffuse ulcérée associée à une Calciphylaxie.

La patiente a bénéficié aussi d'un dosage de l'oxalaturie, de l'oxalemie plasmatique et de l'enzyme AGT

Le résultat de bilan étiologique était en faveur d'une hyperoxalurie avec atteinte rénale, oculaire et cutanée

Elle est été mise sous des crèmes émolliente et antibactérienne et suivie chez nous en consultation en unité de cicatrisation pour suivi de ses ulcères.

L'état de la xerose s'est moyennement amélioré.

Et les ulcères sont en cours de cicatrisation

Discussion :

Ce cas met en évidence la variabilité des présentations cliniques dans l'hyperoxalurie primaire et que la maladie peut être diagnostiquée à l'âge adulte. De plus, ce cas démontre que l'hyperoxalurie doit être incluse dans le diagnostic différentiel de la calciphylaxie et de la fibrose systémique néphrogénique.

Conclusion

IL est important de noter que les atteintes cutanées ne sont pas présentes chez tous les patients atteints d'hyperoxalurie primitive, et que ces manifestations peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre.

En tant que professionnel de la santé, il est essentiel de suspecter l'hyperoxalurie primitive chez les patients présentant des antécédents de calculs rénaux récurrents ou d'insuffisance rénale inexplicée, en particulier si des lésions cutanées sont également présentes. Un diagnostic précoce et précis de cette maladie peut permettre de mettre en place des mesures de prise en charge multidisciplinaire appropriées pour améliorer la qualité de vie des patients et prévenir les

complications graves.

Les mythes concernant les lésions cutanées pigmentées

S.Kabbou , O.El jouari , I.Elghazouli , S.Gallouj

Service de dermatologie et vénéréologie

CHU Tanger

Introduction :

Dans la pratique clinique quotidienne, les dermatologues doivent combattre de nombreuses idées fausses concernant les lésions pigmentaires, tant auprès des patients et des autres praticiens. Malheureusement, l'histoire de la médecine regorge d'exemples de mythes démystifiés. Ces mythes sont fondés sur les croyances traditionnelles, les connaissances antérieures qui ont changé à la suite de progrès ultérieurs, les notions fournies par des personnalités ou des pédagogues respectés et les fausses informations diffusées par l'internet et les médias de masse.

Dans notre pratique quotidienne, les croyances erronées les plus courantes des patients concernant les grains de beauté sont que l'ablation ou le traumatisme d'un nævus bénin peut être dangereux, que les nævus les plus agressifs sont localisés sur les mains et pieds, les grains de beauté deviennent des mélanomes et que la crème solaire doit être appliquée uniquement sur le visage et que la biopsie de tout mélanome aggrave son pronostic. Démystifier ces mythes et tenter d'expliquer les raisons de ces croyances erronées sont les objectifs de ce travail.

Matériel et Méthodes :

Afin d'explorer ces fausses idées, Cette étude transversale a été menée par le service de dermatologie de Tanger, entre octobre 2022 et janvier 2023, Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire distribué à travers les réseaux sociaux, Les données recueillies ont été saisies sur Excel, puis analysées sur SPSS, une analyse descriptive et univariée a été réalisée, une valeur- $p < 0,05$ a été considérée statistiquement significative

Résultats :

Un total de 1766 ont participé à cette étude, plus de trois quart (80,1%) étaient inquiet au moins une fois dans leur vie à cause d'un nævus, (83,5%) pensait qu'il est dangereux d'exciser un nævus et (74,5%) ont peur de la propagation ou transformation après cette excision, et plus de la moitié (65,8%) considère le traumatisme accidentel des nævus un évènement menaçant. Les mains et les pieds présentent, selon les participants, la localisation la plus menaçante (34,8%), puis le dos (22,5%) et le sein (14,9%) en 3ème position. (80,7%) des participants sont alertés après le saignement d'une lésion noire, et uniquement (19,3%) se sont concernés suite à un changement (augmentation de taille, couleur, épaisseur). (85,5%) ont affirmé qu'il est déconseillé de biopsier une tumeur noire.

Certes, concernant l'application de l'écran solaire, (82,3%) des participants appliquent l'écran solaire, mais uniquement (2,7%) assurent une bonne application.

Conclusion :

Les mythes sont omniprésents dans la pratique dermatologique, et beaucoup d'entre eux concernent les lésions cutanées pigmentées. En encourageant l'analyse critique par les patients et les praticiens médicaux, la naissance et la perpétuation des mythes peuvent potentiellement être minimisées, pour le bénéfice ultime des patients. Pour ce faire, il est nécessaire d'appliquer rigoureusement une approche scientifique à la dermatologie, en remettant en question de manière critique les hypothèses non fondées. Par ailleurs, un document simplifié consacré au grand public, est diffusé à la fin de l'étude.

SYNDROME H : UN DIAGNOSTIC A NE PAS MECNNAITRE, A PROPOS D'UN CAS

J. El Haddad Meriem ,Ouiame Eljouari, Salim Gallouj
Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Tanger-Tetouan-Al Hoceima

Introduction :

Le syndrome H est une génodermatose de transmission autosomique récessive qui correspond à une nouvelle forme d'histiocytose non langerhansienne secondaire à une mutation du gène SLC29A3 codant pour la protéine de transport nucléotidique hENT3. Seulement 100 patients atteints du syndrome H ont été décrits dans le monde.

Nous décrivons une nouvelle observation de syndrome H chez un jeune marocain.

Observation

Il s'agit d'un patient de 28 ans, issu d'un mariage non consanguin, consultait pour des lésions hyperpigmentées siégeant au niveau des membres inférieurs et évoluant depuis huit ans. L'examen cutané montrait des placards hyperpigmentés, scléreux, bien limités surmontés d'une hypertrichose en regard, siégeant de façon bilatérale et symétrique au niveau des faces internes des cuisses remontant jusqu'au pubis, épargnant les genoux. Il présentait également une perte auditive, une anomalie cardiaque, une déformation squelettique du rachis et des masses scrotales. L'interrogatoire ne trouvait pas de cas similaire dans la famille. L'examen histopathologique montrait un infiltrat dense en cellules histiocytaires et de multiples plasmocytes associé à de la fibrose au niveau du derme profond et du tissu adipeux. Devant l'atteinte cutanée évocatrice, l'atteinte systémique et le résultat de la biopsie, le diagnostic de syndrome H a été posé.

Discussion

Le syndrome H est une nouvelle forme d'histiocytose qui implique plusieurs systèmes. Les manifestations cutanées caractéristiques de la maladie ; retrouvées dans 68% des cas, sont des placards pigmentés, l'épaississement sclérodermique aux membres inférieurs, qui épargnent typiquement les genoux. D'autres signes cutanés ont été rapportés, à savoir une hypertrichose isolée, des télangiectasies ou une hypopigmentation. Les déformations squelettiques et la camptodactylie sont observées dans 56 % des cas. Les manifestations extra-cutanées peuvent précéder de plusieurs années l'apparition de l'atteinte cutanée. Sur le plan systémique, on note une hypoacousie dans 53 % des cas. L'hépatosplénomégalie, l'hypogonadisme et le diabète sont également rapportés. L'atteinte cardiaque constitue un élément pronostique majeur. Dans une série de cas, une lymphadénopathie était présente chez 24 % des patients. Les ganglions inguinaux, cervicaux et axillaires sont généralement les ganglions lymphatiques les plus fréquemment touchés. Chez notre patient, une perte auditive, une anomalie cardiaque, une déformation squelettique du rachis et des masses scrotales ont été retrouvés. Histologiquement, on note une fibrose dermique et sous cutanée, associé à un infiltrat lymphohistiocytaire exprimant CD68, CD34 et facteur XIIIa. Ces caractéristiques histopathologiques similaires à celles du syndrome de Rosai Doffman, pourraient suggérer un mécanisme pathogénique commun pour ces deux entités. Les principaux diagnostics différentiels à évoquer sont le syndrome de POEMS et le syndrome de Winchester. Aucun traitement définitif de cette maladie rare n'existe à ce jour. Seulement 8 cas de syndrome H ont été signalés dans la région Maghrébine, dont 2 au Maroc jusqu'à présent dans la littérature

Conclusion :

Le syndrome H est une entité rare et peu connu des dermatologues, avec seulement 100 cas rapporté dans la littérature. Nous présentons ce cas pour accroître la sensibilisation de cette entité extrêmement rare et unique.

Eruption chéloïdienne spontanée : défi diagnostique et thérapeutique

Y.Mahdar, F.Hali, S.Chiheb

Service de Dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Les chéloïdes sont des tumeurs fibroblastiques bénignes, secondaires ou spontanées, pouvant être multiples et invalidantes réalisant la maladie chéloïdienne.

Cette dernière reste une entité rare posant un challenge thérapeutique et diagnostique vu sa similitude clinique et histologique avec d'autres tumeurs de pronostic plus grave.

Nous rapportons deux cas d'éruptions chéloïdiennes spontanées ayant un profil clinique similaire mais histologique différent.

Observations

Cas 1: Patiente âgée de 35 ans, de phototype IV, ayant un terrain d'atopie personnelle, se présentant pour des lésions papulo-nodulaires pigmentées multiples évoluant progressivement sur une période de 10 ans, siégeant au niveau de la partie supérieure du thorax et le haut du dos, prurigineuses et douloureuses, sans notion de lésions préexistantes ni traumatismes. La biopsie cutanée a révélé une prolifération fibroblastique chéloïde-like sans atypies. La patiente a reçu ainsi des injections intra-lésionnelles de bétaméthasone associées à une pressothérapie pendant 3 mois avec légère amélioration.

Cas 2: Patiente âgée de 26 ans, de phototype IV, se présentant pour des papules érythémateuses, de différentes tailles, nodulaires par endroit, siégeant au niveau du dos, très douloureuses, évoluant depuis 1 an, sans notion de lésion préexistante ni traumatisme. L'étude anatomopathologique avec immunohistochimie était en faveur d'une tumeur desmoïde multifocale chéloïde-like avec bêta-caténine positive. La patiente ne présentait pas de signes en faveur d'un syndrome de Gardner. Elle a reçu ainsi des injections intra-lésionnelles de bétaméthasone, de toxine botulique associées à une pressothérapie avec une très bonne évolution après 6 mois. La patiente a été mise sous surveillance régulière.

Discussion

Nous représentons deux cas d'éruptions chéloïdiennes spontanées chez deux femmes jeunes, de phototype IV, présentant le même profil clinique mais ayant une histologie différente. Le diagnostic de la maladie chéloïdienne spontanée est essentiellement clinique. La biopsie permet surtout d'éliminer les diagnostics différentiels à savoir les autres tumeurs fibreuses bénignes ou malignes. Les tumeurs desmoïdes extra-abdominales sont des tumeurs rares se développant au niveau des structures musculo-aponévrotiques et siégeant essentiellement au niveau du tronc. Elles peuvent avoir une forme chéloïdienne. La forme multifocale doit faire rechercher un syndrome de Gardner sous-jacent.

Conclusion :

Bien qu'il existe une grande diversité clinique des cicatrices chéloïdes, une bonne connaissance de leurs différentes présentations et leurs diagnostics différentiels est cruciale.

Une prise en charge précoce et une surveillance régulière sont nécessaires dans la forme spontanée afin de détecter tout autre signe pouvant orienter vers d'autres diagnostics.

Influence de l'exposome sur l'hidradénite suppurée: Résultat d'une enquête auprès des patients

H.Tahiri¹, F.Hali¹, S.Zoukal², S.Nani², S.Chiheb¹

Introduction : L'hidradénite suppurée(HS)est une affection inflammatoire caractérisée par la récurrence de lésions inflammatoires laissant place à des cicatrices indélébiles et difficiles à traiter.L'exposome est l'ensemble des expositions environnementales auxquelles une personne est soumise tout au long de sa vie, et qui interagissent avec son génome humain et peuvent influencer l'évolution de sa maladie. L'objectif de notre travail est d'évaluer les facteurs d'exposition les plus impliqués dans l'Hidradénite suppurée.

Matériels et méthodes : Etude de cohorte prospective sur une période de 9 mois entre Septembre 2022 et Mai 2023. incluant tous les patients suivis pour une hidradénite suppurée dans notre structure, les données épidémiologiques, cliniques et expositions ont été recueilli à travers un questionnaire.

Résultats :Dix-huit patients ont été inclus. La médiane d'âge était de 43 ans, avec un sex ratio de 2H/F. La durée moyenne d'évolution était de $9,61 \pm 8,33$ ans. Quatre patients avaient un antécédent familial de premier degré d'HS. Les patients présentaient en moyenne trois zones atteintes, avec une prédominance du phénotype fessier (55,6%) et du stade III de Hurley (61,1%). Les lésions étaient en rémission chez 66% des patients, et la douleur était rapportée au moment des poussées chez 88,8% des patients avec une échelle visuelle analogique (EVA) supérieure à 8. Soixante-six pour cent des patients étaient tabagiques (M: 17 paquets-années). Deux patients ont rapporté une amélioration des après le sevrage .40% des patients consommaient quotidiennement des produits laitiers, tandis que trois patients avaient essayé un régime sans produits laitiers et seul un patient a remarqué une amélioration des lésions. Tous les patients consommaient quotidiennement des produits à base de levure, tels que le pain et les viennoiseries, et aucun n'a essayé un régime sans ces aliments. En ce qui concerne l'hygiène de vie, 91,7% des patients utilisaient le rasoir comme moyen d'épilation, avec une fréquence d'une fois toutes les 15 jours. Dix pour cent rapportaient une aggravation des lésions lors du rasage55% des patients utilisaient la frictions et des gommages pendant les douches, dont 36,4% rapportaient une aggravation des lésions . 75% des patients approuvaient une aggravation des lésions lors du port de vêtements serrés et pendant les saisons chaudes, avec une amélioration pendant les saisons froides. 37,5% rapportaient une aggravation des lésions lors des épisodes de stress.

Discussion : Bien que les causes exactes de l'Hidradénite suppurée ne soient pas encore entièrement comprises, l'orientation des recherches vers le domaine de l'exposome s'avère nécessaire, d'autant plus que les thérapeutiques proposées restent limitées et suspensives. À l'instar de l'acné, plusieurs études ont examiné des expositions environnementales spécifiques et leur association avec l'HS à savoir le tabac, l'obésité et les facteurs hormonaux, mais des études supplémentaires sont nécessaires pour comprendre pleinement l'interaction complexe entre d'autres facteurs à savoir les habitudes alimentaires, et de soins ainsi que les facteurs psychiques et l'Hidradénite suppurée.

Conclusion: Les résultats de notre étude, bien que basés sur un échantillon restreint qui n'est pas statistiquement significatif, fournissent une base sur laquelle d'autres études et enquêtes peuvent être menées.

Dermatoses perforantes : présentation d'un cas de collagénose perforante réactionnelle associée au diabète

M.Hammouch, FZ.El-Fetouaki, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie-vénéréologie, CHU IBN Rochd, Casablanca

Introduction :

Les dermatoses perforantes comprennent quatre entités distinctes : l'élastome perforant serpiginieux, la collagénose perforante réactionnelle (CPR), la folliculite perforante et la maladie de Kyrle. La CPR est caractérisée par l'élimination transépidermique de fibres de collagène et est souvent associée à des traumatismes cutanés superficiels. On distingue deux types de CPR : une forme héréditaire rare qui se manifeste tôt dans l'enfance, et une forme acquise plus fréquente qui survient à l'âge adulte et est souvent associée à d'autres affections telles que le diabète, l'insuffisance rénale, les tumeurs solides, les lymphomes et le SIDA. Nous présentons ici un cas de CPR associée au diabète.

Observation :

Un patient de 60 ans, hypertendu et diabétique de type II sous traitement, consulte pour des lésions prurigineuses présentes depuis trois mois. Les lésions sont initialement apparues sur l'abdomen et se sont étendues aux membres supérieurs et inférieurs. L'examen dermatologique révèle des lésions papulo-nodulaires kératosiques d'environ 1 cm de diamètre, ombiliquées et confluentes par endroits. Des dépressions centrales croûteuses adhérentes et nécrotiques ainsi qu'un bord érythémateux circulaire sont également observés. Les lésions cutanées sont généralisées, avec une prédominance au niveau des faces d'extension des membres. L'examen histologique confirme le diagnostic de collagénose perforante réactionnelle, montrant une dépression épidermique avec expulsion de fibres de collagène vers la surface.

Discussion :

La collagénose perforante acquise est une maladie extrêmement rare et son incidence exacte n'est pas connue. Elle peut affecter les hommes et les femmes, avec une légère prédominance chez les hommes. Elle survient généralement autour de l'âge moyen de 57 ans. Cette maladie est souvent associée au diabète, à l'insuffisance rénale chronique et/ou à l'hyperuricémie. En présence de lésions cutanées papuleuses kératosiques très prurigineuses chez un patient ayant déjà d'autres pathologies associées, le diagnostic de collagénose perforante acquise peut être envisagé. Cependant, seule une corrélation entre les résultats histologiques et cliniques peut confirmer le diagnostic. La pathogénie de la CPR héréditaire reste inconnue, tandis que celle de la CPR acquise chez les diabétiques est mieux comprise et serait liée à la glycation du collagène.

Conclusion :

Le prurit est le symptôme principal rapporté dans la CPR, et sa prise en charge est essentielle pour prévenir une dissémination ultérieure par le phénomène de Koebner.

Manifestations cutanées révélant la maladie d'Ollier : un cas exceptionnel. S. Zakaryaa, F. Hali, S. Chiheb Département de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc. Introduction La maladie d'Ollier est une affection rare caractérisée par de multiples enchondromes à distribution asymétrique typique. Les enchondromes sont des tumeurs

cartilagineuses intra-osseuses bénignes qui se forment près du cartilage de croissance ; ils affectent principalement la région métaphysaire et diaphysaire supérieure des os longs tels que l'humérus et le tibia, suivis par les os plats. Le risque de transformation maligne en chondrosarcome est de 30 à 35 % et il est suspecté cliniquement en cas de douleur et d'augmentation rapide de la taille des lésions. Nous rapportons le premier cas de maladie d'Ollier révélée par des manifestations cutanées. Observation Une femme de 33 ans ayant comme antécédents 6 résections tumorales, une amputation du 4ème orteil gauche et aucun cas similaire dans la famille a été admise dans le service de dermatologie pour une sclérodactylie et une dyspnée évoluant depuis 5 ans évoquant une sclérodermie systémique.

L'examen clinique a révélé un nez effilé, des lèvres pincées mais sans restriction de l'ouverture buccale, une sclérodactylie avec effilement des doigts et de multiples masses sous-cutanées indurées et douloureuses des doigts et des orteils sans ulcérations ni saignements avec une peau tendue en regard. Les cicatrices d'excision comprenaient une grande cicatrice déprimée sur le bras gauche, et il n'y avait pas de sclérose cutanée à distance. Le bilan biologique a révélé une anémie hypochrome microcytaire ; les bilans rénal, hépatique, infectieux et immunologique étaient sans anomalies. Quant aux examens radiologiques : l'échocardiographie, l'électrocardiogramme et la radiographie du thorax n'ont révélé aucune anomalie ; la tomodensitométrie (TDM) du thorax a révélé de multiples lésions sternales lytiques sans fibrose pulmonaire ; la TDM abdomino-pelvienne a révélé de multiples lésions lacunaires au niveau des os iliaques et de la tête fémorale gauche. Le scanner et l'IRM du membre inférieur gauche ont montré de multiples lésions ostéolytiques iliaques, fémorales ainsi que l'atteinte des deux os de la jambe gauche et les os du pied. Les radiographies des mains et des pieds ont également révélé de multiples lésions ostéolytiques. La scintigraphie osseuse a révélé une activité hypermétabolique correspondant à des lésions ostéolytiques suspectes de malignité, principalement dans le manubrium sternal, l'aile iliaque gauche et l'extrémité supérieure du tibia gauche. Des biopsies osseuses ont été réalisées sur les lésions douloureuses, qui se sont révélées être des chondromes sans signes de transformation maligne, et la prise en charge a consisté en une surveillance clinique. Comme la peau tendue se trouvait en regard des lésions osseuses et que la douleur thoracique en regard des lésions sternales, le traitement a consisté en une surveillance clinique. Discussion La maladie d'Ollier est une affection rare dont la prévalence est estimée à 1/100 000, définie par des enchondromes multiples à distribution asymétrique pouvant être extrêmement variables en termes de taille, de localisation, d'âge et de sexe. La pathogénie n'est pas clairement élucidée. Récemment, des mutations hétérozygotes des gènes PTHR1, IDH1 (le plus fréquent) et/ou IDH2 ont été suggérées comme étant des aberrations génétiques. Dans la littérature, peu de données sont retrouvées, notamment sur le diagnostic, la prise en charge et la rééducation. Une surveillance constante des patients est importante en raison du risque élevé de malignité

Cutis verticis gyrata et syndrome de Gorlin : une association rarissime

H . Moata, F .Hali, S .Chiheb

Service de dermatologie vénérologie . CHU ibn rochd. Casablanca

INTRODUCTION :

La cutis verticis gyrata est une affection cutanée rare caractérisée par un état plicaturé du cuir chevelu. Le syndrome de Gorlin-Goltz , également connu sous le nom du syndrome du carcinome basocellulaire névoïde, est une maladie héréditaire caractérisée par un large éventail d'anomalies du développement et une prédisposition aux néoplasmes. Nous décrivons un cas exceptionnel de cutis verticis gyrata associé à un syndrome de Gorlin.

OBSERVATION :

Nous rapportons le cas d'un patient de 34 ans , présentant une déformation du scalp avec de nombreux plis longitudinaux du vertex évocateurs de cutis verticis gyrata . L'examen a également objectivé un hypertélorisme , un prognathisme mandibulaire et de multiples cicatrices d'exérèse de lésions pigmentées du visage dont l'examen anatomopathologique était en faveur de carcinomes basocellulaires . Les anomalies morphologiques du visage ainsi que la présence de multiples carcinomes basocellulaires étaient en faveur d'un syndrome de Gorlin, décrivant ainsi une association rarissime de ce syndrome avec le cutis verticis gyrata.

DISCUSSION :

Le cutis verticis gyrata est caractérisé par une hypertrophie et un plissement du cuir chevelu. Il peut être classé en trois formes : primaire essentielle, primaire non essentielle et secondaire, qui peut être liée à une série d'affections associées, notamment des maladies inflammatoires de la peau (psoriasis, eczéma), des maladies endocriniennes (acromégalie, dysthyroïdie), des syndromes paranéoplasiques, des tumeurs, des maladies hématologiques ou des médicaments. Les principales caractéristiques crâniennes observées dans le syndrome de Gorlin sont une augmentation de la circonférence crânienne et des calcifications ectopiques intracrâniennes. A notre connaissance, le cutis verticis gyrata au cours du syndrome de Gorlin reste exceptionnel.

Une calciphylaxie de présentation atypique

F. Chekairi¹, F. Hali¹, M. Zamd², S. Chiheb¹

¹Dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

²Service de néphrologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

La calciphylaxie ou artériopathie urémique calcifiante est une pathologie rare mais grave qui touche principalement les patients dialysés et s'accompagne d'un taux de mortalité élevé. Les lésions cutanées surviennent en général sur certaines parties du corps riches en tissu adipeux (abdomen, fesses, cuisses) ou sur les membres inférieurs. Nous décrivons un cas de calciphylaxie de localisation atypique chez une patiente dialysée.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 64 ans, obèse, non connue diabétique ni hypertendue, suivie pour une insuffisance rénale chronique terminale sous hémodialyse depuis 13 ans. La patiente était sous anticoagulants oraux (AVK) depuis 2 ans pour une pathologie cardio-vasculaire inconnue. Elle consultait pour des lésions très inflammatoires et hyperalgiques des seins et des cuisses évoluant depuis 2 mois dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général. A l'examen clinique, on retrouvait des plaques inflammatoires dermo-hypodermiques indurées et extensives très douloureuses, à centre nécrotique, en sous mammaire et au niveau de la racine des cuisses entourées d'un halo livédoïde. Elles étaient associées à des lésions dermo-hypodermiques indurées et hyperalgiques multiples des zones adipeuses de l'abdomen et du dos. Le bilan biologique objectivait une hyperparathyroïdie secondaire (PTH= 1540 pg/ml), un taux de calcium sanguin limite à 2,60 mmol/L et une hyperphosphorémie à 1,71 mmol/L. Des radiographies standards en regard des cuisses n'avaient pas montré de calcifications sous cutanées. Une biopsie cutanée était réalisée confirmant le diagnostic de calciphylaxie devant la présence de dépôts calciques sous intimaux obstruant la lumière des petites artéριοles, associés à une atteinte lobulaire et septale inflammatoire. Sur le plan thérapeutique, la patiente était soulagée sous antalgiques de palier 3 après évaluation de la douleur, soins locaux et dermocorticoïdes sur les lésions inflammatoires. Une parathyroïdectomie était indiquée par les néphrologues ainsi que des séances d'hémodialyse adaptées pauvres en calcium et l'arrêt des AVK après évaluation par les cardiologues.

Discussion

Notre observation est originale devant la localisation atypique de la calciphylaxie sur les seins comme chez notre patiente, rarement décrite dans la littérature. Il s'agit d'une pathologie de pronostic sombre due à l'obstruction des microvaisseaux dermo-hypodermiques par des dépôts calciques importants, évoluant vers l'ischémie des tissus puis la nécrose. Elle est favorisée essentiellement par l'insuffisance rénale chronique terminale sous hémodialyse, les troubles du métabolisme phosphocalcique, l'obésité et la prise d'AVK. La prise en charge de la calciphylaxie est pluridisciplinaire et non à visée curative : soins des lésions cutanées, adaptation du traitement antalgique et optimisation de l'hémodialyse. Des mesures préventives agissant sur les facteurs de risques, un diagnostic précoce et une prise en charge rapide permettrait d'améliorer le pronostic de cette maladie.

Conclusion

La calciphylaxie est une urgence diagnostique et thérapeutique de pronostic redoutable qu'il faut savoir reconnaître devant une présentation inhabituelle. En l'absence de traitement curatif, la prévention des facteurs de risques et le contrôle de la douleur constitue les piliers de la prise en charge.

Un cas de kératose lichénoïde chronique de présentation initiale déroutante

R.Bousmara¹, F.Hali¹, M.Azim², F.Marnissi², S.Chiheb¹

¹ Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

² Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

La kératose lichénoïde chronique est une dermatose rare liée à un trouble de la kératinisation. Elle peut parfois revêtir une présentation initiale déroutante, constituant alors un piège diagnostique à prendre en considération. Nous en rapportons un nouveau cas.

Observation

Patient de 35 ans, sans antécédent particulier, consultait pour une éruption généralisée non prurigineuse évoluant depuis 7 mois, faite de papules violines kératosiques, initialement isolées et sans atteinte muqueuse. Cinq mois plus tard, les lésions ont progressivement conflué par endroit dessinant un aspect réticulé et à disposition symétrique au niveau des membres. On observait au niveau du visage des lésions maculo-papuleuses érythémateuses confluentes. L'examen des muqueuses trouvait des ulcérations orogénitales associées à une conjonctivite bilatérale. Les biopsies initiales étaient peu contributives. L'immunofluorescence directe et indirecte étaient négatives. Les examens complémentaires étaient négatifs. Un nouveau examen histologique montrait une alternance d'acanthose et d'atrophie. Une parakératose focale. Le derme était le siège d'un infiltrat lichénoïde lymphocytaire et plasmocytaire en rapport avec une kératose lichénoïde chronique. Notre patient était réfractaire à de nombreuses thérapeutiques, notamment les stéroïdes topiques puissants, l'acide salicylique, les tétracyclines, l'érythromycine et la thérapie UVB. Nous avons également essayé l'isotrétinoïne associée au méthotrexate, mais sans succès. Une amélioration transitoire n'a été obtenue qu'avec l'acitrétine.

Discussion

La kératose lichénoïde chronique (KLC) touche essentiellement l'adulte jeune. Sa physiopathologie est mal connue. Elle se caractérise cliniquement par des papules lichénoïdes et kératosiques à confluence linéaire ou réticulée sur les faces d'extension des membres. Ces lésions sont asymptomatiques. D'autres atteintes sont possibles : Kératodermie palmo-plantaire; ulcérations orogénitales, dystrophie unguéale, une kératoconjonctivite ou une uvéite. L'histologie montre une alternance d'acanthose et d'atrophie, une parakératose focale, un infiltrat dermique lichénoïde lymphohistiocytaire et plasmocytaire. L'évolution est chronique. L'affection est réfractaire à de nombreux traitements. Les rétinoïdes et la photothérapie par UVB à spectre étroit peuvent représenter une option thérapeutique efficace. La présentation clinique initiale et l'analyse histologique de ces lésions peuvent être déroutante et conduire à tort au diagnostic de folliculite, de lupus, de pytiriasis lichénoïde chronique ou de lichen plan comme c'était le cas chez notre malade.

Conclusion

Bien que d'évolution bénigne, la KLC s'associe à des difficultés thérapeutiques et à un préjudice esthétique majeure. La reconnaissance par les cliniciens et les pathologistes est primordial afin de la traiter à un stade précoce et d'éviter les complications qu'elle entraîne.

Mots clés : kératose lichénoïde chronique; linéaire ; Acitretine

Lorsqu'une urgence endocrinienne est révélée par un dermatologue

A. Abbour - FZ. Elfatoiki - H. Skalli - F. Hali - S. Chiheb.

Introduction :

La xanthomatose éruptive est une affection cutanée papuleuse caractérisée par des dépôts lipidiques localisés résultant d'une hyperlipidémie, en particulier d'une hypertriglycéridémie. Elle survient chez les patients présentant une anomalie lipidique et peut indiquer un sérieux risque cardiovasculaire. Nous présentons un cas de xanthomatose éruptive chez un patient de 54 ans.

Présentation du cas :

Patient de 54 ans, sans antécédents médicaux significatifs, adressé à notre service pour de nombreuses papules jaunes éparses localisées principalement sur les genoux et les cuisses évoluant depuis 2 ans. L'examen physique a montré un patient dont l'IMC était de 43 kg/m² et qui présentait des lésions papuleuses jaunâtres de 2 à 5 mm, en forme de dôme siégeant au niveau des 2 genoux et des 2 cuisses, confluentes par endroit.

Un bilan biologique systématique a été réalisé et a révélé un bilan lipidique perturbé à savoir : Un taux de cholestérol total (CH) à 4,81 g/l, un taux de lipoprotéines de haute densité (HDL) à 0,47 g/l, un taux de lipoprotéines de basse densité (LDL) à 2,43 g/l, un taux de triglycérides totaux (TG) à 1,70 g/l, un taux de glucose à 0,98 g/l, un taux d'aspartate aminotransférase (ASAT) à 14 U/l, et un taux d'alanine aminotransférase (ALAT) à 19 U/l, la protéine C-réactive (CRP) était à 67,2 mg/l.

Les autres examens, y compris l'électrocardiogramme et la radiographie pulmonaire, étaient sans particularités.

Les échographies abdominale et cardio-vasculaire n'ont révélé aucune anomalie.

Une biopsie cutanée a été réalisée confirmant le diagnostic de xanthomatose éruptive.

Le patient a été adressé aux endocrinologues qui ont instauré un traitement à base d'aspirine à raison de 100 mg/j et statines 20 mg/j avec un suivi cardiovasculaire régulier. L'évolution a été marquée par une bonne amélioration.

Discussion :

La xanthomatose éruptive est généralement une manifestation cutanée de l'hypertriglycéridémie et de la chylomicronémie congénitale, mais elle peut également survenir au cours de maladies telles que le diabète de l'adulte, l'hypothyroïdie et le syndrome néphritique. D'un point de vue pathogénique, les xanthomes sont causés par un trouble du transport des lipides tels que le cholestérol, les triglycérides ou les phospholipides. Leur diagnostic clinique n'est généralement pas très difficile car ils se présentent sous la forme de petites papules érythémateuses à jaunes réparties sur les mains, les surfaces d'extension et les fesses. Les lésions précoces peuvent présenter un halo érythémateux et sont associées à un prurit. Sur le plan histopathologique, on observe l'accumulation de cellules mousseuses provenant de la phagocytose des restes des lipoprotéines par les macrophages.

Le traitement consiste à identifier la cause sous-jacente de l'hypertriglycéridémie et à mettre en place des interventions diététiques et pharmacologiques pour abaisser les taux circulants. En cas d'échec du traitement médical, les patients doivent recourir à des traitements alternatifs tels que la chirurgie, le laser ou la cryochirurgie.

Conclusion :

Nous espérons que notre cas alertera les cliniciens sur le risque des urgences endocriniennes notamment métaboliques à expression cutanée nécessitant une intervention précoce et une prise en charge adéquate.

Des tatouages pas comme les autres !!

N.Kalmi/H.Baybay/S.Choukri/Z.Douhi/S.Elloudi/M.Soughi/FZ.Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, FES.

Introduction :

Les tatouages post-traumatiques résultent de l'inclusion accidentelle de particules pigmentées intradermiques. Celles-ci proviennent principalement de chutes accidentelles sur le goudron de la chaussée lors d'accidents de la circulation ou bien d'armes à feu. Nous en rapportons deux nouvelles observations.

Observation :

La première patiente est âgée de 67ans ,suivie pour la maladie de crohn sous azathioprine ,présente une lésions pigmentée du visage post accident par arme à feu, l'examen dermatologique avait trouvé une patiente en bon état général avec une papule bleue temporale gauche de 0,7 cm de consistance pierreuse et une autre satellite millimétrique avec les mêmes caractéristiques. La dermoscopie a objectivé un patron bleu acier homogène mimant un naevus bleu.

La deuxième patiente est âgée de 22 ans, se présentait en consultation de dermatologie pour une pigmentation de la paupière supérieure et inférieure homolatérales évoluant depuis 06 ans, immédiatement après un accident. L'examen dermatologique avait noté deux nappes pigmentées non infiltrées de couleur bleu grisâtre, intéressant la paupière supérieure et inférieure droites, mal limitées aux contours irréguliers simulant un naevus d'Ota. En posant le dermoscope, on a trouvé des globules et points bleus gris suggérant une pigmentation d'origine exogène mais dont nous n'arrivions pas à déterminer l'origine. En poussant l'interrogatoire, la patiente avait affirmé avoir été victime d'un accident par arme à feu au niveau de l'œil, compliqué d'infections oculaires à répétitions ayant abouti à une énucléation de l'œil avec la mise en place d'une prothèse et a gardé un tatouage post-traumatique au niveau des paupières.

Discussion:

Les tatouages en poudre à canon résultent d'une implantation traumatique de granules pigmentées dans les couches variées de la peau après le déchargement de l'arme à feu. Ces particules pigmentées, finissent par se loger de façon permanente dans le derme après la réépithélialisation de la plaie et peuvent donner lieu à la décoloration irrégulière noire ou bleue de la peau. Il existe plusieurs méthodes pour enlever le tatouage incluant la dermabrasion, l'excision chirurgicale, les peelings chimiques, la cryochirurgie et le laser ablatif. Parmi ces méthodes, le laser q- switched, a révolutionné le traitement des tatouages post traumatiques avec la possibilité de les enlever complètement. Cependant, en cas de tatouage par arme à feu, son usage doit être prudent car il peut induire une explosion au moment du tir, par un transfert rapide de l'énergie aux particules de poudre avec des résultats dramatiques. Chez nos patientes c'est tatouage ont mimé un naevus bleue et OTA respectivement .

Conclusion :

Le tatouage par poudre a canon est une cause de pigmentation iatrogène .Le meilleur traitement du tatouage post traumatique reste la prévention,par un débridement et retrait immédiat du corps étranger avant le début du processus de guérison. Le laser q-switched constitue une bonne alternative thérapeutique mais à utiliser prudemment en présence de résidus de poudre.

Devant une dermo-hypodermite : pensez à une cause chirurgicale

K. El Fid, H. Baybay, R. Al Heyasat, Z. Douhi, M. Soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi
Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le kyste de Baker a une prévalence élevée dans la population adulte. Bien qu'il soit généralement asymptomatique, des complications peuvent survenir, tel que : infection, rupture et dissémination de son contenu dans les parties molles. Les kystes de Baker surviennent fréquemment chez les enfants âgés de 4 à 7 ans et chez les adultes âgés de 35 à 70 ans.

Observation 1 :

Patient de 54 ans, diabétique sous metformine, a consulté aux urgences pour une impotence fonctionnelle partielle du genou gauche avec des signes inflammatoires en regard, évoluant depuis 20 jours, ayant déjà reçu 7 jours d'amoxicilline protégée sans nette amélioration. L'examen à l'admission a objectivé un placard érythémateux mal limité, chaud, siégeant au niveau de la région poplitée et s'étendant jusqu'au du genou, avec une ecchymose en regard du mollet et un choc rotulien positif. Devant la suspicion d'une surinfection du kyste de Baker associée à une arthrite septique, l'échographie a été faite objectivant une collection de la région poplitée, à contenu échogène avec des spots hyperéchogènes en rapport avec des bulles d'air. Le diagnostic de kyste de Baker surinfecté a été retenu. Le patient a bien évolué sous antibiothérapie adaptée, drainage chirurgical et ablation du kyste.

Observation 2 :

Patient de 60 ans, s'est présenté aux urgences avec un gros membre inférieur gauche évoluant depuis 1 semaine, mis initialement sous amoxicilline protégée sans amélioration. À l'examen clinique, on a noté la présence d'un placard mal limité, érythémateux, œdémateux, chaud, siégeant au niveau du mollet gauche, avec une ecchymose en regard. Une thrombose veineuse profonde (TVP) a été le premier diagnostic évoqué, les D-dimères ont été négatifs, et une échographie doppler a réfuté le diagnostic de TVP. Néanmoins, elle a mis en évidence un kyste de Baker gauche remanié, fort probablement disséqué et rompu. Le patient a bénéficié d'un drainage chirurgical et d'une antibiothérapie adaptée avec une bonne évolution.

Discussion :

Le kyste poplité infecté est une complication rare, qui mime généralement une thrombose veineuse profonde, ou comme chez nos patients une dermo-hypodermite. Les signes cliniques peuvent être une douleur localisée au niveau du creux poplité, ou, une augmentation de la taille du kyste entraînant une diminution de l'amplitude articulaire voire un blocage. Et, si le kyste se rompt, l'apparition d'un hématome en forme de croissant, ou d'une ecchymose antérieure ou distale au niveau de la malléole latérale. On sait qu'entre 2 à 6 % des thromboses veineuses profondes (TVP) sont de véritables pseudothrombophlébites consécutives à la rupture d'un kyste de Baker.

Il est également important de souligner qu'une rupture du kyste peut être aggravée par l'administration d'héparine ou d'anticoagulants pour un traitement de TVP, d'où l'importance d'un diagnostic précis qui doit être effectué en urgence. Une échographie du genou permet d'identifier toute augmentation du volume du liquide synovial et montre éventuellement la présence et la rupture du kyste. Une échographie du mollet peut confirmer une collection après rupture du kyste et dissémination liquidienne.

L'IRM est l'imagerie de référence pour confirmer la présence et les complications d'un kyste de Baker, et permet également le diagnostic de la cause primaire du kyste (arthrite, déchirure méniscale, défauts ostéochondraux, etc.). Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée au germe avec une chirurgie combinée, traitant le mécanisme valvulaire sous arthroscopie puis une cystectomie à ciel ouvert.

Conclusion :

L'infection du kyste de Baker est une urgence chirurgicale et le chirurgien doit être conscient non seulement de l'atteinte du genou, mais également de la possible dissémination au mollet. Il est conseillé de suspecter la surinfection ou la rupture du kyste, devant un tableau de dermohypodermite ou de TVP. L'IRM avant la chirurgie est recommandée. Par défaut, une échographie aide au diagnostic et au prélèvement de liquide.

Références :

Infected Baker's Cyst: A New Classification, Diagnosis and Treatment Recommendations
Verbner Jonathan Maximiliano¹, Pereira-Duarte Matias¹, Zicaro Juan Pablo¹, Yacuzzi Carlos¹,
Costa-Paz Matías¹

Journal of Orthopaedic Case Reports 2018 November-December : 8(6):Page 16-23

Baker's Cyst Infection: Case Report and Review

Cornelia Drees, Todd Lewis, and Sherif Mossad

From the Departments of Internal Medicine and Infectious Diseases, The Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio

Les hyperpigmentations faciales : de la clinique au traitement

Expérience du service de dermatologie CHU Hassan II de Fès

Guechhati M, Baybay H, Choukri S, Boughaleb S, Douhi Z, Soughi M, Elloudi S, Mernissi FZ
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

Les troubles de l'hyperpigmentation sont fréquents et peuvent affecter la qualité de vie et représenter un fardeau psychologique important pour les patients.

Les principaux défis des hyperpigmentations faciales (HPF) sont leur résistance au traitement, leur tendance à la réapparition et le risque d'aggravation suite à certaines modalités thérapeutiques. (1)

Objectif :

L'objectif de notre étude était de dresser le profil épidémiologique et clinique de l'ensemble des hyperpigmentations faciales acquises ainsi que l'approche thérapeutique adoptée.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétro-prospective descriptive transversale unicentrique qui a colligé tous les malades présentant une hyperpigmentation faciale acquise, pendant une période de 30 mois allant de Janvier 2021 au mois de Juin 2023, menée au sein du service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès. Le mélasma, les naevus mélanocytaires et les troubles génétiques étaient exclus de notre étude.

Résultats :

Parmi 196 patients, nous avons rassemblé 126 patients. Le sexe ratio était H/F=0.066. L'âge moyen était 45.52 ans avec des extrémités allant de 14 ans à 73 ans.

Les étiologies étaient dominées par les hyperpigmentations post-inflammatoires (HPPI) chez 63 patients, suivie par le lichen pigmentogène (LPP) chez 55 et les hyperpigmentations périorbitaires (HPO) chez 24. 15 patients avaient des épéhlides, deux présentaient une pigmentation post médicamenteuse et deux une ochronose. A noter que chez 25 sur 125, une association d'au moins deux troubles pigmentaires était présente.

L'exposition solaire selon les malades était retrouvée chez 60%, avec une photoprotection respectée chez seulement 11% des patients. Il n'y avait pas de notion de d'antécédents familiaux similaires chez tous nos malades, et l'apparition des lésions était à l'âge adulte chez 67%, et en période péri ménopause chez 21%.

Pour les habitudes culturelles, 20% rapportaient une application répétée de masques traditionnels, huiles, teinture ou henné.

Nos malades étaient classés selon l'échelle de Fitzpatrick ; le phototype 4 était le plus dominant (55%), suivi par le phototype 3 et phototype 5 à seulement 12.9%. Pour le LPP, la localisation de la pigmentation était majoritairement située au niveau des joues et du front. 10.5% avaient une association au niveau du cou ou du corps. L'analyse dermoscopique avait retrouvé un fond érythémateux et un patron granulaire annulaire chez la totalité des LPP, un aspect bleuâtre et de caviar-Like caractéristiques dans les cas d'ochronose. Seuls les cas de confusion LPP avec l'HPPI avaient nécessité une biopsie, réalisée chez 25.4%.

56% une dermatose associée type rosacée ou dermite irritative. Une atteinte du cou ou du corps était notée chez 12 patients des cas de LPP. Dans les cas de LPP, 36.3% des patients avaient une maladie auto-immune associée (MAI).

51% des patients étaient mis sous traitement topique seul, le reste avait bénéficié d'un traitement combiné. Les dépigmentants topiques les plus utilisés étaient (AZ, Trio de KLigman et l'acide kojique). Pour la voie orale, 10 patients étaient mis sous rétinoïdes faible dose, 9 sous acide tranexamique seul de 500mg à 750 mg en dégression, 4 étaient sous association. Une photoprotection était obligatoire. L'évaluation était jugée subjectivement par l'appréciation du malade et objectivement grâce à la clinique et la dermoscopie chaque 4 mois. Une bonne prise de photo avec analyse dermoscopique étaient exigées lors de chaque consultation. Une bonne amélioration estimée à >50% était notée chez 2%, modérée (26-50%) chez 31.7%, et légère (<25%) chez 38.8%.

Discussion:

Les hyperpigmentations constituaient le troisième motif de consultation dermatologique le plus fréquent chez les patients afro-américains (3)

Étant donné les similitudes de présentation des diverses causes d'hyperpigmentation, il est souvent difficile d'élucider l'étiologie de ces affections, ce qui est important pour orienter la prise en charge. Elles peuvent être catégorisées comme épidermiques, dermiques ou mixtes épidermiques-dermiques en fonction de la localisation du dépôt de pigments. La combinaison de l'histoire clinique, de dermoscopie, des caractéristiques histopathologiques et du suivi à long terme est essentielle. (1) Parmi ces dermatoses, le LPP était celle qui s'associait aux MAI, nos résultats épidémiocliniques corroborent ceux décrits dans la littérature. Cela suggère qu'un processus immunologique commun pourrait intervenir dans la genèse du LPP chez les patients présentant des affections auto-immunes. (2)

L'hydroquinone à 4 % et la triple combinaison de crèmes (TCC) sont des traitements de première ligne efficaces pour les dyschromies, mais leur utilisation peut être limitée par l'irritation et, rarement, par l'ochronose.

Plusieurs composés naturels, dont l'acide azélaïque (AZ), l'acide kojique, l'acide ascorbique, la niacinamide, l'arbutin, le bakuchiol et le thiamidol, ont montré une légère efficacité avec une meilleure tolérance. Ces composés sont souvent formulés ensemble, comme était le cas dans notre étude.

Le TXA oral à faible dose est une option de traitement bien tolérée pour l'hyperpigmentation, à condition qu'il soit administré par voie orale, et l'isotrétinoïne à faible dose est un traitement potentiel. (4)

Pour la PIH, Les preuves concernant les différentes modalités de traitement disponibles ne sont pas solides et manquent de puissance. (3)

Compte tenu du faible risque d'effets indésirables, les thérapies topiques sont de première intention, suivies par les thérapies orales, qui peuvent être extrêmement efficaces dans la population de patients appropriée. Les thérapies procédurales, telles que le microneedling, les peelings et les traitements au laser, peuvent être envisagées pour les cas réfractaires et sont souvent utilisées en combinaison avec d'autres traitements oraux ou topiques, étant donné les risques plus élevés de PIH et de récurrence. (4)

Peu d'études se concentrent sur la thérapie et les résultats spécifiquement chez les patients à la peau foncée. (3)

Conclusion :

Les plans de traitement doivent être adaptés en fonction du type de peau du patient, de la tolérabilité, des effets indésirables antérieurs et des antécédents médicaux. La photoprotection reste primordiale. En association avec le traitement local toujours de mise, l'acide tranexamique par voie orale et l'isotrétinoïne à faible dose semblent être une modalité de traitement prometteuse pour stabiliser et diminuer la pigmentation dans le cas du LPP et des HPPI. D'autres études ainsi que de nouvelles modalités doivent être mises en place pour le traitement des troubles pigmentaires. (4)

Références :

- (1) *Disorders of hyperpigmentation. Part I. Pathogenesis and clinical features of common pigmentary disorders, Rebecca F. Wang, February 2023*
- (2) *L'association lichen plan pigmentogène et maladies auto-immunes : mythe ou réalité , Dr M. Ben Brahim, Tunisie, 2020*
- (3) *What's New in Objective Assessment and Treatment of Facial Hyperpigmentation? Vanessa E , 2014*
- (4) *Disorders of hyperpigmentation. Part II. Review of management and treatment options for hyperpigmentation, Dayoung Ko, Michigan, February 2023*

Une morphée du sein radio-induite : à propos d'un cas

I.Bejja, S. Elloudi, Z. Douhi, M. Soughi, H. Baybay, FZ Mernissi
Service de dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

La morphée radio-induite a été longtemps connue depuis les années 1990 comme une complication de la radiothérapie pour un cancer du sein. L'étiologie serait un phénomène de koebner sur un terrain d'auto-immunité favorisant.

Ici nous en rapportons un cas.

Observation :

Une patiente de 66 ans, traitée depuis un an par tumorectomie, radio-chimiothérapie (RCT) puis hormonothérapie (HT) pour un cancer du sein gauche.

Deux ans plus tard, elle fut installée au niveau de la cicatrice de la tumorectomie, en sous mammaire, en sous axillaire et au niveau du flanc gauche des plaques arrondies à ovalaires bien limitées blanc-nacrées légèrement sclérosées bulleuses au centre par endroit sans autres lésions par ailleurs. Un mycosis fongoïde type morphée, une morphée en plaque et un lichen scléro-atrophique extra-génital ont été évoqués. Une biopsie a été faite et l'examen histologique avec immunohistochimie ont montré une horizontalisation avec condensation des fibres de collagène associées à un infiltrat dermique inflammatoire lympho-plasmocytaire s'étendant à l'hypoderme sans épidermotropisme avec complément immunohistochimique négatif compatible avec une morphée.

La patiente a été mise sous bolus de corticothérapie associés au méthotrexate avec une bonne amélioration.

Discussion :

La morphée radio-induite reste rare ou probablement méconnue et souvent ignorée. Elle survient généralement dans un délai moyen d'un an après début de traitement par radiothérapie pour un cancer du sein bien que d'autres localisations (région pelvienne...) ont été rapportées d'une façon exceptionnelle.

Aucun facteur déclenchant n'a été identifié et aucun lien avec les modalités, la dose totale et la dose par fraction de l'irradiation n'a été mis en évidence.

L'examen histologique est indispensable afin de confirmer le diagnostic et d'éliminer une récurrence du cancer, une radiodermite chronique ou encore un lichen scléro-atrophique extra-génital qui restent des diagnostics différentiels au stade scléreux.

Le traitement est identique à celui prescrit dans les morphées classiques bien que quelques cas de régressions spontanées ont été décrits.

Conclusion :

La morphée radio-induite est rare et doit être évoquée devant un érythème post-radiothérapie. Le diagnostic histologique reste indispensable. Le traitement précoce, à la phase inflammatoire, pourrait éviter une évolution scléreuse et améliorer le pronostic fonctionnel et esthétique.

References:

1. Ardern-Jones MR, Black MM. Widespread morphea following radiotherapy for carcinoma of the breast. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:160–2
2. Herrmann T, Günther C, Csere P. Localized morphea: a rare but significant secondary complication following breast cancer radiotherapy. Case report and review of the literature on radiation reaction among patients with scleroderma/morphea. *Strahlenther Onkol* 2009;185:603–7.
3. Cheah NL, Wong DW, Chetiyawardana AD. Radiation-induced morphea of the breast: a case report. *J Med Case Rep* 2008;2:136.

La pachydermodactylie: une entité rare à ne pas méconnaître

I.BEJJA / H. BAYBAY/ Z. DOUHI/ M. SOUGHI/ S. ELLOUDI/ FZ. MERNISSI

Service de dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

La pachydermodactylie est une dermatose fibromateuse superficielle acquise et bénigne qui se manifeste par une tuméfaction symétrique et indolore des articulations interphalangiennes proximales. Elle est fréquente chez le jeune garçon en période pubertaire.

Nous en rapportons un cas chez une jeune fille.

Observation :

Il s'agit d'une adolescente de 17ans, sans antécédents particuliers, pratiquante du karaté qui consultait pour une tuméfaction indolore des doigts de la main droite d'évolution progressive depuis 2ans. L'examen clinique a révélé un épaissement cutané sans hyperkératose en regard des articulations interphalangiennes distales des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} doigts de sa main dominante. L'examen au dermoscope était sans particularités notamment pas de piquetés hémorragiques éliminant ainsi l'hypothèse de verrues vulgaires. Le diagnostic de pachydermodactylie a été retenu devant les critères anamnestiques (pratique du karaté) et cliniques. La patiente a été rassurée de la bénignité des lésions avec nécessité de respect des mesures de protection lors d'exercice de son sport préféré.

Discussion :

La pachydermodactylie est une fibromatose peu rapportée, sans doute sous diagnostiquée qui se caractérise par un épaissement progressif du tissu sous-cutané du dos des articulations des mains, souvent asymptomatique plus rarement douloureux, responsable d'un aspect boudiné des doigts. Son mécanisme physiopathologique est mal connu ; cependant des facteurs mécaniques sont mis en cause : un tic de succion ou de manipulation des doigts, une activité professionnelle ou de loisir comme le cas de notre patiente, parfois elle peut représenter chez l'adolescent une échappatoire à l'anxiété et à la timidité de cette période de la vie où se produisent d'importantes modifications psychologiques et corporelles. Ces gestes exposent essentiellement les index, les annulaires et les médus, pouces et auriculaires étant donc plus rarement atteints. Le diagnostic de cette affection est clinique et il n'est pas nécessaire d'effectuer d'exploration complémentaire, notamment à la recherche d'une maladie rhumatologique sous-jacente. Le diagnostic peut être difficile notamment dans les lésions débutantes et une biopsie cutanée est alors parfois pratiquée. L'application de dermocorticoïdes est moins efficace que les injections de corticoïdes ou de triamcinolone rapportée dans 3 % et 32 % des cas respectivement mais l'arrêt des phénomènes traumatiques reste l'option thérapeutique la plus convenable.

Conclusion :

Le diagnostic de la pachydermodactylie repose sur la clinique qui doit corrélée aux données de l'interrogatoire parfois le recours à l'histologie pour éliminer les autres diagnostics différentiels.

Le traitement repose sur l'arrêt du facteur déclenchant.

Références:

1. Meni C, Boccara O, Leclerc-Mercier S, Hadj-Rabia S, Fraitag S, Bodemer C. Pachydermodactylie : une entité sousdiagnostiquée. À propos de 3 cas et revue de la littérature. Ann Dermatol Venereol 2014;145:S334.
2. Yanguas I, Goday JJ, Soloeta R. Pachydermodactyly: report of two cases. Acta Derm Venereol 1994;74:217—8

3. Bardazzi F, Neri I, Raone B, Patrizi A. Pachydermodactylie : 7 nouveaux cas. *Ann Dermatol Venereol* 1998;125: 247—50

rise en charge des ulcères des membres inférieurs Expérience du service de dermatologie au CHU Hassan 2 de Fès C. Bouhamdi, H. Baybay, R. Dassouli, S. Elhaitamy, Z. Douhi, M. Soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès Introduction : L'ulcère des membres inférieurs est une perte de substance cutanée chronique ne cicatrisant pas pour plus de 6 semaines. C'est une pathologie lourde qui retentit sur la qualité de vie et sur la productivité de la personne. Dans le but d'étudier les particularités des ulcères des membres inférieurs dans notre contexte, et évaluer l'efficacité des différentes possibilités thérapeutiques disponibles dans notre service, nous avons mené un travail s'étendant de Juillet 2020, toujours en cours. Matériels et méthodes : C'est une étude descriptive, analytique avec un suivi prospectif incluant tous les patients ayant un ulcère au niveau des membres inférieurs. Nous avons étudié les particularités épidémiologiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques, ainsi que l'évolution et la survenue de complications. Résultats : Nous avons colligé 80 patients, avec un âge de plus de 40 ans dans 89% des cas, et une prédominance féminine de 63%. Le recueil de la profession a permis de noter la présence d'un orthostatisme dans 73% des cas. Parmi les facteurs de risque, le tabagisme a été présent dans 41% des cas, et l'antécédant de traumatisme dans 47%. 20% des patients ont consulté dans un délai dépassant 1an, tandis que 44% ont consulté dans un délai de moins 6 mois. L'étiologie prédominante de l'ulcère dans notre étude a été l'étiologie vasculaire dans 64% des cas avec une insuffisance veineuse dans la moitié de ces cas. Pour la peau péri-lésionnelle, une fibrose a été retrouvée dans 66% des cas, une dermite ocre dans 38% et les varices dans 36%. L'ulcère a été unique dans 41% des cas, double dans 16% et multiple dans 42%. Le siège a été au niveau du tiers inférieur de la jambe dans 79%. Nous avons eu recours à une échographie doppler révélant une insuffisance veineuse dans 39% des cas, une thrombose veineuse dans 10% et une thrombose artérielle dans 5,97%. L'infection a été la cause dans 13% des cas. Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement local, en fonction de l'état de l'ulcère, à base de détersion mécanique dans 95% des cas, une scarification des berges rigides dans 60%, un traitement de la peau péri lésionnelle dans 70%. Un traitement étiologique a été prescrit dans 100% des cas mais respecté par 54%, avec une contention respectée par 41,79% des cas avec origine veineuse et un traitement vasculaire dans 22%. En cas de retard de cicatrisation, des traitements boosters ont été instaurés. 14,9% de nos patients ont été traités par un laser fractionné ablatif, 36,76% des patients ont bénéficié d'un traitement par plasma riche en plaquettes, et on a complété chez 5,88% des patients par une greffe en pastille. 8% des cas ont été mis sous diode électroluminescente combinée à l'application du bleu de méthylène dans 2,5% avec une accélération significative de la cicatrisation. L'évolution a été marquée par une cicatrisation complète dans 48 % des cas, une cicatrisation dépassant 75% dans 28%. Les rechutes ont été observées dans 14,92%. Les complications relevées chez nos patients ont été essentiellement l'infection dans 67% des cas suivie par l'eczématisation dans 13%. Discussion : Tous nos résultats rejoignent ceux de la littérature. Le traumatisme est le facteur déclenchant le plus retrouvé, avec une fréquence élevée de l'origine vasculaire et en chef de fil l'insuffisance veineuse, suivie par l'origine infectieuse. Le traitement local est toujours le premier à être instauré, le traitement étiologique, parfois difficile, est le garant d'une guérison complète sans récurrence. Un traitement de la peau péri lésionnelle avec une alimentation riche en protéines et une supplémentation en vitamines et en oligo- éléments améliorent de façon significative la cicatrisation. Notre étude, toujours en concordance avec les résultats des études de la littérature, a montré l'efficacité des traitements combinés pour traiter les ulcères récalcitrants. Conclusion : Notre travail a mis en évidence la fréquence élevée des ulcères des membres inférieurs chez une tranche d'âge jeune et active ce qui pourrait impacter l'économie de la population. La prise en charge permettant d'obtenir une cicatrisation correcte de l'ulcère consiste en l'association d'un traitement local avec un traitement étiologique adaptés. Dans les cas des ulcères récalcitrants, on a soulevé l'impact positif des traitements combinés par laser fractionné ablatif, plasma riche en plaquettes et greffe cutanée en plus de la diode électroluminescente combinée à l'application du bleu de Méthylène.

Ulcération Bipolaire Isolée

Cas d'un Diagnostic :

Dr. Dahmani/Pr. Soughi/Pr. Douhi/Pr .Elloudi/Pr.Baybay/Pr.Mernissi

CHU HASSAN II-FES

Introduction :

L'érythème polymorphe (EP) est une dermatose caractérisée par une atteinte bulleuse cutanéomuqueuse aiguë. Les infections sont les principales causes déclenchantes connues, en particulier l'herpès, dans plus de 50 % des cas. L'atteinte des muqueuses buccales et génitales exclusive au cours de l'EP reste une entité rarement rapportée par la littérature dont nous rapportons un Cas clinique.

Observations :

Un homme de 25 ans, marié, ayant une notion d'infection herpétique récurrente.

Qui a consulté aux urgences, pour des érosions diffuses douloureuses, localisées au niveau des muqueuses orale et génitale et persistantes depuis 15 jours avant son admission ; associées à une sensation de picotements, ainsi qu'une odynophagie aux solides puis aux liquides qui a conduit à son hospitalisation.

Par ailleurs le patient rapporte la notion de 4 épisodes similaires, récurrents au niveau exclusivement oral et génital. Il ne signalait pas la notion de prise médicamenteuse particulière avant le début de sa symptomatologie ni la notion de rapports sexuels non protégés ou de symptomatologie pareille chez sa conjointe.

A l'examen clinique, On notait de multiples érosions suintantes, confluentes et à contours polycycliques au niveau orale et génitale, sans aucune manifestation cutanée.

Devant ce tableau clinique, dont le résultat des sérologies ; Notamment celles des hépatites B et C et du VIH étaient : négatives ; le diagnostic d'un érythème polymorphe post herpétique a été fortement évoqué.

Ainsi, un traitement par : Aciclovir injectable pdt 10j, associé à un traitement symptomatique ont été mis en place avec une bonne amélioration clinique.

Discussion :

L'atteinte exclusive des muqueuses (buccale, génitale) au cours d'EP, est une entité rare occupant (6.2%) des cas, qui se présente sous la forme de lésions bulleuses, laissant rapidement place à des érosions plus ou moins étendues. Des croûtes sanguinolentes sont généralement situées sur les muqueuses. L'atteinte cutanée en cocardes est caractéristique mais inconstante.

Cette entité d'EP, pose souvent un problème de diagnostic ; vu la présence de nombreux diagnostics différentiels ; notamment une primo-infection du VIH chez le sujet jeune dont l'expression clinique des muqueuses (buccale, génitale) est similaire à celle de l'EP.

Les stratégies thérapeutiques sont à visée symptomatique avec un traitement antalgique et antiseptique local. Pour les formes récidivantes, un traitement préventif des récurrences, si le facteur déclenchant est connu ; Aciclovir ou Valaciclovir quand il s'agit de l'herpès.

Conclusion :

Le Diagnostic d'EP doit être évoqué devant des ulcérations buccales récidivantes associées à une atteinte des autres muqueuses. L'évolution sous traitement est souvent favorable.

Xanthomes tubéreux géants révélant une hypercholestérolémie familiale homozygote

Naji C, Aboudourib M, Amal S, Hocar O

Service de dermatologie et vénéréologie CHU Mohammed VI Marrakech Maroc

Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad

Laboratoire bioscience et santé Fmpm

Introduction :

L'hypercholestérolémie familiale (HF) est une dyslipidémie héréditaire rare et sévère, caractérisée par une augmentation des concentrations du cholestérol à lipoprotéines de basse densité (LDL), et compliquée de maladies cardio-vasculaires précoces. Nous rapportons le cas d'une patiente suivie pour HF dont le diagnostic est révélé par des xanthomes tubéreux géants.

Observation :

Patiente âgée de 19 ans, consultait pour des nodules indolores multiples des coudes et genoux. L'examen objectivait des xanthomes tubéreux en regard des coudes et genoux, des xanthomes tendineux en regard des articulations métatarso-phalangiennes, et de xanthélasma. On ne trouvait pas d'arc cornéen.

L'examen histologique confirmait le diagnostic avec aspect morphologique compatible à un xanthome sans signe de malignité. On notait une hypercholestérolémie chez le père compliqué d'hypertension artérielle et d'infarctus de myocarde. Un bilan lipidique objectivait une hypercholestérolémie à 6,55g/l et une LDL cholestérol élevé à 6,10g/l en regard d'une HDL cholestérol normal à 0,29g/l et les triglycérides à 0,79g/l.

Le bilan thyroïdien, la radiographie thoracique, l'électrocardiogramme, l'échographie cardiaque étaient normale, l'écho-doppler artériel des membres inférieurs et des troncs supra-aortiques objectivait une infiltration athéromateuse diffuse.

Le diagnostic d'hypercholestérolémie familiale de type IIa selon la classification de Fredrickson était retenu.

La patiente était prise en charge par des mesures hygiéno-diététiques associées à un traitement par atorvastatine et Ezitimibe. Et devant la persistance d'un taux de LDL élevé, la patiente a bénéficié des séances de LDL-aphérèse. Les xanthomes sont prévus pour chirurgie réparatrice et le xanthélasma par Laser.

Discussion :

L'hypercholestérolémie familiale (HF) est une variété rare d'hyperlipoprotéïnémie primaire de transmission autosomique dominante. La forme homozygote est encore très rare, avec une fréquence d'un cas par million de naissances.

Il s'agit d'un trouble du métabolisme des lipoprotéines causées par des défauts dans le gène du récepteur des lipoprotéines de basse densité (LDLR), elle se caractérise par des niveaux élevés de cholestérol de lipoprotéines de basse densité (LDL), une maladie cardiovasculaire précoce (MCV) et des xanthomes multiples apparaissant dès la première décennie et même parfois présents à la naissance. Ils siègent surtout dans la région fessière et sur les faces d'extension des coudes et des genoux. A noter que la présence de xanthomes est associée à un risque de MCV trois fois plus élevé chez les patients atteints de HF.

Il est actuellement bien établi que les sujets atteints d'une hypercholestérolémie familiale présentent une forte prédisposition à l'athérosclérose précoce comme chez notre patiente, et à la survenue de complications cardiovasculaires prématurées qui conduit en l'absence de traitement efficace au décès vers 20ans par accélération de l'athérosclérose.

Le traitement médical associé au régime alimentaire adapté s'avère généralement insuffisant chez les patients homozygotes. Le traitement de choix est représenté actuellement par les LDL-aphérèses, en attendant peut-être un jour la thérapie génique. Les xanthomes peuvent nécessiter une excision chirurgicale avec chirurgie réparatrice s'ils sont défigurant ou entravent la fonction.

Conclusion : Cette observation souligne la nécessité de rechercher une hypercholestérolémie familiale devant une xanthomatose cutanée chez l'enfant. Sa reconnaissance pourrait conduire à la précocité du diagnostic, et permettre de prévenir, dépister et traiter les complications cardiovasculaires.

Le « KETO-RUSH» une forme rare de prurigo pigmentosa.

o.LAFDALI, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL

-Service de dermatologie et de vénéréologie CHU

-MOHAMMED 6 MARRAKECH, DRH Marrakech , Maroc

-Université CADI AYYAD, Laboratoire de biosciences , Marrakech , Maroc

Introduction

Prurigo pigmentosa encore appelé la maladie de Nagashima est une dermatose inflammatoire bénigne relativement rare qui accompagne des situations particulières de cétose.

On appelle KETO-RUSH la forme de pp provoqué par un régime alimentaire cétogène largement médiatisé sous le nom de régime Keto .

Observation

Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 28 ans sans antécédents médicaux particuliers, sous régime cétogène depuis un mois qui se présentait avec une éruption prurigineuse touchant le tronc et le dos apparue 5 jours après le début de son régime. Le tout évoluait dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

L'examen dermatologique objectivait des lésions érythémateuses et papulosquameuses disposées en réseau réticulé associé à quelques macules pigmentées. L'éruption touchait initialement le tronc puis s'étendait vers les épaules et les deux tiers supérieurs du dos.

Le bilan biologique était sans anomalie, une bandelette urinaire réalisée montrait la présence de corps cétoniques dans les urines (+++). Un examen histologique réalisé n'a pas révélé de signe de spécificité .

Le diagnostic de prurigo pigmentosa était retenu sur les critères anamnestiques et cliniques. La prise en charge thérapeutique consistait en l'arrêt du régime cétogène , réintroduction des carbohydrates et une cure de cycline a dose de 200mg par jour .

L'évolution au bout de deux semaines était favorable, aucune nouvelle lésion n'est apparue, avec atténuation du prurit et régression des anciennes lésions. Une légère pigmentation réticulée persistait et serait traitée ultérieurement par des dépigmentants selon la demande de la patiente .

Disucussion

Certes la plupart des cas de PP publiés en littérature sont d'origine japonais, mais une augmentation significative du nombre des cas a été rapportée récemment au monde entier particulièrement chez les asiatiques et les caucasiens. L'émergence et la médiatisation massive du régime cétogène également appelé 'KETODIET' serait probablement responsable de cet accroissement des cas.

En effet il s'agit d'un régime alimentaire qui consiste à réduire la teneur en glucides de l'alimentation (généralement à moins de 50g/j) tout en augmentant la fraction des apports en matières grasses et en protéines créant ainsi un état de cétose.

La plupart des cas de pp pigmentosa rapportés dans la littérature étaient associées à des situations comme le jeune intermittent, la grossesse avec vomissements intenses, la chirurgie bariatrique, le diabète mellitus etc ...

Seulement une vingtaine de cas de PP suite à un régime cétogène étaient décrits entre 2015 et 2023 , la plupart étaient d'origine asiatique ou caucasien .Entre eux deux cas étaient d'origine maghrébin , un cas rapporté au chu de Tunis et un autre au chu de Rabat. Notre rapport de cas s'y rajoute.

Conclusion

Le PP post régime cétogène est une entité sémiologique très peu connue, le dermatologue ainsi que le nutritionniste sont censés poser le diagnostic , prendre en charge et rassurer le patient sur la bénignité de l'affection .

Un cas de kératodermie aqua génique palmaire chez une jeune femme

M. Khallouki^{1, 2}; M. Aboudourib^{1, 2}; M. Louktam^{1, 2}; O.Hocar^{1, 2}; S. Amal^{1, 2} ¹Service de dermatologie, chu mohamed vi, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc; ²Laboratoire Biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech -Univeristé Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

La kératodermie aquagénique est une maladie rare de la peau, caractérisée par des modifications de la peau palmaire, donnant un aspect épaissi, œdémateux ridé et blanchâtre des paumes après immersion dans l'eau. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une kératodermie palmaire aquagénique.

Observation :

Une patiente âgée de 23 ans se présentait pour des lésions papillomateuses blanchâtres de la face palmaire des deux mains avec sensation de brûlure lors du contact avec l'eau, évoluant depuis 2 ans. Le caractère chaud ou froid de l'eau n'influçait pas les lésions. L'examen clinique après immersion des mains notait un aspect plissé et oedématié des pulpes des doigts, une accentuation des dermatoglyphes et une sensation de chaleur localisée. Le contact répété avec l'eau avait abouti à la formation de plaques blanchâtres épaisses, une desquamation secondaire a été notée quelques jours après. Le diagnostic de kératodermie aquagénique a été retenu, aucune biopsie n'a été réalisée. Devant l'association fréquente à la mucoviscidose, des examens pleuropulmonaires et digestifs étaient réalisés, revenant normaux. La recherche de la mutation du gène CFTR n'a pas été réalisée

Discussion :

La kératodermie aquagénique est une maladie rare découverte en 1996, souvent acquise mais des cas héréditaires ou familiaux ont été décrits. Elle atteint principalement la femme jeune .l'atteinte palmaire bilatérale est la plus fréquente mais des localisations atypiques sont possibles. La physiopathologie de la maladie est mal définie ,et peut être expliquée par une augmentation de la concentration du chlorure de sodium dans la sueur et des phénomènes osmotiques responsables de la rétention d'eau dans la peau .L'histologie ,en cas de biopsie cutanée peut montrer une hyperkératose orthokératosique ainsi qu'une hyperplasie des glandes sudoripares eccrines . le diagnostic est clinique, aucun examen complémentaire n'est nécessaire .Cependant l'association fréquente à la mucoviscidose peut imposer dans certains cas la recherche de la mutation du gène CFTR .

Conclusion :

La kératodermie aquagénique reste une affection rare dont le diagnostic facile et son association possible à d'autres maladies notamment la mucoviscidose doit faire y penser devant toute lésion caractéristique.

MAL DE MELEDA : à propos d'un cas

V.N. BOUKANDOU, I. SABOUNI, A. BENZOUINA, G. MEYE, S. AMNUEL, M. AIT
OURHROUL.

Service de Dermatologie, Hôpital Cheikh Zaid- UIASS, Rabat.

Auteur correspondant

Abstract

Introduction : Les kératodermies palmo-plantaire (KPP) sont un groupe hétérogène de maladies cutanées, caractérisées par une hyperkératose des paumes et des plantes, parmi lesquelles on distingue 3 groupes : KPP héréditaires, génodermatoses avec KPP et KPP acquises. Le mal de Méleda est une kératodermie palmoplantaire congénitale rare, de distribution géographique large, surtout observée dans les pays à forte consanguinité traditionnelle débutant souvent au cours des premières semaines de vie, ou dans l'enfance. Nous rapportons un cas de Mal de Méleda.

Observation : Patient âgé de 31 ans, né de parent consanguin, suivi pour une kératite référée de l'ophtalmologie pour prise en charge d'une kératodermie palmaire évoluant depuis l'âge de 6 ans et s'aggravant progressivement. A l'examen on retrouvait une kératodermie palmaire bilatérale et symétrique diffuse jaune paille, malodorante, d'aspect mité, à caractère transgrediente, et une chéilite angulaire et érythémateuse en rouge à lèvres au niveau des lèvres. Le reste de l'examen était sans particularité. Nous avons retenu le diagnostic de Mal de Méleda. Le patient a été mis sous traitement antifongique par voie locale et sous kératolytiques avec une nette amélioration au bout de 2 mois.

Discussion : La KPP type Méleda tire son nom de l'île adriatique de Méleda, actuellement nommée Mljet en Yougoslavie à caractère sémiologique particulier. Elle est causée par une mutation affectant le gène ARSB situé sur le chromosome 8q24.3 qui code pour une protéine secreted mammalian ly-6/u PAR related protéine 1 (SLURP1). Elle débute en général dans l'enfance ou cours des premières semaines de vie par un érythème palmo-plantaire, compliqué d'une hyperkératose diffuse, souvent, épaisse, jaunâtre parfois fissurée, s'étendant sur les faces dorsales des mains et des pieds prenant un aspect en « gants et en chaussettes » formant ainsi le caractère transgredient de la maladie. La KPP est souvent surinfectée par des dermatophytes. L'aspect histologique est non spécifique associant une hyperkératose orthokératosique, une hypergranulose, une papillomatose et une acanthose, avec un infiltrat inflammatoire modérée, lymphocytaire et histiocytaire du derme superficiel. De rares cas de caractère progredient du mal de Méleda au niveau des lèvres sous forme de chéilite érythémateuse diffuse, rose vif en « rouge à lèvres » associée à une chéilite angulaire ont été rapportés dans la littérature, le différenciant ainsi des autres KPP héréditaires avec atteinte péri orificielle. L'évolution du mal de méleda peut être émaillée de périodes d'exacerbations en rapport avec le travail manuel. Le traitement repose sur l'utilisation des kératolytiques, antifongiques par voie locale ou systémique et rétinoïdes. La prise en charge chirurgicale consiste à réaliser des greffes de peau inguinale totale au niveau des paumes afin de limiter les rétractions cutanées semble essentielle, mais reste un sujet à controverse du fait de la survenue de récurrence selon certains auteurs.

Conclusion : Le mal de méleda est une KPP congénitale rare, à grande variété sémiologique, souvent méconnues cliniquement des dermatologues. Devant une chéilite angulaire associée à une KPP évoluant depuis l'enfance, toujours penser au mal de méleda. La prise en charge nécessite une étroite collaboration entre dermatologue et plasticien.

Mots clés : Mal de méleda, chéilite angulaire, KPP héréditaire,

Déclaration d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Porokératose faciale solaire: une nouvelle entité rare de porokératose

Z .Mernissi ,S .Hazmiri , M .Aboudourib ,O.Hocar, S.Amal

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI, Marrakech –Maroc,

Introduction :

Les porokératoses sont un ensemble de dermatoses acquises ou héréditaires caractérisées par un troubles de kératinisation.Elles sont définies cliniquement par des lésions annulaires entourées d'une bordure périphérique caractéristique et histologiquement par une colonne parakératosique appelée lamelle cornoïde.

On distingue plusieurs variantes de porokératose telles que la porokératose de Mibelli et la porokératose actinique disséminée superficielle . Au cours des dix dernières années, une nouvelle entité rare a été décrite sous le nom de porokératose faciale solaire survenant uniquement sur le visage .Nous rapportons cette nouvelle entité chez deux sœurs.

Observation :

Deux sœurs âgées de 28 et 30 ans , sans antécédants pathologiques particuliers ,se sont présentées pour des lésions annulaires hyperkératosiques similaires du visage évoluant depuis 10 ans. Ces lésions étaient petites au début et ont progressivement augmenté de taille avec aplatissement de la partie centrale. Les lésions étaient associées à de légères sensations de démangeaisons s'accroissant lors de l'exposition au soleil. Il n'y avait pas de notion de prise de médicament, d'irradiation ou d'application topique d'un médicament.

À l'examen cutané, on a noté de nombreuses petites lésions arrondies de 2à 5mm à centre atrophique et pigmenté cernées par une fine bordure filiforme périphérique plus palpable que visible,siégeant au niveau du nez et de la région paranasale ,on a observé également quelques cicatrices ponctuées déprimées et des lésions rétentionnelles et cicatricielles d'acné. L'examen dermoscopique montrait la lamelle cornoïde jaune brunâtre entourant un centre plat. Les deux patientes ont refusé de faire une biopsie cutanée .Le diagnostic de porokératose faciale solaire a été retenu devant la confrontation de signes cliniques et dermoscopiques caractéristiques de cette variété.

Discussion :

Les porokératoses sont des troubles de différenciation épidermique dus à l'expansion de kératinocytes épidermiques anormaux. La porokératose de Mibelli et sa variante la plus courante, la porokératose actinique superficielle disséminée, sont héritées comme des traits autosomiques dominants. Les lésions sont le plus souvent situées sur le tronc et les extrémités. L'atteinte faciale exclusive est rare. Au cours de ces dernières années ,une nouvelle variante très rare sous le nom de porokératose faciale solaire a été décrite , présentant un tableau clinique et histopathologique caractéristique et pouvant être distinguée des autres variétés de porokératose.

La porokératose solaire faciale est caractérisée par des lésions annulaires de couleur chair unique à multiples mesurant de 0,1 cm à quelques centimètres, entourées d'un rebord kératosique apparaissant le plus souvent sur les régions nasale et paranasale. L'examen dermoscopique montre la lamelle cornoïde jaunâtre entourant une zone cicatricielle rose-blanche au centre. L'histopathologie du bord hyperkératosique montre une lamelle cornoïde caractéristique de la porokératose.

Aucune modalité thérapeutique n'a été mentionnée pour la porokératose solaire faciale. Les lésions peuvent répondre aux stéroïdes topiques, aux inhibiteurs de la calcineurine, aux analogues de la vitamine D3, à la cryothérapie, à l'imiquimod ou au 5-fluorouracile topique,associés à une photoprotection systématique.

Conclusion:

La porokératose solaire faciale est une nouvelle entité clinique rare de porokératose décrite récemment ,définie par un tableau clinique et histopathologique très caractéristique et qui se distingue facilement des autres variétés de porokératose.

Purpura unilatéral associé à une thrombose veineuse profonde

I.Biygoine, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal
Service de dermatologie et vénéréologie
Laboratoire de biosciences et santé
CHU Mohammed VI Marrakech; Maroc

Introduction:

Le purpura est un signe clinique rarement associé à une thrombose veineuse ; il traduit l'extravasation du sang en dehors des vaisseaux.

Observation :

Un homme de 57 ans, tabagique chronique sévère, suivi pour un syndrome pneumo-rénal, une tuberculose pulmonaire TPM+ au premier jour du traitement anti bacillaires (ERIPK4), qui présentait 2 jours après sa séance d'hémodialyse, un gonflement du membre inférieur droit douloureux suivie par l'installation d'une éruption cutanée. L'examen objective un purpura unilatéral pétéchial et ecchymotique du membre inférieur droit surmonté de lésions bulleuses à contenu clair ; une tuméfaction unilatérale du même membre étendu à la racine de la cuisse, et une grosse bourse droite (figure 1 et 2). Le reste de l'examen était sans particularités.



Fig 1 : purpura unilatéral à J0



Fig 2 : purpura avec bulles à J1

Les prélèvements sanguins ont révélé une anémie normochrome normocytaire à 9g/dl, les plaquettes à 168000/ul, les GB normaux, une cytololyse hépatique : ASAT à 66 u/l, ALAT à 57 u/l, GGT à 108, urée à 1,73 g/l, créatininémie à 85,6 mg/l, CRP à 177 mg/l et une procalcitonine à 2,65 ; l'écho-doppler du membre inférieur droit révèle une thrombose veineuse profonde droite

La décision était de continuer le traitement antibacillaires sous surveillance hépatique stricte, mettre le patient sous antibiotique à base de ceftriaxone 2g/j et anticoagulant (bemiparine 5000ui/j), par la suite le purpura commençait à régresser, et sur le plan dermatologique de

réaliser un bilan de thrombophilie et paranéoplasique et une biopsie cutanée; le patient décide de refuser toute prise en charge médicale.

Discussion :

Le purpura a deux mécanismes d'apparition. Le premier est d'ordre hématologique, c'est-à-dire qu'un problème de coagulation, permet la sortie de sang des capillaires sanguins, comme dans la thrombopénie et les autres thrombopathies. Le second mécanisme est d'ordre vasculaire, c'est-à-dire que l'intégrité de la paroi des vaisseaux ou des capillaires sanguins est altérée, ce qui permet une sortie du sang dans le derme, dans ces cas le purpura est bilatéral. De rares cas de dermatoses purpuriques pigmentées unilatérales ont été décrites notamment la capillarite unilatérale linéaire. D'autres causes rares du purpura asymétrique ont été attribuées à la maladie de Schamberg unilatérale, au lichen purpurique et le Covid 19. Bien que la TVP soit associée à une augmentation aiguë de la pression veineuse, pour des raisons obscures, elle provoque rarement un purpura, ayant été décrite deux fois auparavant dans la littérature. Dans notre cas, nous avons le facteur de stase soupçonné d'être un facteur étiologique.

Conclusion :

Le purpura est un signe rare de la thrombose veineuse profonde. Notre observation est originale en étant le 3^{ème} cas décrit.

Focal acral hyperkeratosis: case report

I.Kial, M.Khallouki, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal

Department of dermatology of Marrakech, CHU Mohamed VI of Marrakech, University of medicine and pharmacy of Marrakech.

Introduction

Focal acral hyperkeratosis is a rare genodermatosis characterized by a keratotic white papules or plaques along the borders of the hands and feet. Both sporadic and familial forms have been reported, with an apparent autosomal dominant inheritance in the familial cases.

We report a case of FAH in a 38-years-old female with a good clinical outcome using topical retinoids and keratolytics.

Observation

A 38-year-old female presented with multiple persistent white papules on the feet. Physical examination revealed asymptomatic, multiple, firm, yellowish to white, hyperkeratotic papules clustered on the lateral borders of the feet.

The nails and hair were unremarkable.

The patient had no history of local trauma, or exposure to chemical substances. In addition, there was no history of atopy and no other significant medical history.

A skin biopsy specimen, taken from a representative lesion on the dorsum of the left feet, showed focal orthohyperkeratosis in a slightly acanthotic epidermis with slight hypergranulosis. No specific changes were detected in the dermis.

These clinical and histological findings were consistent with the diagnosis of FAH.

topical treatment with retinoids and keratolytics one application was initiated with a good clinical outcome after 4 months.

Discussion

FAH is rare genodermatoses that share with acrokeratoelastoidosis similar clinical features and histologically identical epidermal alterations. Both disorders are usually sporadic, although familial cases suggesting an autosomal dominant inheritance and with incomplete penetrance have been described. There is no racial or sexual predilection.

Clinically, multiple flesh to yellowish colored papules and plaques are localized to the margins of the hands and feet specially the thenar and hypothenar eminences. The lesions can be multiple, small, firm, round, oval, or polygonal. They generally appear in the second or third decade of life, and gradually increase in number over several years.

The lesions are symmetrical and asymptomatic, although unilateral and painful variants have been documented. Associated findings may include hyperhidrosis and a diffuse hyperkeratosis of the palms and soles. Lesions gradually increase in number and size over the years. Rapid extension during pregnancy has been reported.

Histologically FAH shows a pronounced orthohyperkeratosis overlying a crateriform depression in the epidermis. Hypergranulosis and mild acanthosis are commonly observed. The differential diagnosis of keratotic papules along the borders of the hands and feet that can be familial includes: acrokeratosis verruciformis of Hopf, degenerative collagenous plaques of the hands, digital papular calcinosis, mosaic acral keratosis, and hereditary papulotranslucent acrokeratoderma. They all exhibit similar clinical findings; however, the histological features aid in their differentiation.

There is no effective treatment of FAH to date. The treatment options for FAH aim to decrease the hyperkeratosis, such as the topical keratolytics including: urea, salicylic acid, and lactic acid, topical retinoids, and repeated physical debridement. In our case, we had a good outcome with topical keratolytics and retinoids after 4 months of treatment. Systemic treatment with acitretine has been considered as an effective alternative. Treatment should conform to the patient's concerns since FAH is asymptomatic and benign, but potentially disfiguring.

Conclusion

FAH is a rare disorder that should not be overlooked, the particularity of our case is the rapid and good clinical outcome after topic

Délire dermatozoïque ou syndrome d'Ekbohm : à propos de deux cas

Y. Zarouali¹, K. Elmachichi¹, CH. Naji¹, F.Z. Afryad¹, B. Amal¹, M. Aboudourib¹, O. Hocar¹, S. Amal¹

1 Service de dermatologie et vénéréologie
Faculté de médecine et de pharmacie – Marrakech-Maroc

Introduction :

Le délire dermatozoïque ou syndrome d'Ekbohm se caractérise par la conviction délirante du patient d'avoir la peau infestée de parasites ou d'insectes, en l'absence de toute parasitose objectivable. Il s'agit d'un trouble d'évolution chronique, avec une incidence annuelle de 0,5 à 0,8 cas pour 1000 habitants dans le monde. La prescription d'antipsychotiques est la base du traitement, mais il ne faut pas oublier la psychothérapie et la coopération entre dermatologues et psychiatres.

Nous rapportons deux cas cliniques qui présentent un délire d'infestation parasitaire cutanée, en mettant l'accent sur l'intérêt du diagnostic clinique, prise en charge dermato-psychiatrique de ce syndrome rare, parfois sous diagnostiqué.

Observation :

Cas numéro 01 : patiente âgée de 63 ans, s'est présentée en consultation de dermatologie pour des plaintes sous forme d'un prurit généralisé. À l'interrogatoire, la patiente décrit une sensation d'infestation parasitaire sous cutanée évoluant depuis une année, en voulant apporter la preuve de son infestation, la patiente nous a montré un récipient contenant des débris organiques et des fibres vestimentaires « signe de la boîte d'allumette » Elle attribuait ces sensations à des insectes grouillant sous sa peau. L'examen général retrouve une patiente avec une humeur dépressive, l'examen dermatologique a révélé des lésions de grattage avec une lésion ulcérée au niveau abdominal secondaire au prurit intense. Un bilan réalisé a permis d'écarter toute pathologie organique cooccurrente. La patiente a été mise sous Sertraline 50 mg par jour associée à une psychothérapie.

Cas numéro 02 : patient âgé de 43 ans, ayant comme antécédent : une gastrite chronique associée à une colopathie fonctionnelle, adressé par son médecin gastro-entérologue à la consultation de dermatologie pour des plaintes cutanées avec sensation d'infestation parasitaire sous la peau, l'examen clinique objective une ulcération au niveau thoracique avec multiples excoriations ainsi que des lésions de grattage au niveau abdominal, un bilan réalisé a

permis d'écarter toute pathologie organique associée. L'examen psychiatrique a objectivé un syndrome délirant, monothématique, systématisé, en secteur, centré sur l'infestation par les insectes, avec un vécu intense de ce délire. Le patient a été mis sous antipsychotique (Risperidone 2 mg /j) avec un suivi en consultation psychiatrique.

Discussion :

Le délire dermatozoïque, ou syndrome d'Ekbom est une entité rare qui touche préférentiellement les femmes et bien connue chez le dermatologue l'interlocuteur privilégié des patients atteints d'un délire de parasitose, les psychiatres peuvent parfois le méconnaître. La symptomatologie est caractérisée par la conviction délirante d'avoir la peau infestée par des parasites ou des insectes, alors qu'en réalité, aucun signe clinique ou paraclinique de parasitose ne peut être identifié. Ce délire monothématique, sous-tendu par des hallucinations tactiles ou visuelles, s'accompagne généralement d'un vécu anxieux important. Dans la plupart des cas, le patient apporte des preuves de son infestation sous forme d'une boîte contenant des « spécimens » (généralement : les poils ou des squames). Les classifications modernes rangent le syndrome d'Ekbom dans les "troubles délirants persistants" pour la CIM-10 et le désignent comme un trouble délirant du type somatique » dans le DSM 5. La prise en charge des patients présentant un délire d'infestation cutanée est souvent complexe, il existe généralement un retard de diagnostic, car les patients atteints de ce trouble rejettent ce dernier ainsi que son traitement psychiatrique. Ils consultent souvent de nombreux spécialistes (dermatologues, internistes ou allergologues). Actuellement, selon plusieurs études, les molécules antipsychotiques de la seconde génération telles la Risperidone, l'Olanzapine et l'Amisulpride sont les plus recommandées.

Conclusion :

Le délire dermatozoïque ou syndrome d'Ekbom, présente souvent une morbidité psychosociale. Il demeure une entité nosologique difficile à classer du point de vue dermatologique, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire permettant d'assurer l'information du patient, le contrôle de la maladie ainsi que son soutien psychologique.

Délire d'infestation

Mdhaffar Dorra , Souissi Asmahane , Tabka Mariem ,Damak Imen, Elinkicheri Dorsaf ,
Mokni Mourad

Introduction

Le syndrome d'Ekbom est une affection rare, caractérisée par la conviction délirante d'avoir la peau infestée de parasites malgré l'absence de toute preuve parasitologique pouvant étayer cette conviction.

Observation

Une femme âgée de 50 ans, mariée et mère de 3 enfants, vendeuse, a consulté au service de dermatologie pour une sensation de migration d'insectes sous la peau entraînant un prurit intermittent évoluant depuis 2 ans. La patiente a consulté plusieurs dermatologues et a reçu à plusieurs reprises des traitements à base d'ivermectine et de diméticone, sans amélioration. Cette sensation exacerbée au niveau des zones pileuses a amené la patiente à raser tout le cuir chevelu et à faire des douches pluriquotidiennes afin de se débarrasser des insectes. Elle s'est isolée de son mari et de ses enfants de peur de les contaminer et affirme que malgré cela, son mari rapporte la même symptomatologie. La patiente affirmait qu'elle retirait de sa peau de façon quotidienne des « insectes », correspondant à des débris de peau, qu'elle nous a apporté dans un bocal. L'interrogatoire ne trouvait pas d'antécédent psychiatrique, de consommation de substance psycho-active, ni de traitement au long cours. L'examen dermatologique notait un cuir chevelu complètement rasé. La patiente pleurait tout au long de la consultation et exprimait son angoisse face à cette symptomatologie. Le diagnostic de syndrome d'Ekbom a été retenu.

Discussion

Le syndrome d'Ekbom est un délire d'infestation cutanée parasitaire où le patient croit que sa peau est infestée par des insectes invisibles. Il affirme ressentir des sensations à type de piqûres ou de démangeaisons et visualiser les insectes sous diverses formes en l'absence de toute parasitose objectivable. Cette croyance d'infestation engendre des tentatives d'éliminer les parasites, comme chez notre patiente qui a apporté lors de la consultation un bocal de débris de peau qu'elle pense être la preuve de l'infestation, appelé le « matchbox sign ». Les patients demandent, comme cela a été le cas dans notre observation, un nombre croissant de tests diagnostiques et de traitements antiparasitaires, ils y parviennent souvent en demandant des évaluations médicales à des spécialistes dans plusieurs centres de santé. Un état dépressif sévère est très souvent présent au cours du syndrome d'Ekbom, mais d'autres troubles mentaux peuvent l'accompagner, comme la schizophrénie, la démence et l'anxiété d'où la nécessité d'un examen psychiatrique détaillé pour démarrer une prise en charge adaptée. -La prise en charge de la parasitose délirante peut être complexe. Elle implique une approche multidisciplinaire combinée avec une relation patient-médecin basée sur la confiance, une thérapie cognitivo-comportementale et un traitement pharmacologique.

Certains recommandent un suivi psychiatrique au sein du service de dermatologie, pour accompagner d'une manière souple le patient. La mise en place de consultation multidisciplinaire de psychodermatologie dans nos hôpitaux serait d'une grande aide dans ces cas.

Conclusion

Le syndrome d'Ekbom est souvent sous-diagnostiqué car il est peu connu par les praticiens. La conviction des patients que la parasitose est réelle entraîne une multiplication des traitements antiparasitaires et un refus par les patients des soins psychiatriques. Etablir une relation de confiance avec les patients en suivant une approche basée sur l'écoute et l'empathie est la clé pour entamer la prise en charge psychologique.

Maladie de Weber-Christian associée à une polyarthrite rhumatoïde et une tumeur ectopique sécrétant l'ACTH

B. Bennour¹; M. Aboudourib¹; O. Hocar¹; S. Amal¹

¹Service de dermatologie et de vénéréologie, C .H.U Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction

La maladie de Weber-Christian (MWC) également appelée panniculite nodulaire fébrile récidivante est une maladie idiopathique caractérisée par des poussées de nodules sous-cutanés inflammatoires survenant typiquement sur les membres inférieurs et le tronc chez des femmes jeunes. C'est un diagnostic d'élimination retenu après élimination des autres causes d'hypodermes lobulaires. Plusieurs pathologies associées à la MWC ont été rapportées telles que le lupus érythémateux disséminé, les hépatites auto-immunes, les anémies hémolytiques et la hyalinose segmentaire et focale. Nous rapportons un cas particulier de l'association de la MWC à une polyarthrite rhumatoïde (PR) et à une tumeur ectopique sécrétant l'ACTH.

Observations

Une patiente âgée de 48 ans consultait pour bilan étiologique d'hypodermes récurrentes de la cuisse gauche. L'examen dermatologique retrouvait plusieurs nodules sous cutanés inflammatoires fistulisés et ulcérés. Par ailleurs, elle présentait une obésité facio-tronculaire, une alopecie androgénique et un hirsutisme faisant évoquer un syndrome de Cushing. Une biopsie à 3 fragments était réalisée. L'examen bactériologique, mycologique et le geneXpert étaient sans anomalies. L'étude histologique objectivait un infiltrat inflammatoire dense et polymorphe de l'hypoderme de localisation lobulaire à prédominance neutrophilique mêlé à un granulome lipophagique sans vascularite. L'amylasémie, la lipasémie, le dosage de l'alpha1 anti-trypsin, le myélogramme et l'imagerie pancréatique étaient normaux. L'exploration du trouble hormonal avait confirmé l'hypercorticisme biologique à ACTH élevée avec des imageries hypophysaire et surrénalienne normales. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien avait retrouvé des nodules osseux suspects avec rupture de la corticale diffus à l'étage thoracique et pelvien, des micronodules pulmonaires diffus et une infiltration mésentérique et de la graisse para rénale et des fascias péri rénaux. Quant à l'exploration étiologique de l'atteinte articulaire, le bilan avait confirmé une PR. Le diagnostic retenu chez notre patiente était une association de la MWC à une PR et à une tumeur ectopique sécrétant l'ACTH.

Discussion

Etant donné sa rareté, la physiopathologie de la MWC n'est pas très bien élucidée et son traitement n'est pas codifié. L'atteinte de la graisse péri viscérale et du mésentère ainsi que l'atteinte pulmonaire décrites chez notre patiente ont déjà été rapportées dans la littérature. Les nodules pulmonaires résultent de l'infiltration des cellules spumeuses au niveau des alvéoles.

L'association de la MWC à la polyarthrite rhumatoïde a été décrite dans des rapports de cas. Notre observation a la particularité de rapporter une association entre la MWC et la tumeur ectopique sécrétant l'ACTH qui n'a jamais été décrite.

Conclusion

On considère que la coexistence de ces deux pathologies devrait être ajoutée à la liste des constatations associées à cette maladie intrigante.

Porphyrie cutanée tardive: à propos d'un cas clinique

E. El bakali, E.B. Keby, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira

Service de dermatologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, université Mohammed V, Rabat

Introduction : La porphyrie cutanée tardive (PCT) est la porphyrie la plus fréquente, due à l'accumulation excessive des porphyrines au niveau hépatique et cutané. Elle est en rapport avec une dysfonction enzymatique de l'uroporphyrinogène décarboxylase (UPg-D), qui est le plus souvent sporadique et en présence des facteurs de susceptibilité. Nous rapportons un cas de porphyrie cutanée tardive chez un homme avec garde-côtes de profession.

Observation clinique : Patient âgé de 26 ans, garde-côtes de profession avec une exposition solaire moyenne de 8 heures par jour, sans notion d'éthylisme, issu d'un mariage non consanguin avec absence de cas similaire dans la famille. Il consultait pour une éruption bulleuse des zones photo-exposées évoluant depuis 1 an associée à une fragilité cutanée au moindre traumatisme et des urines foncées. L'examen dermatologique objectivait des bulles tendues au niveau du dos des mains et des pieds, à continu clair, reposant sur une peau saine, avec un signe de Nicolsky négatif, des cicatrices atrophiques et des grains de millium. En plus, une hyperpigmentation faciale avec des signes marqués de héliodermie et une légère hypertrichose malaire. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. L'étude histologique était en faveur de porphyrie cutanée tardive, montrant une bulle sous-épidermique dont le toit est intact avec conservation du relief festonné papillaire; le derme comporte un discret infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire péri-vasculaire et l'épaississement des parois des vaisseaux. Le taux des porphyrines urinaires était très élevé avec uroporphyrines à 7640 nmol/l soit coproporphyrine I à 2577 nmol/l soit coproporphyrine III à 254nmol/l. Les sérologies du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites B et C étaient négatives. La fonction rénale et les bilans hépatiques étaient normaux. Le taux d'hémoglobine était à 12.8 g/dl, la ferritinémie à 98 ng/ml et le fer sérique à 104 µg/dl.

Le patient a bénéficié d'un reclassement professionnel (pour éviter l'exposition solaire et minimiser les traumatismes), d'une photoprotection et d'un traitement à base de hydroxychloroquine 200 mg 2 fois/ semaine, avec une bonne amélioration clinique des lésions cutanées au bout de 6 semaines.

Discussion : La porphyrie cutanée tardive (PCT) est le type de porphyrie le plus fréquent, en rapport avec un déficit de l'activité de l'Uroporphyrinogène décarboxylase (UPg-D). La pathogénie implique une phototoxicité cutanée due au dépôt de produits métaboliques alternatifs provenant d'une accumulation excessive de porphyrinogène hépatique. Environ 20 % des cas sont associés à des mutations familiales de l'UPg-D, tandis que 80 % des patients présentent une PCT acquise en l'absence de mutations de l'UPg-D. Ces patients présentent souvent des facteurs de susceptibilité entrent en jeu en diminuant l'activité de l'UPg-D jusqu'à un seuil qui va entraîner des manifestations cliniques. Les facteurs fréquemment incriminés: l'alcool, l'hépatite C, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou l'hémochromatose. Cliniquement, elle se manifeste par une fragilité cutanée, des bulles, une héliodermie et une dyspigmentation des zones photo-exposées. Le profil biochimique caractéristique de PCT, avec des taux élevés des porphyrines urinaires et plasmatiques, permet d'établir le diagnostic. Le traitement se base sur la phlébotomie thérapeutique (retirer de 450 ml de sang toutes les 2 semaines jusqu'à ce que la concentration de ferritine soit inférieure à 20 ou 25 ng/dL), l'hydroxychloroquine (100 à 200 mg 2 fois par semaine), la photoprotection et le contrôle des facteurs de susceptibilité.

Conclusion :

Bien que la PCT soit facilement traitée et non mortelle, des rechutes peuvent survenir après un traitement réussi, surtout en cas d'absence de prise en charge adéquate des facteurs de susceptibilité.

Prurigo nodulaire de Hyde : quelles avancées ?

M.El Maati¹, K.Khachani¹, N.Ismaili¹, M.Meziane¹, L.Benzekri¹, H.Syrine¹, K.Senouci¹

¹ Service de Dermatologie, Hôpital Ibn Sina, Université Mohamed V- Rabat-

DEFINITION

Prurigo constitue l'ensemble d'affections ayant en commun des lésions cutanées prurigineuses excoriées et/ou associés à des stries de grattage, localisées ou généralisées. La forme aiguë généralement due piqûres d'insectes évolue en moins de 6 semaines. La forme chronique quant à elle dépasse 6 semaines et peut être d'origine dermatologique, ou non dermatologique (neurologique, psychiatrique, systémique, indéterminé). Le Prurigo nodulaire de Hyde touche préférentiellement les femmes de 30 à 50 ans est un prurigo chronique associé à des lésions papulo-nodulaires érythémato-violacés excoriées qui disparaissent en laissant place à des cicatrices hyper pigmentées. Les lésions sont généralement d'âges différents, la peau entre les nodules semble normale. Ils siègent préférentiellement de façon symétrique sur les faces d'extension des quatre membres épargnant les paumes et plantes et zones inaccessibles au grattage (haut du dos= signe du papillon).

ETIOPATHOGENIE

Bien que les mécanismes pathogéniques du prurigo ne soient pas élucidés, il semblerait qu'il soit la résultante d'**interactions complexes** entre structures nerveuses, vasculaires, neuropeptides, cellules inflammatoires et de la peau via des cycles vicieux de démangeaisons grattages répétés.

Il a été démontré une accumulation des polynucléaires éosinophiles dans le derme lésionnel, les éosinophiles libèrent des médiateurs tels que l'interleukine (IL)-31, la Tryptase, la protéine cationique des éosinophiles, l'histamine, les prostaglandines et les neuropeptides notamment le Nerve Growth Factor. Celui-ci est responsable d'une part d'une dégranulation des mastocytes mais aussi d'une hypertrophie nerveuse avec une surexpression des récepteurs aux NGF augmentant ainsi la densité des terminaisons nerveuses contenant des neuropeptides telle que la substance P et Calcitonin gene related protein. Ces derniers vont se fixer sur des récepteurs spécifiques au niveau de la corne postérieure entraînant une vasodilatation qui induit la libération de bradykinine, de l'histamine et de la sérotonine. On leur attribue l'abaissement du seuil de sensibilité tactile rétablie par l'application de Capsaïcine. Cette hypertrophie nerveuse contraste avec une raréfaction des fibres nerveuses au niveau de l'épiderme de la même peau lésionnelle pouvant être secondaire à un grattage mécanique répété.

D'une autre part les fibres nerveuses hyperplasiques expriment les récepteurs μ aux opiacés avec un déséquilibre du système mu et kappa ce qui joue un rôle dans la genèse du prurit. Enfin, L'IL-31, responsable d'un prurit féroce, a été retrouvée en abondance dans le derme du prurigo de Hyde en se liant à leur récepteur hétérodimérique IL31A et à l'oncostatine M. secrétée par des cellules T activées, elle se lie à un récepteur (IL-31RA) exprimé par les kératinocytes et les ganglions des racines dorsales de la moelle épinière.

THERAPEUTIQUES

L'objectif global du traitement est de rompre le cycle démangeaisons-grattage, réduire le prurit afin d'améliorer les lésions ainsi la qualité de vie de ses patients en agissant à la fois sur les composantes neurales et immunologiques de la maladie, en tenant compte des spécificités du patient. Souvent, le meilleur moyen d'y parvenir est d'utiliser un régime multimodal associant des thérapies systémiques et topiques. Les traitements topiques examinés lors du prurigo de Hyde dans des essais cliniques randomisés comprennent les corticostéroïdes, le Pimecrolimus et le Calcipotriol. La Capsaïcine

topique réduit la douleur et le prurit via la déplétion des neuropeptides dans les petites fibres nerveuses cutanées sensorielles au dépend d'une *irritation importante*.

Les injections intra-lésionnelles d'acétonide de triamcinolone et les anesthésiques topiques peuvent être utilisés pour les formes paucilésionnelles.

La photothérapie notamment les UVB à spectre étroit (NBUVB), les UVA, les psoralènes avec UVA (PUVA) et les UVB à large spectre trouvent leur indication dans les formes étendues. La thérapie de Goeckerman modifiée qui associe une thérapie UVB quotidienne à large spectre, l'application de goudron de houille brute et de corticostéroïdes topiques sous occlusion a été abandonnée vu l'effet carcinogène. Des moyens physiques peuvent être préconisés à savoir des séances de TCA, des excisions chirurgicales, de la cryothérapie et le laser colorant pulsé.

Traitements systémiques comprennent comme chef de file le Thalidomide (100-200 mg/jour). Les immunosuppresseurs en l'occurrence le méthotrexate a montré son efficacité dans deux études rétrospectives dans le traitement de la PN. La ciclosporine est un autre traitement systémique, utilisée à raison de 2-5 mg/kg par jours. Les antiépileptiques une autre classe thérapeutique nécessitant des doses élevées pour l'obtention de l'effet thérapeutique majorant ainsi leur sédatif, cause d'interruption du traitement.

La classe des gabapentinoïdes est plus efficace dans les prurigos psychogènes. La Gabapentine est prescrite à la dose de 300 mg par nuit et augmenté jusqu'à 3600 mg par jour. Quant à la prégabaline, elle est utilisée à raison de 75 à 600 mg par jour en augmentation progressivement.

Les antidépresseurs peuvent être utilisés notamment la Paroxétine, la Fluvoxamine, la Duloxétine et l'Amitriptyline afin de soulager le prurit. En effet, l'Amitriptyline a fait preuve lors d'une étude pilote menée par une équipe italienne avec un dosage initial de 60 mg par jour pendant 3 semaines, suivi de 30 mg par jour pendant 2 semaines et de 10 mg par jour pendant 1 semaine.

D'une autre part, plusieurs études ont examiné l'efficacité des médicaments modulant les récepteurs opioïdes dans le traitement du prurit chronique. Le Butorphanol et la Nalbuphine étaient tous deux prometteurs. Les antagonistes des récepteurs de la neurokinine-1 (NK1R) réduisent les démangeaisons en bloquant la SP35. L'Aprépitant approuvé par la FDA pour les nausées et vomissements associés à la chimiothérapie, est actuellement utilisé dans les prurigos réfractaires. Il est prescrit à 80 mg par jour. Le Serlopitant est un autre antagoniste du NK1R dont les données de phase II étaient prometteuses, mais qui n'a pas atteint son end point dans deux essais de phase III.

De nombreuses thérapies émergentes sont en cours d'évaluation. Le récepteur Bêta de l'Oncostatin M est une molécule de signalisation pro-inflammatoire activée par les monocytes et les lymphocytes T. Le KPL-716231 est un anticorps monoclonal du récepteur bêta de l'OSM qui a été testé pour le prurit dans la dermatite atopique et qui fait l'objet d'une étude plus poussée pour le traitement du prurit dans le prurigo nodulaire. D'un autre côté, les antagonistes des récepteurs de l'IL-4 (Dupilumab), approuvés par la FDA pour le traitement de la dermatite atopique, ont prouvé leur efficacité lors de premiers cas reports. Enfin, l'**anti IL31** pourrait être une nouvelle cible avec la découverte récente de niveaux élevés d'IL-31 dans le derme lésionnel. Le Nemolizumab (anti IL31) a montré son efficacité dernièrement lors de la phase III dans la réduction du prurit et les excoriations chez les patients atteints de prurigo nodulaire.

CONCLUSION

Le prurigo nodulaire de Hyde est une maladie à plusieurs composantes. La compréhension de sa pathogénèse est primordiale pour un traitement efficace en l'absence de consensus internationaux.

La prise en charge psychologique surtout pour les formes subaiguës et chroniques de la femme jeune est primordiale. L'émergence de nouvelles thérapies promettent un meilleur rendement thérapeutique.

Nodules aseptiques et alopeciques de la barbe Z.

GAFSI1; N. Fetoui Ghariani1; M. BEN KAHLA1; S. Saad1; M. Ben rejeb 1; M. LAHOUAL EP
GAIED1; A. Aounallah1; N. Ghariani1; S. Mokni1; M. Denguezli1

1Université de Sousse, Faculté de médecine de sousse,

Service de Dermatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction

Les pseudo-kystes du scalp est une nouvelle entité rapportée pour la première fois en 1992 par une équipe japonaise. Elle a été par la suite décrite, en 2009, par Abdennadher et al., sous le nom de nodules aseptiques et alopeciques du cuir chevelu. C'est une affection bénigne dont le diagnostic est posé sur un faisceau d'arguments (cliniques et histologiques). Les cas rapportés dans la littérature sont peu nombreux.

Nous en rapportons une nouvelle observation de localisation inhabituelle au niveau de la barbe. Observations Il s'agissait d'un homme âgé de 32 ans, sans antécédants, suivi depuis 2017 pour des nodules sous-cutanés de la barbe, fluctuants, non inflammatoires, non fistulisés à la peau, sans adénopathies associées. Une légère amélioration était notée sous antibiotiques mais les récurrences étaient fréquentes. Au cours de sa dernière visite de contrôle, le patient présentait des lésions nodulaires pseudokystiques de la barbe, sensibles non inflammatoires, avec une alopecie de la peau en regard. La ponction avait ramené un liquide purulent, dont l'analyse microbiologique était revenue négative. L'étude anatomopathologique révélait l'aspect d'un granulome pyogénique avec multiples cellules inflammatoires, sans bordure épithéliale décelable. Un traitement par doxycycline à la dose de 100 mg par jour a été préconisé, avec début d'affaissement des nodules au bout de deux semaines. Nous avons ainsi retenu le diagnostic de nodules alopeciques et aseptiques de la barbe. Discussion

Les pseudo-kystes ou nodules aseptiques et alopeciques sont décrits initialement au niveau du scalp. Il s'agit d'une affection rare touchant l'homme jeune, d'origine caucasienne. Environ 70 cas sont décrits dans la littérature, dont un seul cas d'atteinte concomitante de la barbe. Certains auteurs considèrent cette entité comme une forme mineure de la cellulite disséquante. L'examen clinique révèle des nodules pseudo-kystiques sous forme de dôme, de consistance molle à ferme, peu ou pas inflammatoires, et alopeciques. La ponction ramène un liquide jaune citrin, purulent ou teinté de sang dont l'examen microbiologique est négatif. L'histopathologie montre un infiltrat inflammatoire non spécifique dans le derme profond avec présence d'infiltrat granulomateux à lymphocytes et histiocytes, parfois associé à des pseudo-kystes. La doxycycline semble être une bonne option thérapeutique permettant la stabilisation des lésions, pouvant être associée à des injections intra lésionnelles de corticoïdes dans les formes très inflammatoires. Conclusion Nous rapportons un nouveau cas de nodules aseptiques et alopeciques de la barbe. Il s'agit probablement d'une forme mineure de cellulite disséquante, qui s'en distingue par l'absence de fistulisation à la peau. La localisation au niveau de la barbe semble rare

Elastolyse acquise du derme moyen : une entité rare à ne pas méconnaître !

INTRODUCTION

L'élastolyse acquise du derme moyen (EADM) est une anomalie acquise du tissu élastique. Du fait de sa rareté, elle demeure mal connue. Nous rapportons ici un cas d'EADM observé chez un sujet jeune de sexe masculin.

OBSERVATION

Un patient âgé de 34 ans, sans antécédents pathologiques particuliers et non tabagique, nous a consulté pour des plaques apparues au niveau du dos et évoluant depuis quelques mois. L'examen clinique montrait trois plaques du dos d'aspect fripé et flasque, bien limitées, parallèles aux lignes de tension cutanée et disparaissant à l'étirement latéral de la peau. Leur taille variait de 1 à 3 cm. Elles étaient parfaitement asymptomatiques. Il n'y avait pas d'autres lésions cutanées ni muqueuses associées. Il n'y avait pas de signes d'atteinte systémique ni d'antécédents familiaux de lésions similaires. L'examen histologique avec coloration spéciale à l'orcéine trouvait une absence des fibres élastiques au niveau du derme moyen. Le diagnostic d'EADM était établi devant les constatations cliniques et histologiques. Le bilan de recherche de maladies auto-immunes associées était sans anomalies. Devant le nombre, la taille et l'aspect stable des lésions, nous avons opté ; en concertation avec le patient ; à l'abstention thérapeutique.

DISCUSSION

L'EADM est une affection strictement cutanée de cause inconnue. Jusqu'à présent, uniquement une centaine de cas sont rapportés dans la littérature. L'EADM touche principalement les femmes avec un âge de début entre 20 et 30 ans. Elle se présente généralement sous forme de peau ridée en plaques fripées et flasques ou en peau d'orange traduisant la perte des fibres élastiques au niveau du derme moyen. Les lésions sont asymptomatiques. Elles sont groupées en trois types cliniques : en plaques, en papules folliculaires et en plaques réticulées érythémateuses. Les localisations principales sont le tronc et les racines des membres supérieurs avec respect du visage et des extrémités. La physiopathologie reste mal élucidée. Certaines études montraient un déséquilibre enzymatique en faveur des élastases avec suspicion d'un rôle déclencheur des rayons ultra-violets et du tabac. Un contexte auto-immun associé était signalé dans plusieurs observations. Le traitement vise à arrêter l'activité de la maladie, la perte des fibres élastiques étant probablement définitive. Certaines thérapeutiques à savoir ; les rétinoïdes topiques, la disulone, l'hydroxychloroquine et le mycophénolate mofétil ; ont été évaluées mais dans des cas isolés. Toutefois, des stabilisations spontanées étant décrites, l'efficacité réelle de ces traitements est difficile à évaluer.

Collagénoses perforantes acquises : série de 6 cas

I.SABOUNI*, V. BOUKANDOU*, M.KAMOUNI**, M. AIT OURHROUI*

* Service de dermatologie, Hôpital Universitaire Cheikh Zaid

** Service d'anatomopathologie, Hôpital Universitaire Cheikh Zaid Université Internationale
Abulcassis des Sciences de la Santé, Rabat

Auteur correspondant : dr.sabouniilham@gmail.com

Introduction La collagénose perforante acquise (CPA) est due à une élimination transépidermique d'un matériel dermique comportant des fibres de collagène, en rapport avec des traumatismes superficiels. On en distingue deux types. Une forme héréditaire, rare, débute tôt dans l'enfance. Une seconde forme dite acquise, plus fréquente, apparaît à l'âge adulte et s'associe à d'autres affections : diabète, insuffisance rénale, tumeurs solides, lymphomes, SIDA.

Matériel et méthodes Une étude rétrospective a été menée au niveau du service de dermatologie de l'hôpital Cheikh Zaid entre janvier 2015 et juin 2023. L'étude était centrée sur les données recueillies dans les fiches de consultation en milieu hospitalier (pour des malades hospitalisés pour d'autres pathologies sévères).

Résultats Un total de 6 cas de CPA a été colligé durant cette période. Le sex-ratio était égal à 1. L'âge des patients variait entre 32 et 70 ans avec un âge moyen de 54.67 ans. Les pathologies associées étaient: diabète insulino-dépendant (DID) + insuffisance rénale chronique (IRC) (3cas), DID + IRC + Hyperuricémie + hypertension artérielle (HTA) (1 cas), DID + Dermatomyosite (1 cas), Endocardite d'Osler (1 cas) . L'examen clinique trouvait des lésions généralisées ombiliquées centrées d'un bouchon corné adhérent associées à un prurit intense. Une biopsie cutanée a été réalisée chez deux patients et a montré une invagination épidermique, réalisant un aspect de pseudokyste rempli de kératine avec un derme contenant des fibres collagène. Le traitement reposait sur les antihistaminiques, les émoullissants, ainsi que des cosmétiques anti-prurit et des conseils d'hygiène de vie, dans le but de briser le cercle vicieux du prurit. 4 de nos patients ont bien évolué sous traitement, un patient a été perdu de vue, et un patient décédé (multitaré).

Discussion Nos résultats rejoignent pour la plupart celles de la littérature: un sex-ratio = 1, un âge moyen de 57 ans, et trois principales pathologies associées aux CPA : le diabète, l'IRC et l'hyperuricémie (M.Rich et al.). Le diagnostic repose sur le trépied: âge de début >18 ans, lésions cutanées = papulo-nodules ombiliquées avec un bouchon corné central adhérent, et confirmation anatomopathologique (N.Bekkali et al.). Le traitement des CPA repose sur les dermocorticoïdes et les antihistaminiques (C. Fei et al.).

Conclusion La CPA récidivante est une manifestation externe qui doit alerter et faire rechercher par le dermatologue d'autres pathologies internes.

Mots clés collagénose perforante acquise, diabète, lésions ombiliquées généralisées, prurit intense.

Cas atypique de sébocystomatose

I. SABOUNI*, V. BOUKANDOU*, A. BENZOUINA*, G. MEYE*, K. ZNATI**, M. AIT OURHROUI*

*Dermatologie, Hôpital Universitaire Cheikh Zaid, UIASS, RABAT

**Anatomopathologie, Hôpital Cheikh Zaid, RABAT

Auteur correspondant : dr.sabouniilham@gmail.com

Introduction La sébocystomatose ou steatocystoma multiplex est une génodermatose autosomique dominante apparaissant à l'adolescence(1) ou de manière sporadique (2), souvent caractérisée par de nombreux kystes dermiques asymptomatiques sur le tronc, les bras, les aisselles, le visage, les cuisses et le cuir chevelu (3). La rupture spontanée des kystes entraîne un stéatocystome multiplex suppurativum qui se caractérise par une inflammation et une cicatrisation rappelant la conglobata aiguë (2). C'est une pathologie bénigne qui peut constituer un réel préjudice esthétique pour le patient.

Dans notre étude on rapporte un cas avec étude clinico-anatomopathologique.

Observation Il s'agissait d'une patiente de 23 ans, sans antécédents notables, qui présentait de multiples lésions invisibles au niveau des deux faces de flexion des avant bras faites, après étirement de la peau, de papules sous-cutanées, en dôme, bien limitées, <3 millimètres de diamètre, couleur peau normale, de consistance molle, non douloureuses et non inflammatoires. Sans notion d'atteinte d'un autre membre de sa famille. Le reste de l'examen clinique ne montrait aucune autre anomalie.

Devant l'atypie des lésions, une biopsie cutanée a été réalisée objectivant un revêtement cutané tapissé en surface par un épiderme de morphologie normale, surmonté d'une couche cornée fine orthokératosique. Le derme était libre et l'hypoderme siège d'une formation kystique millimétrique bordée par un épithélium malpighien mature et bien différencié. De rares structures sébacées y étaient annexées reposant sur une paroi fibreuse épaisse. Ce qui nous a permis de confirmer le diagnostic de sébocystomatose et d'écarter les principaux diagnostics différentiels tel que les milia, les kystes trichilemmaux et les tumeurs de l'infundibulum folliculaire.

Un traitement initial par isotretinoïne à une dose de 10mg/jr à été proposé.

La patiente a été par la suite perdue de vue.

Discussion La sébocystomatose est une malformation hamartomique de la jonction des canaux pilo-sébacés. Les kystes apparaissent pendant l'adolescence et au début de l'âge adulte et il n'y a pas de prédilection pour le sexe (2) avec notion d'atteinte familiale. Dans notre cas, l'absence de contexte familial suggérait une forme sporadique.

Quelques auteurs l'ont associé à d'autres pathologies tel que l'ichtyose, la pachyonychie congénitale, l'acrokératose verruciforme de Hopf, le lichen plan hypertrophique, l'hypohidrose, l'hydradénite suppurée et d'autres pathologies (2), qui étaient absents chez notre patiente.

La description clinique était atypique du fait de l'absence de lésions visibles. L'analyse histologique quant à elle rejoignait celle des différentes études.

Les différentes modalités de traitement comprennent la chirurgie, le laser CO2, l'isotrétinoïne orale et la cryothérapie (2).

Conclusion La sébocystomatose bien que rare doit être mieux connue car peut facilement être confondue avec d'autres pathologies.

Mots clés : sébocystomatose, génodermatose,

Titre : Maladie de Morbihan : un cas à rapporter

Abdelmalek Mariem^a, Chabchoub Ines^a, Jones Meriem^a, Laribi Amira^a, Gara soumaya^a, Litaïem Nouredine^a, Zeglaoui Feten^a

^aService de dermatologie, Hopital de Charles Nichole, Tunis, Tunisie

INTRODUCTION :

Maladie de Morbihan, connue aussi sous le nom de l'œdème facial persistant solide, est une entité rare de nosologie incertaine, considérée comme une forme compliquée de la rosacée, appelée aussi rosacée lymphœdémateuse. Sa physiopathologie n'est pas bien connue posant un véritable problème de prise en charge thérapeutique.

Nous en rapportons une nouvelle observation.

OBSERVATION : On rapporte le cas d'un homme âgé de 56 ans, sans antécédents, qui consultait pour un œdème du visage évoluant depuis 11 ans initialement unilatéral gauche avec une bilatéralisation progressive récente. Il a été mis sous APS puis sous des injections de triamcinolone puis sous dermocorticoïdes avec une amélioration partielle. L'œdème était fixe, indolore, légèrement prurigineux, s'aggravant en décubitus dorsal. A l'examen, un érythroœdème prédominant au niveau des joues et des paupières entraînant une occlusion palpébrale gauche avec une rhinophyma. La peau en regard des joues était indurée à surface mamelonnée. A la dermoscopie, un fond rosé avec des aires jaune-orangées, parsemé de télangiectasies en polygone et de demodex. Le bilan biologique était sans anomalie à part une élévation des enzymes musculaires (CPK). On a complété par un kit myosite qui a été négatif. Le dosage de la C1 inhibiteur a été normal. Une radiographie de thorax ne révélait aucune anomalie. Un examen ORL spécialisé et un examen ophtalmologique a été sans anomalies. Une biopsie cutanée faite au niveau des paupières a montré un remaniement inflammatoire périvasculaire avec ectasie vasculaire sans granulome épithélioïde et une autre biopsie au niveau des joues qui a montré une dermite granulomateuse sans nécrose. Devant la négativité du bilan étiologique et l'aspect histologique, le diagnostic de maladie de Morbihan a été retenu. Un traitement par cyclines per os a été prescrit en association avec une blépharoplastie et un traitement diurétique (furosémide à la dose de 60mg/j) et une régression partielle de l'œdème était constatée au bout de 5 semaines.

DISCUSSION : La maladie de Morbihan (MM) est une complication rare de la rosacée qui peut survenir à tout stade et même en l'absence de signes cliniques évoquant cette dermatose. Certains auteurs ont suggéré qu'une obstruction lymphatique par un granulome périlymphatique pourrait être impliquée dans la genèse des lésions, mais les mécanismes physiopathologiques restent incertains. L'aspect clinique caractéristique est un œdème bilatéral prédominant au niveau du front, des paupières, la région nasale et les joues. Cet œdème, d'abord récurrent devient persistant sans tendance à l'involution spontanée et peut conduire à une induration fibreuse. L'aspect histologique n'est pas spécifique montrant des vaisseaux dilatés, une fibrose périfolliculaire, un infiltrat inflammatoire périvasculaire et périfolliculaire associé à un œdème stromal. Des dépôts d'immunoglobulines rappelant une bande lupique peuvent être observés en immunofluorescence à la jonction dermoépidermique. Le diagnostic est retenu après l'exclusion de certains diagnostics tel que : le lupus érythémateux chronique ; la dermatomyosite et le syndrome de Merkelson-Rosenthal dans sa forme atypique avec atteinte du front et des paupières. La prise en charge reste empirique en l'absence d'un consensus clair. Plusieurs traitements ont été proposés avec des résultats variables, notamment les cyclines, le métronidazole, les corticoïdes, l'isotrétinoïne en association au kétotifène. Une fois il y a une résistance au traitement médical, on peut envisager la chirurgie plastique qui, suivi par un drainage lymphatique ou une blépharoplastie par laser CO₂, semble intéressante. L'efficacité du traitement diurétique isolé ou en association à la blépharoplastie dans les formes sévères, a été largement rapportée au cours des dernières années. Le mécanisme d'action pourrait être lié à l'action des diurétiques sur le système des prostaglandines.

CONCLUSION : La maladie de Morbihan associe des œdèmes palpébraux, cortico-résistants, à répétition, évoluant par poussées, de façon chronique, dans un contexte de rosacée. L'examen anatomopathologique montre une inflammation aspécifique et élimine surtout une prolifération lymphomateuse. Le patient devra être prévenu du risque de récurrence, restant cependant rare en l'absence de nouvelles poussées.

Rosacée Fulminante récidivante et grossesse

Kouki Chaima; Abid Mayssa ; Hariz Wala, Hammami Fatma ; Turki Kmar ; Sellami Khadija ; Turki Hamida

Service de dermatologie ; CHU Hédi Chaker, Sfax - Tunisie

Introduction :

La rosacée fulminante ou pyoderma facial est une forme rare et grave de rosacée qui atteint les femmes jeunes entre 20 et 40 ans. Elle peut s'exacerber pendant la grossesse. Nous rapportons le cas d'une patiente ayant présenté une RF lors de deux grossesses successives.

Observation :

Une patiente âgée de 34 ans, mère d'un enfant âgé de 2 ans, aux ATCDs d'acné juvénile modérée nous a consulté pour des papules et des pustules érythémateuses siégeant sur le menton, les joues et le nez et le front. Ces lésions évoluaient depuis le début de sa grossesse et persistaient après l'arrêt spontané de la grossesse à 8 SA. L'évolution a été favorable au bout d'un mois, sous doxycycline avec une corticothérapie orale de courte durée. Au cours d'une nouvelle grossesse, il y a eu récurrence de la même symptomatologie. Les prélèvements mycologiques et bactériologiques sont revenus négatifs. L'aspect histologique était compatible avec un pyoderma facial. La deuxième grossesse a été arrêtée spontanément au bout de 6 SA. Par la suite, la patiente a reçu de l'isotrétinoïne avec une corticothérapie orale.

Discussion :

La survenue de la rosacée fulminante au cours de la grossesse a été rapporté dans une vingtaine de cas dans la littérature. Certains auteurs ont suggéré l'implication de facteurs hormonaux dans sa pathogénie. Dans notre cas, la coïncidence chronologique avec les 2 grossesses consolide le lien entre la RF et la gestation. L'issue de grossesse chez les patientes atteintes de RF n'a pas été étayé dans la littérature. Chez notre patiente les deux grossesses ont été des fausses couches. Il est possible qu'un facteur étiopathogénique commun, tel qu'un dérèglement hormonal ou immunologique ou une pathologie vasculaire, serait responsable à la fois des fausses couches et de la RF. A noter que lors de sa première grossesse menée à terme sans incidents, la patiente n'a pas développé cette dermatose. Cette hypothèse reste à établir. Le traitement de la rosacée fulminante chez la femme enceinte peut poser un challenge thérapeutique, l'isotrétinoïne et la tétracycline sont contre indiqués. L'azithromycine serait une alternative thérapeutique efficace utilisée hors AMM.

Le traitement par tétracycline en post-abortum n'a pas empêché la récurrence chez notre patiente. L'isotrétinoïne peut empêcher la récurrence selon certains auteurs qui suggèrent son maintien au long cours à faibles doses. Cette option n'est pas possible pour une jeune femme en âge de procréation. En revanche, on peut envisager les traitements non pharmacologiques tels que le laser CO2.

Conclusion :

La rosacée fulminante est une dermatose faciale qui peut être favorisée par la grossesse. Nous avons rapporté le cas de RF associée à deux grossesses arrêtées spontanément. Les options thérapeutiques ne sont pas toutes possibles pendant la grossesse. Le challenge devient plus important devant les formes récidivantes.

Des lésions Vitiligo-like induites par le Ribociclib*

Kouki chaima 1 ; Mayssa Abid 1; Khadija Sallemi1; Kmar Turki1; Fatma Hamami1; K. Ksouda 2; Khaled Zghal2; Hamida Turki1

1dermatologie, C.H.U Hedi Chaker de Sfax, Sfax, Tunisie ;

2Pharmacologie, Faculté de médecine de Sfax, Sfax, Tunisie

Introduction

Le Ribociclib* est un inhibiteur de kinase cycline-dépendante (CDK4/6) utilisé dans le traitement du cancer du sein métastatique avec récepteurs hormonaux positifs et Her2 négatif. Cette thérapie innovatrice offre une meilleure survie au prix d'éventuels effets indésirables y compris cutanés. Nous rapportons une observation de lésions vitiligineuses apparues lors du traitement par Ribociclib*.

Observations

Une patiente âgée de 70 ans, suivie pour un cancer du sein avec métastase osseuse depuis trois ans et traitée par Ribociclib* depuis deux ans, nous a consultés pour des macules hypochromiques bilatérales et prurigineuses au niveau du visage et des avant-bras. Ces lésions sont apparues il y a 6 mois et s'aggravaient progressivement. L'accentuation du contraste sous lumière de Wood était en faveur du vitiligo. La patiente a été mise sous une corticothérapie orale et un inhibiteur de la calcineurine topique. Le bilan de contrôle de son néoplasie a révélé un échappement au Ribociclib* justifiant son arrêt. Le rôle médicamenteux dans la genèse de la symptomatologie décrite est possible selon la méthode française d'imputabilité de Bégau.

Discussion

Les lésions vitiligo-like associées au Ribociclib* ont été décrites dans de rares cas. Le mécanisme physiopathologique demeure non clair. Il paraît être expliqué par un dérèglement des signaux intercellulaires induisant l'apoptose prématurée des mélanocytes. Dans les cas rapportés, les patients ont été mis sous inhibiteurs de la calcineurine avec une légère amélioration inconstante. L'arrêt du traitement anti-tumoral n'a été proposé en aucun cas. Le changement par une autre molécule de la même famille a été tenté sans amélioration. Ceci serait dû soit à un effet commun de la classe soit à l'irréversibilité du processus lésionnel. Après la fin de la période du traitement, on n'a pas noté de régression. Cette évolution reste à suivre dans le cas de notre patiente. Dans tous les cas, l'accompagnement psychologique est préconisé devant le préjudice esthétique, d'autant plus qu'une alopecie induite par le traitement anti-tumoral peut être concomitante.

Conclusion

Nous rapportons un effet indésirable rare du Ribociclib*. Bien que cette hypomélanose ne soit pas grave, elle semble ne pas répondre totalement au traitement habituel du vitiligo. Le soutien psychologique des patientes reste un pilier important de la prise en charge.

Nodule ombilical avec saignement cyclique : pensez à l'endométriase ombilicale, à propos de 3 cas
Auteurs : Chaima Massaoudi, Soumaya Gara, Ines Chabchoub, Mariem Jones, Nouredine Litaïem, Faten Zeglaoui Service de Dermatologie de l'hôpital Charles Nicolle Introduction : L'endométriase ombilicale est définie comme une localisation ectopique de l'endomètre fonctionnel au niveau de l'ombilic. Elle est rare et représente 0,5 à 1 % de toutes les endométries extragénitales. Elle peut être primitive ou secondaire à une intervention chirurgicale. Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les trois cas d'endométriase ombilicale diagnostiqués dans notre service entre 2016 et 2022. Résultats : L'étude portait sur 3 patientes avec un âge moyen de 38,6 ans (33 à 44 ans). Une seule patiente avait un antécédent de chirurgie pour une hernie ombilicale. La durée moyenne d'évolution de la maladie est de 37 mois avec des extrêmes allant 4 mois à 8 ans. Le motif de consultation était un nodule ombilic douloureux saignant périodiquement en période cataméniale chez les 3 patientes. L'examen dermatologique trouvait un nodule ombilical de couleur marron non ulcéré faisant de 1,5 à 2cm de diamètre chez 2 patientes. Un nodule ombilical saignant a été noté chez une patiente qui vient nous consulter en période cataméniale. Le reste de l'examen clinique était sans particularités. L'histopathologie faite chez les 3 patientes révélait la présence au niveau du derme la présence de structures glandulaires non atypiques entourées par une zone dense de cellules rondes rappelant le chorion cytogène. Les examens complémentaires étaient sans anomalies. Les patientes ont été adressées en gynécologie pour traitement chirurgical. Discussion : L'endométriase ombilicale, appelée également « le nodule de Villar » a été décrite par Villar pour la première fois en 1886. Il s'agit d'une entité clinicopathologique rare qui a été décrite dans seulement 232 cas selon une revue systématique de la littérature faite en 2021. Elle survient généralement entre 35 et 38 ans comme c'est le cas dans notre série (38,6 ans). L'endométriase ombilicale représente environ 20 % de toutes les lésions endométriosiques de la paroi abdominale et elle primitive dans deux tiers des cas. Dans notre série deux patientes sur 3 avaient une endométriase ombilicale primitive. La douleur et le saignement cataméniaux orientent habituellement le diagnostic. Les principaux diagnostics différentiels de l'endométriase ombilicale, sont la hernie ombilicale, le mélanome nodulaire, les cancers primitifs ou métastatiques, les granulomes et les chéloïdes. Sa pathogénie est mal élucidée. Les théories étiologiques proposées suggèrent le rôle de la métaplasie coelomique, la présence congénitale de tissu endométrial déplacé au cours du développement, l'extension directe par le ligament rond ou le canal omphalo-mésentérique, ou encore l'ensemencement mécanique des tissus endométriaux via le système lymphatique ou veineux. Le traitement est essentiellement chirurgical. Conclusion : L'endométriase ombilicale est une affection très rare mais doit évoquer chez les jeunes femmes qui se plaignent périodiquement de saignements provenant d'un ombilic douloureux et décoloré notamment en l'absence d'antécédent chirurgical

Nodule ombilical avec saignement cyclique : pensez à l'endométriase ombilicale, à propos de 3 cas
Auteurs : Chaima Massaoudi, Soumaya Gara, Ines Chabchoub, Mariem Jones, Nouredine Litaïem, Faten Zeglaoui Service de Dermatologie de l'hôpital Charles Nicolle Introduction : L'endométriase ombilicale est définie comme une localisation ectopique de l'endomètre fonctionnel au niveau de l'ombilic. Elle est rare et représente 0,5 à 1 % de toutes les endométries extragénitales. Elle peut être primitive ou secondaire à une intervention chirurgicale. Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les trois cas d'endométriase ombilicale diagnostiqués dans notre service entre 2016 et 2022. Résultats : L'étude portait sur 3 patientes avec un âge moyen de 38,6 ans (33 à 44 ans). Une seule patiente avait un antécédent de chirurgie pour une hernie ombilicale. La durée moyenne d'évolution de la maladie est de 37 mois avec des extrêmes allant 4 mois à 8 ans. Le motif de consultation était un nodule ombilic douloureux saignant périodiquement en période cataméniale chez les 3 patientes. L'examen dermatologique trouvait un nodule ombilical de couleur marron non ulcéré faisant de 1,5 à 2cm de diamètre chez 2 patientes. Un nodule ombilical saignant a été noté chez une patiente qui vient nous consulter en période cataméniale. Le reste de l'examen clinique était sans particularités. L'histopathologie faite chez les 3 patientes révélait la présence au niveau du derme la

présence de structures glandulaires non atypiques entourées par une zone dense de cellules rondes rappelant le chorion cytogène. Les examens complémentaires étaient sans anomalies. Les patientes ont été adressées en gynécologie pour traitement chirurgical. Discussion : L'endométriose ombilicale, appelée également « le nodule de Villar » a été décrite par Villar pour la première fois en 1886. Il s'agit d'une entité clinicopathologique rare qui a été décrite dans seulement 232 cas selon une revue systématique de la littérature faite en 2021. Elle survient généralement entre 35 et 38 ans comme c'est le cas dans notre série (38,6 ans). L'endométriose ombilicale représente environ 20 % de toutes les lésions endométriosiques de la paroi abdominale et elle primitive dans deux tiers des cas. Dans notre série deux patientes sur 3 avaient une endométriose ombilicale primitive. La douleur et le saignement cataméniaux orientent habituellement le diagnostic. Les principaux diagnostics différentiels de l'endométriose ombilicale, sont la hernie ombilicale, le mélanome nodulaire, les cancers primitifs ou métastatiques, les granulomes et les chéloïdes. Sa pathogénie est mal élucidée. Les théories étiologiques proposées suggèrent le rôle de la métaplasie coelomique, la présence congénitale de tissu endométrial déplacé au cours du développement, l'extension directe par le ligament rond ou le canal omphalo-mésentérique, ou encore l'ensemencement mécanique des tissus endométriaux via le système lymphatique ou veineux. Le traitement est essentiellement chirurgical. Conclusion : L'endométriose ombilicale est une affection très rare mais doit évoquer chez les jeunes femmes qui se plaignent périodiquement de saignements provenant d'un ombilic douloureux et décoloré notamment en l'absence d'antécédent chirurgical

Les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques du loxoscélisme cutané : Notre expérience

Turki K, Hammami F, Kouki C, Masmoudi A, Bahloul E, Turki H
Service de dermatologie CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction :

La morsure d'araignée (MA) peut être à l'origine de réactions cutanées locales ou systémiques parfois sévères. Le diagnostic de loxoscélisme cutané (LC) repose sur l'identification de l'arthropode et/ou l'aspect clinique des lésions. L'objectif de notre étude était de préciser les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutifs du LC.

Patients et méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les patients ayant consulté pour une MA sur une période de 12 ans (2010-2022).

Résultats :

Nous avons colligé 86 patients avec une moyenne d'âge de 39,8 ans (9-75 ans). Le sex ratio H/F était de 0,4. La majorité des patients (70%) étaient vus en période estivale. Pour les réactions locales, il s'agissait d'un placard inflammatoire avec une taille moyenne de 10,6 cm (1-30 cm) dans 94% des cas, induré (52%) ou non, parfois associé à une nécrose centrale (41,8%). Des pustules localisées au site de morsure définissant la pustulose exanthématique aiguë localisée (PEAL) étaient retrouvées dans 7 cas (8,1%). Le siège de la MA était par ordre de fréquence décroissant : cuisse (34,6%), membres supérieurs (23%), tronc (19,2%), jambes (11,5%), cou et fesses (3,8% chacun), seins (2,3%) et visage (1,2%). Une trainée lymphangitique et une adénopathie satellite étaient présentes dans 7 et 8,1% respectivement. Des éruptions généralisées à type de pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) ou d'exanthème maculo-papuleux (EMP) étaient présentes chez 16,3 et 24,4% des patients respectivement. Une fièvre était notée dans 40,7% et une symptomatologie générale (céphalées, myalgies, asthénie) était rapportée dans 15,1%. Nous avons noté une anémie hémolytique dans un cas et une cytolyse hépatique dans 5 cas. Une antibiothérapie systémique (ATB) a été instaurée dans 89,5% des cas avec association de doxycycline et amoxicilline-acide clavulanique dans 32,5% des cas pour une durée moyenne 15 jours. Une corticothérapie systémique (CT) était préconisée dans les cas de PEAG. Une nérectomie était indiquée pour 16 patients avec un délai moyen de cicatrisation de 40 jours.

Discussion :

Conformément aux données anciennes, nous avons noté une prédominance féminine du LC, une prépondérance de la morsure au niveau de la cuisse et une survenue plus fréquente en saison chaude. La cellulite et la nécrose cutanée sont les résultats les plus courants du loxoscélisme local par le biais de l'activation du complément et de l'induction de l'apoptose kératinocytaire. De plus, le venin d'araignée est riche en enzymes responsables de la majorité des signes cliniques. Notre série se distingue par la représentativité des PEAL (7 cas), des PEAG et des EMP secondaires aux MA.

Le loxoscélisme systémique est rare et associé à des malaises et des myalgies comme décrits chez 13 de nos patients. Le traitement du LC n'est pas codifié. L'indication de l'ATB et celle de la CT sont débattues. Dans notre série, la majorité des patients ont reçu une ATB et seulement ceux ayant une PEAG ont reçu une CT.

Conclusion :

Les MA peuvent occasionner des conséquences locales et/ou systémiques qui méritent d'être connues.

Mots clés :

Loxoscélisme – Morsure d'araignée – Nécrose cutanée



Figure1 : MA au niveau de la région mandibulaire entourée d'un placard inflammatoire



Figure2 : MA du cou compliquée d'une PEAL et d'une réaction inflammatoire locale



Figure 3 : PEAG due à une MA



Figure 4 : EMP dû à une MA

Une panniculite révélant une pathomimie

F Amri, Y Soua, Y Abderrahim, M Youssef, H Belhadjali, J Zili
Service dermatologie Monastir

Introduction :

Le trouble factice cutané est une psycho-dermatose définie par l'auto-induction intentionnelle de symptômes pour satisfaire un besoin psychologique, ou avoir un bénéfice secondaire. Ce trouble factice peut avoir de diverses présentations cliniques en fonction du mécanisme et de la localisation des lésions entraînant un challenge diagnostique pour les cliniciens. Nous rapportons le cas d'une panniculite septale chez une patiente atteinte d'un trouble factice.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 28 ans, sans antécédents pathologiques notables hormis une hospitalisation récente en endocrinologie pour l'exploration d'une hypoglycémie, qui consultait pour un œdème inflammatoire du pied droit évoluant depuis 1 mois. L'interrogatoire ne décelait pas la notion de piqure d'insecte ou de traumatisme. L'examen cutané retrouvait un œdème inflammatoire de l'avant-pied et de la cheville droite, douloureux à la palpation. Une échographie des parties molles a montré une cellulite sous cutanée sans image de collection avec une perméabilité vasculaire conservée. L'enquête infectieuse était négative et l'IRM de la cheville et du pied droit n'a pas mis en évidence des signes d'ostéoarthrite. L'étude histologique d'un fragment de biopsie cutanée objectivait une panniculite septale avec un infiltrat inflammatoire péri-vasculaire du derme profond riche en polynucléaires éosinophiles. Une origine factice a été suspectée. La consultation du dossier médical d'endocrinologie de la patiente a révélé le diagnostic d'une hypoglycémie factice par auto-injection d'insuline appuyant ainsi l'hypothèse de la pathomimie. La patiente avait été adressée en psychiatrie à plusieurs reprises mais refusait toujours le suivi. Elle est revenue ultérieurement pour des lésions similaires au niveau de la main avec guérison spontanée et complète du pied sans jamais avouer le mécanisme selon lequel, elle provoque ses lésions.

Discussion:

La panniculite factice ou panniculite artéfactuelle est une inflammation du tissu adipeux sous-cutané secondaire à une lésion externe. La lésion peut être causée par des agents physiques, mécaniques ou chimiques injectés tel que le mercure ou la silicone. L'origine factice peut être suspectée, mais toujours en tant que diagnostic d'élimination, chez les individus présentant des variantes du syndrome de Münchhausen. Les lésions ont tendance à être localisées dans les zones accessibles au patient. Elles ont généralement un aspect clinique atypique ne correspondant à aucune dermatose connue. L'apport de l'examen histopathologique est limité vu la grande variété de présentations possibles. L'issue thérapeutique est souvent décevante, notamment chez des patients qui adhèrent mal à la prise en charge psychiatrique.

Une hypertrophie graisseuse douloureuse : A propos d'un cas.

Chtioui E, Sellami K, Turki K, Chtioui E, Bahloul E, Turki H

Service de dermatologie ; CHU Hédi Chaker, Sfax-Tunisie

Observation clinique :

Une patiente âgée de 61 ans, obèse, hypertendue, nous consulte pour des masses de consistance molles à fermes, douloureuses, mal limitées, non scléreuses, situées au niveau des avants bras, des jambes et des cuisses. Elle rapporte une asthénie concomitante. Ces masses évoluaient depuis une année. Elle n'avait pas d'antécédents familiaux similaires. La patiente a bénéficié initialement d'une échographie des parties molles montrant une hypertrophie graisseuse non encapsulée et d'une IRM montrant une hypertrophie graisseuse sans anomalies de contraste. Une biopsie cutanée a objectivé des cellules adipeuses bien différenciées sans lésions de stéatonecrose ni granulomes. L'épiderme en surface est régulier.

Le diagnostic retenu était la maladie de Dercum dans sa forme généralisée diffuse.

Discussion :

La maladie de Dercum est une pathologie rare, le plus souvent sporadique, avec une incidence estimée à 1 cas pour 100 000. Elle affecte principalement les femmes ménopausées. Sa cause est encore inconnue. Elle est caractérisée par l'apparition de masses lipomateuses fermes, douloureuses et nodulaires sur différentes parties du corps, à l'exception de la face, du cou, des mains, des pieds et des plis articulaires. Les personnes atteintes peuvent également présenter des troubles vasomoteurs, de la fatigue, des ecchymoses et des problèmes psychiques. La maladie évolue par poussées vers une obésité importante, ce qui peut entraîner une gêne fonctionnelle significative en raison de la douleur associée. Le diagnostic repose sur des arguments cliniques, radiologiques et histologiques. Elle demeure un diagnostic d'élimination. La prise en charge thérapeutique repose sur les antalgiques, les antidépresseurs et la liposuction avec des résultats variables.

Conclusion :

La maladie de Dercum est une pathologie rare qui peut être très invalidante. Sa prise en charge nécessite une approche multidisciplinaire.

Morsicatio Buccarum: Un piège diagnostique

Cherif M, Hammemi F, Abid M, Chaabouni R, Bahloul E, Turki H
Service de dermatologie, CHU Hedi Chaker, Université de Sfax, Tunisie

Introduction :

Le morsicatio buccarum et/ou labiorum et/ou linguarum (MBLL) est une kératose frictionnelle qui se manifeste par des lésions blanchâtres déchiquetées de la muqueuse buccale. Ces lésions sont auto-induites par un tic de mordillement mais peuvent prêter à confusion avec un lichen buccal.

Observation :

Nous rapportons 2 cas de MBLL de notre service. Le premier (P1) était un enfant âgé de 12 ans, le deuxième (P2) une femme âgée de 45 ans. Tous les deux consultaient pour des lésions blanchâtres légèrement cuisantes de la muqueuse buccale, évoluant de façon récidivante depuis une année et 8 ans respectivement pour P1 et P2. La suspicion de lichen buccal chez P2 a motivé la prescription de corticothérapie locale et générale, sans amélioration notable. A l'examen, on notait la présence de lésions blanchâtres disposées en réseau pseudo-lichénien, reposant sur une muqueuse non inflammatoire. Ces lésions siégeaient au niveau des 2 faces internes des lèvres supérieure et inférieure de façon symétrique pour P1, et au niveau des faces internes des joues et des lèvres alternant avec quelques érosions fines pour P2. Le reste de la muqueuse buccale était indemne pour les 2 patients.

Une biopsie de la muqueuse jugale réalisée pour P2 a montré à l'examen histologique une importante acanthose avec papillomatose et un chorion superficiel discrètement œdémateux sans infiltrat inflammatoire.

A l'interrogatoire poussé, les 2 patients avouaient s'automutiler de façon intermittente la muqueuse labiale par mordillement inconscient.

Discussion :

Le MBLL est une entité peu connue avec seulement quelques cas rapportés dans la littérature. Il survient généralement chez des sujets adultes anxieux.

Dans la plupart des cas, c'est la muqueuse jugale qui est touchée de façon bilatérale. Elle se présente sous forme de plaques blanchâtres irrégulières et rugueuses, à surface desquamative, sans ligne de démarcation nette entre la muqueuse atteinte et normale. Ces caractéristiques cliniques différencient le MBLL de la leucoplasie.

Le diagnostic de cette entité repose sur la clinique et les données de l'anamnèse. Toutefois, le recours à la biopsie peut être nécessaire dans certains cas pour éliminer d'autres diagnostics différentiels, essentiellement un lichen buccal ou une candidose chronique. Le traitement repose sur la prise de conscience de ce trouble.

Conclusion :

Le MBLL est une entité bénigne, sans risque de transformation maligne. Ce diagnostic devrait être suspecté devant des signes cliniques en faveur afin d'éviter des explorations inutiles. Le fait de se rendre compte de ce trouble par le patient permet une cicatrisation complète des lésions.

Folliculite pustuleuse à éosinophiles de l'adulte : à propos d'un cas

Gharbi Sofia, Rabhi Faten, Malek Benslimane, Lissir Arij, Jaber Kahena, Dhaoui Abderraouf

Service de dermatologie de l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

Introduction : La folliculite pustuleuse à éosinophiles (FPE) est une dermatose rare et chronique à polynucléaires éosinophiles (PNE). La FPE se présente typiquement sous la forme de papulo-pustules folliculaires prurigineuses avec extension centrifuge siégeant préférentiellement au niveau des zones séborrhéiques. Le caractère aléatoire et transitoire de la FPE rend le traitement difficile. Nous rapportons les aspects cliniques et dermoscopiques de la FPE chez une adulte traitée par indométacine et tacrolimus.

Observation : Il s'agit d'un homme âgé de 38 ans sans antécédents pathologiques notables qui a consulté pour des plaques érythémateuses et prurigineuses du visage évoluant depuis 2 mois. Il a été mis initialement sous dermocorticoïdes sans amélioration puis sous antifongiques et antibiotiques avec extension centrifuge des plaques.

L'examen cutané a objectivé 2 plaques érythémateuses papulopustuleuses siégeant au niveau de la joue gauche et en supra sourcilier droit faisant respectivement 3 cm et 2,5 cm de grand axe. Nous n'avons pas observé d'autres lésions à distance. Le patient ne présentait pas d'atteinte muqueuse ni de signes systémiques associés. L'examen dermoscopique a montré un fond rosé, des pustules, une hyperkératose folliculaire sous forme de points bruns clairs de taille et de distribution irrégulière entourés d'halos blanchâtres ainsi que des vaisseaux linéaires et en points. Des squames péri-folliculaires ont été notées au niveau du sourcil. L'examen anatomopathologique a montré un infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire non diffus, à topographie nodulaire et à tropisme péri-annexiel riche en PNE. Le diagnostic de FPE a été retenu. Une numération formule sanguine n'a pas montré d'hyperéosinophilie. La sérologie du VIH était négative. Le dosage du LDH et de l'EPP était normal. Le patient a été mis sous indométacine à la dose de 50 mg/J avec une régression des plaques estimée à 50% après un mois de traitement. Une rémission complète a été observée après l'association du tacrolimus topique.

Discussion : La folliculite pustuleuse à éosinophiles (FPE), décrite pour la première fois au Japon par Ofuji en 1965, est une dermatose rare évoluant par poussées récidivantes. Bien que l'EPF associée au VIH soit la variante la plus fréquente, notre patient avait une sérologie négative pour le VIH. Notre cas correspond à la variante classique de la maladie. Elle apparaît le plus souvent lors de la 3^{ème} décennie avec une nette prédominance. L'étiologie de la maladie demeure inconnue. Les facteurs les plus incriminés de l'EPF comprennent les réactions d'hypersensibilité, les infections fongiques, une fonction anormale des éosinophiles ou des lymphocytes T, un dysfonctionnement immunitaire causé par le VIH. L'hyperéosinophilie sanguine est inconstante. Les caractéristiques dermoscopiques présentes chez notre patient sont en adéquation avec celles retrouvées dans la littérature bien que rarement décrites. L'histologie montre un infiltrat dense péripilaire principalement constitué de PNE. La FPE peut évoluer vers une guérison spontanée laissant une hyperpigmentation cicatricielle. Le traitement de la FPE n'est pas codifié. Le traitement de première intention est l'indométacine per os. La corticothérapie locale ou générale peut également être prescrite. Les autres options thérapeutiques comprennent les inhibiteurs topiques de la calcineurine, l'isotrétinoïne systémique, la photothérapie, les cyclines, les rétinoïdes. Notre patient a été mis sous indométacine et inhibiteur de la calcineurine avec une rémission complète.

Conclusion : Nous soulignons l'importance de considérer l'apparition de la FPE chez les patients immunocompétents et mettre l'accent sur la rareté de cette maladie qui pose un défi thérapeutique. D'autres études dermoscopiques sont nécessaires compte tenu des difficultés diagnostiques et de la rareté de la maladie

Une panniculite révélant une pathomimie

F Amri, Y Soua, Y Abderrahim, M Youssef, H Belhadjali, J Zili

Service dermatologie Monastir

Introduction :

Le trouble factice cutané est une psycho-dermatose définie par l'auto-induction intentionnelle de symptômes pour satisfaire un besoin psychologique, ou avoir un bénéfice secondaire. Ce trouble factice peut avoir de diverses présentations cliniques en fonction du mécanisme et de la localisation des lésions entraînant un challenge diagnostique pour les cliniciens. Nous rapportons le cas d'une panniculite septale chez une patiente atteinte d'un trouble factice.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 28 ans, sans antécédents pathologiques notables hormis une hospitalisation récente en endocrinologie pour l'exploration d'une hypoglycémie, qui consultait pour un œdème inflammatoire du pied droit évoluant depuis 1 mois. L'interrogatoire ne décelait pas la notion de piqure d'insecte ou de traumatisme. L'examen cutané retrouvait un œdème inflammatoire de l'avant-pied et de la cheville droite, douloureux à la palpation. Une échographie des parties molles a montré une cellulite sous cutanée sans image de collection avec une perméabilité vasculaire conservée. L'enquête infectieuse était négative et l'IRM de la cheville et du pied droit n'a pas mis en évidence des signes d'ostéoarthrite. L'étude histologique d'un fragment de biopsie cutanée objectivait une panniculite septale avec un infiltrat inflammatoire péri-vasculaire du derme profond riche en polynucléaires éosinophiles. Une origine factice a été suspectée. La consultation du dossier médical d'endocrinologie de la patiente a révélé le diagnostic d'une hypoglycémie factice par auto-injection d'insuline appuyant ainsi l'hypothèse de la pathomimie. La patiente avait été adressée en psychiatrie à plusieurs reprises mais refusait toujours le suivi. Elle est revenue ultérieurement pour des lésions similaires au niveau de la main avec guérison spontanée et complète du pied sans jamais avouer le mécanisme selon lequel, elle provoque ses lésions.

Discussion:

La panniculite factice ou panniculite artéfactuelle est une inflammation du tissu adipeux sous-cutané secondaire à une lésion externe. La lésion peut être causée par des agents physiques, mécaniques ou chimiques injectés tel que le mercure ou la silicone. L'origine factice peut être suspectée, mais toujours en tant que diagnostic d'élimination, chez les individus présentant des variantes du syndrome de Münchhausen. Les lésions ont tendance à être localisées dans les zones accessibles au patient. Elles ont généralement un aspect clinique atypique ne correspondant à aucune dermatose connue. L'apport de l'examen histopathologique est limité vu la grande variété de présentations possibles. L'issue thérapeutique est souvent décevante, notamment chez des patients qui adhèrent mal à la prise en charge psychiatrique.

Pigmentation acrale exogène secondaire à l'exposition auscarabée:

Une série de huit cas

Turki K, Chaabouni R, Bessaad L S, Hamdi A, Sellami K, Bahloul E, Turki H
Service de dermatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

La pigmentation acrale acquise peut être d'origine mélanocytaire bénigne ou maligne, traumatique ou exogène. Les scarabées sont connus être pourvoyeurs de pigmentation exogène lors d'un contact accidentel avec la peau. L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiocliniques et dermoscopiques de cette entité rare.

Patients et méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 5 ans (2018-2022) incluant les cas de pigmentation acrale secondaire à l'exposition au scarabée.

Résultats :

Nous avons inclus huit cas âgés entre 2 et 30 ans (moyenne = 13,25 ans). Cinq patients (62,5%) avaient un âge inférieur à 18 ans. Le sex-ratio H/F était de 5/3. Six patients (75%) ont consulté en été. Une notion d'écrasement d'un scarabée lors du port des chaussures ou après une activité sportive a été rapportée dans tous les cas. Le délai d'apparition de la lésion variait de quelques heures à 3 jours. L'examen physique a montré une macule brun noirâtre homogène unique dans 2 cas (25%) et multiple dans le reste des cas. Ces lésions siégeaient principalement au niveau du gros orteil (n:6), suivi par le 2^{ème} orteil (n:3) et la voûte plantaire (n:3) puis le 5^{ème} orteil (n:2) et le talon (n:2). La face plantaire du pied était plus fréquemment atteinte que la face dorsale (87,5% vs 37,5%). La pigmentation atteignait l'ongle dans 2 cas. La dermoscopie (réalisée dans 2 cas) a révélé une pigmentation parallèle aux crêtes respectant les sillons et les ouvertures des glandes sudoripares. Cette pigmentation était plus claire en périphérie. La conduite était de rassurer les patients avec une surveillance clinique. L'évolution était marquée par une disparition des lésions en 10 à 21 jours chez tous les patients sans récurrence ultérieure.

Discussion :

A notre connaissance, il s'agit de la plus large série rapportant des pigmentations exogènes secondaires à l'exposition au scarabée. En effet, les scarabées peuvent être accidentellement écrasés lors du port de chaussure ou lors de la marche pieds nus. Comme comportement défensif, ces insectes éjectent un fluide pigmentaire fait d'hydrocarbures et de quinines, pouvant migrer dans la peau et provoquer ces lésions. Conformément aux données anciennes, nous avons noté une prédominance de la localisation des lésions au niveau du gros orteil et de la face plantaire du pied. De même, notre série se caractérise par la prépondérance de l'âge pédiatrique et la fréquence de survenue en période estivale. Cliniquement, on observait des macules brun homogènes bien limitées entourées d'un halo plus clair rouge ou brun. Les lésions disparaissent progressivement en quelques semaines. Bien que l'aspect dermoscopique montrant un pattern parallèle aux crêtes soit inquiétant et évoquant un mélanome, il reste possible dans les pigmentations d'origine exogène. Le diagnostic est simple, basé sur un bon interrogatoire et une évolution régressive des lésions.

Conclusion :

Une pigmentation acrale acquise peut être secondaire à une exposition au scarabée. Cette entité mérite d'être connue afin de limiter les biopsies inutiles.

Mots clés : Pigmentation exogène – Scarabée – Lésion acrale



Figure 4 : Scarabée accidentellement écrasé



Figure 2 : Pigmentation multiple de la voûte plantaire et du talon



Figure 3 : Pigmentation du gros orteil et du 2^{ème} orteil y compris l'ongle

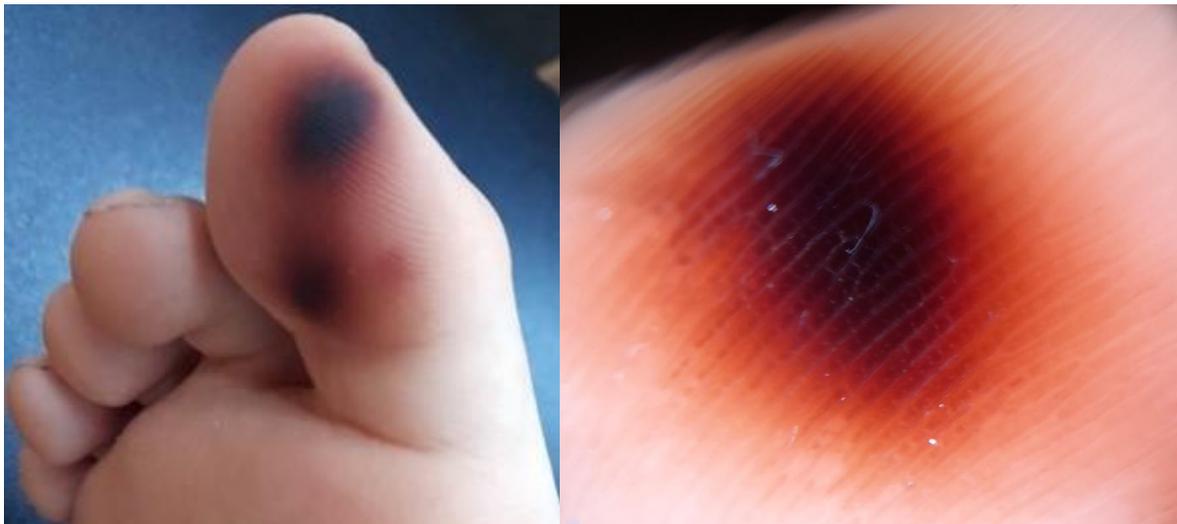


Figure1 : Aspect clinique et dermoscopique d'une macule pigmentée du gros orteil

Porphyrie cutanée tardive: une cause rare de photosensibilité

Fatma Zahra Lefghih, Faten Rabhi, Malek Ben Slimane, Hamza Abu Humaid, Kahena Jaber, Raouf Dhaoui

Service de dermatologie, Hôpital militaire principal d'instruction de tunis, Tunisie

Introduction:

Les porphyries cutanées sont des maladies métaboliques rares souvent héréditaires secondaires à un déficit en une des enzymes impliquées dans la synthèse de l'hème. La porphyrie cutanée tardive (PCT) est la porphyrie la plus fréquente de l'adulte. Elle est le plus souvent sporadique et liée à un déficit en uroporphyrinogène décarboxylase. Sa prévalance est estimée de 0,2 à 20 cas pour 100.000 en fonction des pays. Elle est associée à plusieurs facteurs étiopathogéniques toxiques (alcool , médicaments , surcharge en fer) et infectieux (virus de l'hépatiteC). Nous rapportons les signes cliniques et paracliniques chez une femme atteinte de PCT.

Observation:

Une femme âgée de 46 ans s'est présentée avec une hyperpigmentation des mains et du visage après exposition solaire avec apparition de lésions bulleuses du dos des mains, ainsi qu'une fragilité cutanée à type de décollements après épilation des sourcils et grattage des mains. A l'examen, elle présentait une hyperpigmentation des zones photoexposées, des érosions post-bulleuses et des lésions excoriées post grattage au niveau du dos des mains. Au niveau du visage , on note un pseudomelasma , des cicatrices atrophiques autour des sourcils , des signes de dermatose actinique chronique notamment une cheillite actinique et un vieillissement cutané prématuré représenté par des rides marquées pour son âge. Le bilan hépatique et la sérologie virale de l'hépatite C étaient normaux. L'examen des urines à la lumière de wood a montré une fluorescence. Le taux des porphyrines sanguines était légèrement élevé à 4,85. Un traitement par hydroxychloroquine à posologie faible soit 200mg à raison de deux fois par semaine pendant 12 à 18 mois était prescrit associé à une photoprotection.

Discussion:

La PCT se manifeste cliniquement par une photosensibilité, une fragilité cutanée des zones photoexposées. L'examen clinique montre des érosions , des bulles et une fragilité cutanée très caractéristique. Les croûtes laissent place à une atrophie cutanée, des cicatrices dyschromiques et des grains de milium. Les lésions s'étendent sur toutes les zones susceptibles d'être exposées au soleil. On peut observer également une hypertrichose malaire , des signes d'héliodermie , et un état sclérodermiforme des zones photoexposées. Une atteinte hépatique peut se voir à type d'hépatite, de cirrhose ou d'hépatocarcinome . Le diagnostic repose sur l'augmentation du taux des porphyrines sanguines et urinaires. La biopsie cutanée n'est pas nécessaire. Chez notre patiente, l'atteinte cutanée était évocatrice. Elle ne présentait pas d'atteinte hépatique. Le traitement consiste essentiellement en une photoprotection. Une faible dose d'antipaludéens de synthèse aboutit souvent à de bons résultats. Des saignées à raison de 300 à 500ml par semaine peuvent être proposées.

Conclusion:

La PCT est une cause rare de photosensibilité qui doit être évoquée devant des signes cutanés typiques, d'autant plus qu'une atteinte hépatique grave peut y être associée. Un dosage des porphyrines urinaires et sanguines permettra de poser le diagnostic. Un traitement par antipaludéens de synthèse donne de bons résultats.

Rosacée lymphoedémateuse associée à un gnatophyma

Mani oumaima sousse

Introduction :

La rosacée lymphoedémateuse (RL) est une variante rare de la rosacée, se manifestant par un œdème facial solide persistant. Nous en rapportons un cas inhabituel, compliqué d'un gnatophyma.

Observation :

Un patient âgé de 43 ans, agriculteur, présentait un œdème facial évoluant depuis 3 ans, avec installation récente d'une hypertrophie du menton depuis 4 mois. Il rapportait une sensation de brûlure faciale déclenchée par l'exposition à la chaleur. L'examen objectivait un érythroœdème centrofacial ferme, indolore, avec des télangiectasies. Le menton était épaissi et surmonté de papulo-nodules. Les examens stomatologique et ophtalmologique étaient sans anomalie. L'examen au dermoscope montrait, au niveau du front, du nez et des joues, la présence de vaisseaux polygonaux, des queues de démodex et des ouvertures folliculaires. Au niveau du menton, on notait des masses rouges-jaunâtres, des follicules dilatés, des bouchons folliculaires et des points et globules gris foncé et brunâtres. L'examen anatomopathologique avait révélé un épiderme orthokératosique et un derme fibreux et œdémateux, siège de vaisseaux sanguins et lymphatiques, dilatés, télangiectasiques, d'un infiltrat lymphoplasmocytaire péri annexiel et de mélanophages, en l'absence de granulomes. Le traitement prescrit était la doxycycline per os à la dose de 200 mg/jour, avec une légère amélioration après un mois. Une excision chirurgicale des lésions nodulaires était envisagée.

Discussion :

La RL est une forme clinique rare de la rosacée, se manifestant par un érythroœdème chronique indolore avec des télangiectasies. Sa physiopathologie n'est pas bien élucidée, mais certains auteurs suggèrent un dérèglement de la vascularisation cutanée locale avec une défaillance mécanique du système lymphatique. La vasodilatation et l'inflammation chronique, qui en résultent, entraîneraient l'augmentation de la perméabilité vasculaire et la destruction du collagène et des fibres élastiques. D'où, l'apparition secondaire du gnatophyma, chez notre patient. Les points et les globules pigmentés à la dermoscopie n'ont pas été décrits auparavant et seraient corrélés sur le plan histologique, à la présence de mélanine libre ou dans les mélanophages du derme. Le traitement du gnatophyma n'est pas codifié, pouvant impliquer les antibiotiques, l'isotrétinoïne, la chirurgie et le laser.

Conclusion :

La RL et le gnatophyma sont des phénotypes particuliers de la rosacée, pouvant constituer un défi tant sur le plan diagnostique que sur le plan thérapeutique. Une prise en charge précoce de la RL permettrait d'éviter la survenue secondaire des formes phymateuses.

Rosacée fulminante récidivante au cours de la grossesse

Cherif M, Hariz W, Hammami F, Turki K, Sellami K, Bahloul E, Turki H
Service de dermatologie, CHU Hédi Chaker, Université de Sfax, Tunisie

Introduction :

La rosacée fulminante (RF) ou pyoderma facial est une forme rare de rosacée qui atteint les femmes jeunes entre 20 et 40 ans. Elle peut s'exacerber pendant la grossesse. Nous rapportons le cas d'une patiente ayant présenté une RF lors de deux grossesses successives.

Observation :

Il s'agissait d'une patiente âgée de 34 ans, mère d'un enfant âgé de 2 ans et aux antécédents d'acné juvénile modérée. Elle a consulté pour des papules et des pustules érythémateuses siégeant sur le menton, les joues, le nez et le front. Ces lésions évoluaient depuis le début de sa grossesse et persistaient après l'arrêt spontané de celle-ci à 8SA. Le traitement par doxycycline avec corticothérapie orale de courte durée a permis une régression des lésions au bout de 1 mois. Deux années plus tard et au décours d'une nouvelle grossesse, il y a eu récurrence de la même symptomatologie. Les prélèvements mycologiques et bactériologiques sont revenus négatifs. L'aspect histologique était compatible avec un pyoderma facial. Cette grossesse a été également arrêtée spontanément à 6 SA puis la patiente a été traitée par isotrétinoïne et corticothérapie orale.

Discussion :

La survenue de la RF au cours de la grossesse a été rapportée dans une vingtaine de cas dans la littérature. Certains auteurs ont suggéré l'implication de facteurs hormonaux dans sa pathogénie. Dans notre cas, la coïncidence chronologique avec les 2 grossesses consolide le lien entre la RF et la gestation.

L'issue de la grossesse chez les patientes atteintes de RF reste équivoque. Chez notre patiente les deux grossesses se sont arrêtées spontanément. Un facteur étiopathogénique commun tel qu'un dérèglement hormonal, immunologique ou une pathologie vasculaire, pourrait être responsable à la fois des fausses couches et de la RF.

Le traitement de la RF chez la femme enceinte peut poser un challenge thérapeutique vu que l'isotrétinoïne et la tétracycline sont contre indiqués. Cependant, l'azithromycine serait une alternative thérapeutique efficace utilisée hors AMM.

Le traitement par tétracycline en post-abortum n'a pas empêché la récurrence des lésions chez notre patiente. Selon certaines études, l'isotrétinoïne à faibles doses maintenue au long cours pourrait prévenir la récurrence de la RF. Cette option n'est pas possible pour les jeunes femmes en âge de procréation mais les traitements non pharmacologiques tels que le laser CO2 restent possibles.

Conclusion :

La RF est une dermatose faciale qui peut être favorisée par la grossesse. Nous avons rapporté un cas de RF associée à deux grossesses spontanément arrêtées. Les options thérapeutiques sont réduites pendant la grossesse et les formes récidivantes sont plus difficiles à gérer.

Trichoteiromanie

Mdhaffar Dorra , Souissi Asmahane , Tabka Mariem , Nahali Syrine ,Kouki Chaima, Mokni Mourad

Introduction

La trichotillomanie ,qui consiste à s'arracher les cheveux, est la cause la plus fréquente de troubles capillaires auto-infligés, parmi lesquels on trouve la trichotemnomanie et la trichotéiromanie.

La perte de cheveux suite au frottement du cuir chevelu est désigné sous le nom de trichoteiromanie.

La trichoscopie redresse le diagnostic en étudiant la particularité de chaque affection .

Observation

Un patient âgé de 50 ans sans antécédents pathologiques notables nous a consultés pour une plaque alopécique localisée au niveau du vertex évoluant depuis 2 mois. L'examen physique a révélé une plaque alopécique non cicatricielle, mal limitée, parsemée de cheveux cassés siégeant au niveau du vertex. Les cheveux étaient d'apparence normale en bordure de la plaque alopécique ainsi que sur le reste du cuir chevelu. La trichoscopie a montré la présence de cheveux courts dystrophiques avec extrémités distales fendues longitudinalement en forme de brosse correspondant à une trichoptilose. Le cuir chevelu était sans anomalie. A l'interrogatoire, le patient rapportait qu'il se frottait souvent le vertex en particulier en période de stress. Le diagnostic de trichoteiromanie a été retenu.

Discussion

La trichoteiromanie (en grec : teiro, ou "je me gratte") entraîne une fracture des cheveux en rapport avec le grattage chronique du cuir chevelu. Il s'agit d'un trouble psychiatrique faisant partie des troubles capillaires compulsifs. Les principaux diagnostics différentiels sont la trichotillomanie (perte de cheveux par arrachage, tirage ou torsion), la trichotemnomanie (perte de cheveux due à une coupure ou un rasage) et la pelade. Au cours de la trichoteiromanie, l'alopecie est la conséquence du frottement chronique du cuir chevelu qui entraîne une altération de la partie distale de la tige pileaire avec une séparation des pointes des cheveux en forme de brosse donnant ce qu'on appelle une trichoptilose. Ce signe trichoscopique, observé chez notre patient, est hautement évocateur du diagnostic de trichoteiromanie et reflète une friction continue qui érode progressivement les bordures des cellules cuticulaires distales.

Conclusion

La trichoteiromanie est forme rare de trouble capillaire compulsif, souvent sous diagnostiqué.

La trichoscopie est un outil simple, peu onéreux et rapide pour le diagnostic.

Une série de 4 cas de Maladie de Kyrle

K. Trimeche¹, M. Lahouel¹, NEI. Ouni¹, M. Maalej¹, M. Ben Kahla¹, M. Ben rejeb¹, S. Saad¹,
N. Fetoui Ghariani¹, S. Mokni¹, A. Aounallah¹, N. Ghariani¹, B. Sriha², M. Denguezli¹
¹Dermatologie, ²Anatomo-pathologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

La maladie de Kyrle est une dermatose perforante acquise rare. Nous rapportons ici quatre observations de cette entité survenues chez des patients diabétiques.

Observations :

Quatre patients : trois hommes et une femme, âgés respectivement de 69 ans, 61 ans, 43 ans, et 45 ans, se sont présentés pour une éruption prurigineuse, faite de papules kératosiques. L'évolution était progressive chez tous les malades allant de six mois à deux ans. Les trois hommes avaient un diabète type 1 compliqué de néphropathie diabétique et d'insuffisance rénale, dont deux au stade hémodialyse. Deux parmi eux avaient en plus une hypertension artérielle et un avait une goutte. La patiente avait un antécédant de diabète type 2. L'examen dermatologique objectivait chez les quatre malades de multiples papules à surface kératosique, mimant l'aspect de lichen plan. Les lésions avaient intéressé les membres dans 3 cas et le tronc et les fesses dans 1 cas. La dermoscopie avait montré dans les 4 cas du centre vers la périphérie: une croûte ou squame centrale, une zone blanche grisâtre sans structure, une zone rosée sans structure dans certaines lésions, et une zone brunâtre périphérique. L'histologie avait montré une dépression cratériforme remplie de lamelles de kératines dans tous les cas, associée à quelques kératinocytes nécrotiques dans deux cas. Le traitement comportait des dermocorticoïdes et des antihistaminiques dans tous les cas associés à l'acitrétine dans 1 cas.

Discussion :

La maladie de Kyrle est dermatose papulokératosique rare est peut compliquer le diabète, souvent insulino-dépendant ou l'insuffisance rénale chronique terminale. Notre série rejoint les données de la littérature quant à la prédominance masculine, la fréquence du prurit et l'atteinte préférentielle des membres inférieurs. Cliniquement, le diagnostic peut être difficile et peut poser un diagnostic différentiel avec un prurigo nodulaire ou un lichen plan hypertrophique, comme était le cas de nos patients. Les caractéristiques dermoscopiques retrouvées sont comparables à celle décrite dans la littérature. Cet aspect dermoscopique reflète les signes histologiques : la croûte centrale correspondait au matériel kératosique qui comble l'érosion de l'épiderme ; la zone grisâtre sans structure reflète l'amincissement de la jonction dermoépidermique par invagination de l'épiderme ; la zone rosée sans structure correspondait à l'inflammation active avec l'augmentation de la vascularisation du derme. La zone hyperpigmentée périphérique est dû à la présence de mélanocytes et à l'augmentation de la pigmentation de la couche basale de l'épiderme. Le traitement est surtout symptomatique basé sur des émoullients et des kératolytiques. Les autres options comportent les rétinoïdes topiques ou par voie générale, chirurgie ou laser CO2 et photothérapie.

Conclusion :

La maladie de Kyrle est une affection rare, qui doit être évoqué devant des lésions kératosiques prurigineuses, particulièrement chez des sujets diabétiques et porteurs d'insuffisance rénale. La dermoscopie constitue un outil important, pouvant faciliter le diagnostic.

Une mélanocytose dermique acquise unilatérale chez un jeune homme

Turki K, Hammami F, Bessaad L, Sellami K, Boudaya S, Bahloul E, Turki H
Service de dermatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

La mélanocytose dermique acquise (MDA) est un trouble pigmentaire peu fréquent. Il se voit surtout chez les femmes asiatiques à l'âge adulte. Nous rapportons une nouvelle observation chez un homme d'origine tunisienne.

Observation :

Il s'agit d'un étudiant âgé de 29 ans, suivi pour un trouble psychiatrique sous Clozapine et Lamotrigine. Il consultait pour une hyperpigmentation unilatérale et asymptomatique de la face apparue il y a 3 ans, qui augmentait progressivement de taille. Avant cette consultation, il avait déjà utilisé des traitements topiques à effet dépigmentant sans amélioration clinique.

L'examen clinique montrait une plaque maculeuse hyperpigmentée brun- grisâtre mouchetée qui siégeait au niveau de la région frontale, temporale et zygomatique gauches, atteignant l'aile nasale gauche (Figure). La lumière de Wood n'a pas montré d'accentuation du contraste. A la dermoscopie, on observait une pigmentation brune homogène avec des zones grisâtres, impliquant les follicules pileux sans motif réticulaire spécifique. On observait aussi un fond érythémateux et quelques télangiectasies. En examinant les muqueuses, nous avons remarqué une coloration bleu-brun de la sclérotique du côté homolatéral à la pigmentation. Une biopsie cutanée de la plaque pigmentée a été faite. L'étude histologique a montré des mélanocytes et des mélanophages, plus concentrés au niveau du derme réticulaire. Ces données cliniques et histologiques étaient compatibles avec une MDA. Vu le caractère unilatéral de la lésion, nous avons retenu le diagnostic du naevus de Sun.

Discussion :

Le naevus de Sun (NS) ou MDA unilatérale a été décrit pour la première fois par Chee-Ching Sun en 1987. Ensuite en 1991, Whitmore a décrit le premier cas de naevus d'Ota (NO) unilatéral acquis, dénommé également naevus de Sun (NS). Cette entité ressemble cliniquement et histologiquement au NO congénital et au naevus de Hori (NH) qui est un NO acquis et souvent bilatéral. Les facteurs de risques sont le caractère héréditaire, l'inflammation et l'exposition aux rayons UV. Bien que l'atteinte des muqueuses oculaires et/ou buccales ont été décrites dans les cas de NO et dans quelques cas de NH, elle n'est pas habituelle dans les quelques cas rapportés de NS.

Le cas de NS que nous avons rapporté se distingue surtout par l'association avec une pigmentation de la sclérotique classiquement observée dans le NO. De plus l'aspect dermoscopique de zone homogène brun- grisâtre que nous avons décrit est conforme aux données anciennes retrouvées dans le NH. Enfin, l'aspect histologique compatible avec une MDA demeure le caractère le plus important. Le traitement de ce trouble reste non codifié mais les lasers pigmentaires pourraient être efficaces. Ni une régression spontanée ni une transformation maligne du NS n'ont été rapportées.

Mots clés :

Naevus de Sun ; Naevus de Hori unilatéral ; Mélanocytose dermique acquise



Figure1 : Pigmentation unilatérale gauche de la face



Figure2 : La lumière de Wood n'a pas montré d'augmentation du contraste



Figure3 : Aspect dermoscopique de la lésion montrant un pigment brun- grisâtre impliquant les follicules pileux, avec un fond érythémateux et des télangiectasies



Figure4 : Coloration bleu-brun de la sclérotique du côté homolatéral à la pigmentation

Vitiligo associé au pembrolizumab chez une femme atteinte d'un mélanome métastatique

Majdoub Arwa, Ben Slimane Malek, Rabhi Faten, Baccar Hela, Jaber Kahena, Dhaoui Raouf
Service de dermatologie

Hôpital Militaire de Tunis, Tunisie

Introduction

Le développement des inhibiteurs de checkpoints immunologiques (anticorps monoclonaux anti-PD-1/PD-L1, anti-CTLA-4) représente une avancée thérapeutique dans la prise en charge de nombreux cancers. L'utilisation des immunothérapies anti-PD-1 a amélioré le pronostic des cancers métastatiques mais est souvent associée à des effets indésirables cutanés notamment des lésions de type vitiligo.

Observation

Une patiente de 52 ans, ayant des antécédents de mélanome acral lentigineux opérée en janvier 2021. En 2022, environ 1 an après, la patiente a développé des nodules sous cutanées au niveau de la jambe gauche. Un scanner cérébro-thoraco-abdomino-pelvien a été fait montrant la présence de métastases pulmonaires, ganglionnaires et des métastases cutanées en transit. Ainsi, notre patiente était porteuse d'un mélanome acral stade 4. Elle a été mise sous Anti PD1 (Nivolumab). Après 4 cures, l'évolution a été défavorable avec progression pulmonaire et hépatique. Après une réunion de concertation pluridisciplinaire, la patiente a été mise sous pembrolizumab, avec une bonne évolution clinico-radiologique. Vingt jours après sa 5ème cure, soit 5 mois après le début de traitement par pembrolizumab, un contrôle clinique de la patiente a objectivé l'apparition d'une macule hypochromique bien limitée au niveau du genou gauche avec leucotrichie à son niveau.

Discussion

Le vitiligo peut affecter 2 % à 9 % des patients atteints de mélanome et recevant un traitement par anti CTLA-4 et 7 % à 11 % de ceux recevant un traitement par anti PD-1. Il se développe généralement entre 7 et 65 semaines après le début de la thérapie anti-DP-1. Il diffère du vitiligo idiopathique par son siège au niveau des zones photoexposées. Le développement du vitiligo après traitement par anti PD1 est lié à une réactivité croisée entre les antigènes associés au mélanome et les mélanocytes. La survenue de lésions à type de vitiligo chez ces patients atteints de mélanome métastatiques est souvent corrélée à d'excellents résultats cliniques.

Quand un exanthème maculo papuleux révèle une cholécystite aiguë

Line Farhat*, Ouiame Eljouari *, Sarra Marraha*, Salim Gallouj*

*Service de dermatologie du CHU Med VI de Tanger, Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger, Université Abdelmalek Essaâdi

Introduction

Un exanthème est une éruption d'apparition brutale, se généralisant en quelques heures et guérissant en quelques jours, faite de macules érythémateuses qui peuvent être associées à d'autres lésions élémentaires (papules, plaques, vésicules, purpura, voire nécrose).

Ses étiologies sont nombreuses principalement virales chez l'enfant et médicamenteuses chez l'adulte. Cependant, dans de rares situations, il peut être la manifestation d'une pathologie engageant le pronostic vital ou une urgence de santé publique, nous rapportons ici un cas d'un exanthème maculo papuleux révélant une cholécystite aiguë

Observation

Patient âgé de 39ans, sans ATCDs pathologiques notables, hospitalisé pour la prise en charge d'un rash maculo papuleux évoluant depuis 10jours, précédé 2 jours avant par l'installation d'une fièvre chiffrée à 41°C et des céphalées compliqués d'une confusion. Le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état générale et d'arthralgie

L'examen dermatologique avait objectivé un exanthème maculo papuleux sur le tronc et les membres épargnant le visage, quelques lésions purpuriques pétéchiales niveau du 1/3 inf des jambes et descendant sur la face dorsale des pieds avec un œdème des membres inférieurs prenant légèrement le godet. nous avons également noté la présence d'une hyperhémie et d'un ictère conjonctivale

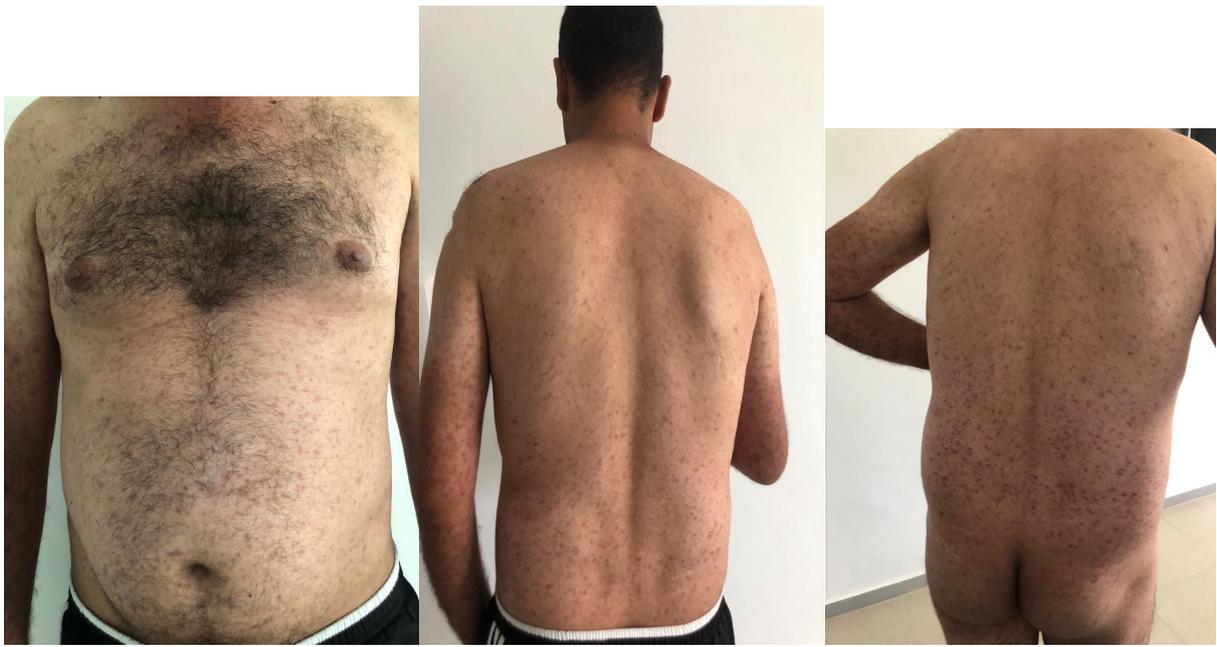
les autres muqueuses étaient saines et les aires ganglionnaires étaient libres

L'examen abdominal était sans particularité

Nous avons évoqué en premier lieu une cause virale (primo infection VIH, une infection virale à CMV, EBV, les hépatites ou syphilis), une rickettsiose, une leptospirose et une toxidermie médicamenteuse,

Les examens biologiques révélaient un syndrome inflammatoire majeur (C-reactive protein: 141,6 mg/l, L'hémogramme montrait une hyperleucocytose (20240 éléments /mm³) à prédominance neutrophilique. Le bilan hépatique était perturbé : ASAT à 277, (soit 9 fois la normale) ALAT à 144 (soit 4 fois la normale) GammaGT : 101.06 U/L bilirubine totale : 14.52 mg/L bilirubine indirecte : 9.52 mg/L bilirubine directe : 5 mg/L < 3 phosphatase alcaline : 99.35 U/L. Les sérologies hépatitiques B et C, syphilitique et VIH ainsi que les hémocultures étaient négatives. une biopsie cutanée était en faveur d'une vascularite leucocytoclasique. L'échographie abdominale révélait une cholécystite aiguë. Après la concertation avec les gastro entérologue et les chirurgiens viscéralistes, nous avons retenu le diagnostic d'un exanthème maculo papuleux rattaché à une septicémie compliquant une cholécystite aiguë. le patient a été mis sous ciprofloxacine inj en IV 200mg*2/j, ainsi qu'une préparation à base de dermocorticoïde avec contrôle du bilan hépatique. L'évolution a été marquée sur le plan clinique et biologiques par l'obtention de l'apyrexie à J3 de traitement ainsi que le début de la régression des lésions cutanées et de l'ictère et la normalisation de la C-reactive protein (CRP)

Photos à J1 de l'admission



Photos à j3 de TTT



DISCUSSION

L'exanthème fébrile, bien que souvent banal peut révéler une pathologie sous jacente engageons le pronostic vital , constituant ainsi un véritable défi pour le praticien qui devrait donc, parmi les patients se présentant avec un tel tableau, identifier ceux pour lesquels une prise en charge hospitalière et spécialisée en urgence est requise. . Les toxidermies sont de loin les causes les plus fréquentes chez l'adulte suivi des infections virales et les éruptions toxiques (1)

D'après un article publié par Peter Itin en 2012,45% des patients hospitalisés pour un exanthème fébrile étaient d'origine infectieuse(2)

Ce qui fait que la sémiologie de l'exanthème lui-même (rubéoliforme, scarlatiniforme, morbilliforme, roséoliforme) n'est pas spécifique et n'oriente pas vers une cause univoque.

Ce n'est que lorsque l'exanthème est accompagné d'autres signes associés (surtout de gravité) que le patient doit être hospitalisé pour ne pas passer surtout à côté d'une urgence vitale (cause infectieuse (souvent alors bactérienne)/ou d'une toxidermie).

Un éditorial publié récemment a cité une étude dans laquelle plus de 50% des patients présentaient un état fébrile dont l'origine n'a pas pu être établie(3)

D'où l'importance d'un bon interrogatoire et d'un examen clinique rigoureux, afin de s'orienter et de cibler une étiologie précise, ne pas retarder la prise en charge du patient et surtout d'éviter les couts élevés des examens complémentaires inutiles et peu contributives dans ce type de symptomatologie ,ce qui est le cas de notre patient où on a découvert grâce à la mise en évidence à l'examen clinique d'un léger ictère cutanéomuqueux qui n'était pas vraiment franc et la constatation de l'altération de l'état général

Ceux-ci nous ont guider vers l'origine septique de l'éruption rattachée à une cholécystite aigue après avoir éliminer les autres étiologies et confirmer le diagnostic par les examens biologiques et radiologique Donc la découverte d'une urgence chirurgicale surtout qu'elle était silencieuse à l'examen abdominal et que l'exanthème maculo papuleux febrile était le seul signe d'alarme font l'originalité de notre cas. Cette situation a été décrite en 2017 où un exanthème maculeux fébrile a été rattaché à un sepsis secondaire à une pelvipéritonite et cholécystite aigue (4).

Enfaite les effets systémiques des micro-organismes sur la peau se manifestent le plus souvent par un exanthème, expliquant la physiopathologie des éruptions toxiques par 2 mecanismes differents soit secondaire à l'action directe de la bactérie ou à l'action de toxines.

Ce qui explique la symptomatologie cutanée dans la révélation des états septique (5)

D'après une étude faite en suisse en 2016 à partir de cas recensé par l'office fédérale de la sante,les germes le plus souvent incriminés dans l'exanthème maculo papuleux febrile de l'adulte sont le méningocoque, les souches de Staphylococcus aureus ou de Streptococcus pyogenes productrices de toxines responsable du syndrome du choc toxique ou aussi les germes responsables de l'endocardite infectieuses (1)

Chez notre patient l'E coli était le germe responsable de la sécrétion de toxine vu la présence de la cholécystite aigue,ce qui fait aussi l'originalité de notre cas (6)

Conclusion

L'exanthème fébrile de l'adulte peut être la manifestation d'une infection virale bénigne, mais il doit faire évoquer en premier les étiologies sévères comme les toxidermies médicamenteuses et les infections d'origine bactérienne nécessitant une prise en charge urgente. Cette observation souligne le rôle prépondérant de la peau comme signal d'alarme des états septiques qui doit faire pousser le

praticien à dévoiler des pathologies sous jacentes engageant le pronostic vital même en l'absence de signes associés évidents.

D'où l'intérêt d'un bon interrogatoire et d'un examen clinique minutieux afin d'orienter le diagnostic.

REFERENCES

(1) Exanthème fébrile chez l'adulte

Stéphanie D'incau ,Dan Lebowitz ,Laurence Toutous-Trellu ,Gilles Eperon ,Benedikt Huttner

DOI: 10.53738/REVMED.2017.13.558.0798

(2) Itin P. Exanthèmes fébriles. Forum Med Suisse. 2013;13(2728):544–47

(3) Horowitz HW. Fever of unknown origin or fever of too many origins? N Engl J Med. 2013;368:197–9.

4) Fihmi N, Alouani I, Elmrahi A, Zizi N, Dikhaie S. Quel diagnostic devant une éruption fébrile? [Approach to the diagnosis of patients with febrile rash]. Pan Afr Med J. 2017 Jul 28;27:227. French. doi: 10.11604/pamj.2017.27.227.12657. PMID: 28979629; PMCID: PMC5622838

(5) Martin C, Vincent JL. Sepsis sévère et choc septique. Springer-Verlag France. 2005;1:9.

(6) Fuks D, Cossé C, Régimbeau JM. Cholécystite aiguë lithiasique et antibiothérapie. J Chir (Paris). 2013;150(1):4–10.

Thérapeutique

Étude comparative de la sécurité et de l'efficacité du microneedling à l'acide tranexamique et à la vitamine C par rapport au peeling à l'acide trichloracétique (TCA) dans le traitement du mélasma

T.Imane , O.El jouari , I.Elghazouli , S.Gallouj

Service de dermatologie et vénéréologie

CHU Tanger

Introduction :

Le mélasma est un trouble pigmentaire courant qui affecte le visage. Bien que certains facteurs de risque aient été identifiés, la cause exacte de cette affection reste encore inconnue. De nombreuses modalités de traitement ont été essayées, mais aucune n'a donné de résultats totalement satisfaisants. Dans cette étude, notre objectif était de comparer la sécurité et l'efficacité du microneedling à l'acide tranexamique et à la vitamine C par rapport au peeling au TCA dans le traitement du mélasma.

Matériels et méthodes :

Pour mener à bien notre étude comparative, nous avons recruté deux groupes de 15 patientes atteintes de mélasma, après avoir obtenu l'approbation du comité d'éthique institutionnel. Après avoir obtenu leur consentement éclairé, nous avons réalisé une séance de microneedling à l'acide tranexamique et à la vitamine C chaque semaine sur le premier groupe, tandis que nous avons effectué un peeling au TCA chaque 10 jours sur le deuxième groupe, et cela pendant une durée de 8 semaines. Nous avons évalué l'amélioration à l'aide de photographies cliniques, de l'indice MASI (Melasma Area and Severity Index), de l'évaluation globale du médecin (PGA) et de l'évaluation globale du patient (PTGA) lors de chaque visite (0, 4 et 8 semaines). Nous avons utilisé le test Z pour comparer les moyennes des deux groupes et évaluer les différences significatives à 4 et 8 semaines.

Résultats :

Sur les 30 patients inclus dans l'étude, tous étaient des femmes et 11 d'entre elles (36,6 %) étaient âgées de 35 à 39 ans. La durée moyenne de présence du mélasma était de $3,73 \pm 1,65$ ans. Parmi eux, 17 patients (56,7 %) présentaient une peau de type Fitzpatrick 3 et 13 patientes (43,4 %) présentaient une peau de type 4. Les antécédents familiaux étaient positifs

dans seulement 11 cas (36,7 %). D'autres facteurs de risque tels que l'utilisation de pilules contraceptives orales étaient présents chez 20 patientes (66,6 %), tandis que des antécédents de maladie thyroïdienne étaient présents chez 4 patientes (13,3 %). La durée moyenne d'exposition solaire quotidienne était de $2,87 \pm 2,23$ heures. L'indice MASI de base (MASI_b) a montré une amélioration de 27 % avec le traitement à l'acide tranexamique et à la vitamine C, et de 8,9 % avec le peeling au TCA à 4 semaines. À la fin des 8 semaines, l'amélioration était de 35 % avec le traitement à l'acide tranexamique et à la vitamine C, et de 12,3 % avec le peeling au TCA. La valeur p de l'indice MASI à 4 et 8 semaines pour le traitement à l'acide tranexamique et à la vitamine C était de 0,001, ce qui signifie qu'il y avait une différence significative. Parmi les 30 patients, seules 10 patientes (33,3 %) ont signalé une légère démangeaison et une sensation de brûlure, qui ont disparu spontanément.

Discussion :

Cette étude est la première à comparer le microneedling à l'acide tranexamique et à la vitamine C avec le peeling au TCA dans le traitement du mélasma. Les résultats indiquent que le traitement à l'acide tranexamique combiné à la vitamine C est supérieur au peeling au TCA, rejoignant ainsi les résultats d'une étude précédente menée sur 30 patients comparant le microneedling à l'acide tranexamique et à la vitamine C. L'amélioration du score MASI était significativement meilleure dans le groupe traité à l'acide tranexamique. Dans une étude récente, le peeling au TCA a été comparé à des peelings combinés. Les résultats suggèrent qu'une séance de peeling chimique combiné est aussi efficace que six séances de peeling au TCA dans le traitement du mélasma.

Conclusion :

En conclusion, le microneedling est une procédure simple et facile à réaliser en cabinet, garantissant une administration uniforme du médicament grâce à la création de micro-canaux. Notre étude a révélé que le microneedling avec l'acide tranexamique et la vitamine C est un traitement sûr et efficace du mélasma.

Evaluation de l'efficacité des antibiotiques dans le traitement de l'hidradénite suppurée : étude rétrospective sur 12 ans

Y.Mahdar, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Mots clés : Hidradénite suppurée, antibiotiques, efficacité

Introduction : L'hidradénite suppurée est une maladie inflammatoire chronique ayant un impact sévère sur la qualité de vie. L'antibiothérapie est le traitement de référence, mais son efficacité et sa sécurité restent controversées.

L'objectif de notre travail était d'évaluer l'efficacité des antibiotiques dans le traitement de l'hidradénite suppurée et de définir les facteurs de mauvaise réponse.

Matériel et méthode : Étude transversale rétrospective sur une période de 12 ans entre 2011 et 2023. Nous avons inclus tous les patients suivis pour hidradénite suppurée dans notre structure ; les patients perdus de vue ont été exclus.

Résultats : Parmi 57 patients suivis pour une hidradénite suppurée, 51 patients ont été inclus. Trente-cinq patients étaient de sexe masculin (70%) ; la médiane d'âge était de 43 ans [10-76] et la médiane de la durée d'évolution était de 11,82 ans [0,5-37]. Les patients avaient en moyenne deux zones atteintes [1-7], avec une prédominance de l'atteinte du pli interfessier (64%) et du stade III de Hurley (54,9%).

Sur le plan thérapeutique, 37 patients étaient sous deux antibiotiques ou plus (72,55%). Les cyclines étaient les molécules les plus utilisées (58%), suivies par le métronidazole (48%) et la ciprofloxacine (48%), le cotrimoxazole (32%), la ceftriaxone (28%), la gentamicine (16%) et l'association amoxicilline-acide clavulanique (6%). Trente-trois patients étaient mal observants (66%) et l'utilisation des antibiotiques durait en moyenne 2 ans avec un écart type de 0,5. Sur le plan évolutif, 52% des patients étaient stationnaires, 30% en aggravation et 18% en rémission. Les facteurs de mauvaise réponse aux antibiotiques étaient l'absence d'un complément par mise à plat chirurgical ($p < 0,001$, OR=1,4), l'utilisation de la gentamicine ($p = 0,058$, OR=1,78), et la mal observance ($p = 0,048$, OR=1,014).

Discussion : Bien que l'hidradénite suppurée ne soit pas une maladie infectieuse à proprement dit, les antibiotiques sont largement utilisés. Le choix de la molécule, sa posologie et la durée du traitement sont fondés sur des preuves limitées. Les cyclines sont la famille d'antibiotiques la plus utilisée. La gentamicine a été utilisée dans quelques études mais sans preuve d'efficacité. Les antibiotiques sont utilisés d'une façon prolongée dans notre contexte vu la mal observance, le refus du traitement chirurgical souvent délabrant et l'absence d'alternative thérapeutique remboursée.

Conclusion : Le traitement de l'hidradénite suppurée constitue un défi pour les dermatologues. Les antibiotiques doivent être prescrits d'une manière réglementée et pendant une durée limitée, en association à d'autres modalités thérapeutiques telles que la biothérapie, la chirurgie et la bonne hygiène de vie pour éviter les effets indésirables des antibiotiques ainsi que le développement d'une antibiorésistance.

Efficacité du traitement par bolus de méthylprednisolone associé au méthotrexate et à la LED dans le traitement des pelades universelles

I. Moubine, F. Hali, S. Chiheb

Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La pelade est une maladie inflammatoire évoluant par poussées imprévisibles. Son traitement est difficile, surtout dans les formes étendues. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité du traitement par bolus de méthylprednisolone (MP), combiné au méthotrexate (MTX) et à la LED dans le traitement des pelades universelles.

Matériels et méthodes :

Une étude descriptive prospective a été menée entre Janvier 2021 et Juin 2022 incluant les patients atteints d'une pelade universelle, ayant reçu un bolus de MP 500mg/j pendant 3 jours, une fois par mois pendant 3 mois consécutifs avec relais par la bétaméthasone à la dose de 0.05mg/kg/j en 2 prises par semaine, associé au MTX à la dose de 15 mg/semaine et à la LED à raison de 3 séances/semaine. L'efficacité a été évaluée à 3 mois puis à 6 mois par le score de sévérité SALT : repousse complète, repousse partielle (>50%) ou échec (<50%).

Résultats :

Quinze patients atteints de pelade universelle étaient inclus. La moyenne d'âge était de 35 ans avec des extrêmes de 14 et 50 ans, il s'agissait de 4 hommes et 11 femmes. La présence d'une thyroïdite était notée dans 5 cas (25,3 %). La durée d'évolution moyenne de la pelade était de 5,7 ans [6 mois - 17 ans]. Un traitement local antérieur était prescrit chez tous les patients avec mauvaise réponse thérapeutique. La dermoscopie avait retrouvé les signes suivants : des points noirs, points jaunes, cheveux en points d'exclamation, cheveux coudés, et des poils duveteux et circulaires. L'atteinte unguéale était retrouvée chez 9 patients (60 %) sous forme d'une trachyonychie, onycholyse, onychoschizie, et érythème de la lunule. Après le 3^{ème} bolus, 5 patients avaient une réponse complète (33,3 %) et 8 patients avaient une repousse partielle (53,3 %). La repousse prédominait au niveau du scalp et des poils corporels, avec une réponse plus tardive au niveau des cils et des sourcils. Le recul est de 12mois avec une rechute après 6 mois notée chez 1 patiente. Un échec thérapeutique a été noté chez 2 patients. Le traitement a été bien toléré chez tous nos patients.

Discussion :

La prise en charge de la pelade demeure difficile malgré les avancées thérapeutiques actuelles, en raison de l'évolution imprévisible de la maladie. L'efficacité du traitement par bolus de

MP a été rapportée dans les pelades en plaques avec une efficacité moindre dans les pelades ophiasiques et universelles. A travers cette étude, nous avons pu obtenir une bonne réponse chez la majorité des patients atteints d'une pelade universelle, malgré la présence simultanée de plusieurs facteurs de mauvais pronostic représentés par la durée d'évolution longue, les troubles dysimmunitaires associés et l'atteinte unguéale. Cependant, une surveillance à long terme est nécessaire pour évaluer la réponse à long terme.

Conclusion :

Une étude de cohorte prospective avec un suivi à plus long terme pourrait être intéressante pour évaluer l'apport de ces traitements dans la prise en charge de la pelade universelle.

L'efficacité des Anti-JAKS dans le traitement des pelades : A propos de trois cas.

Lahrougui A, Aboudourib M, Hocar O, Amal S
Service de dermatologie et vénéréologie.
CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc
Laboratoire biosciences et santé

Introduction

L'augmentation de l'incidence des pathologies inflammatoires, altérant la qualité de vie des patients ont mis en lumière le besoin d'une option thérapeutique efficace et plus sûre.

Un intérêt particulier a été porté sur des molécules agissant sur l'inhibition de la voie de signalisation des JAK-STAT, nommées : Les anti-JAKS.

Nous décrivons trois cas de pelades traités par Tofacitinib avec bonne évolution clinique.

Observation :

Le premier est un patient de 30 ans suivi pour pelade en plaque depuis 10 ans, et le deuxième cas est celui d'une femme de 55 ans, suivie pour pelade décalvante depuis 8 ans, et enfin un patient de 35 ans suivi pour pelade universelle depuis 5 ans.

Tous les trois ont deux dénominateurs communs : La non réponse à aucun des traitements topiques et systémiques de pelade et aussi l'impact psychologique important.

La dermoscopie des trois patients a objectivé des points noirs et jaunes, ainsi que quelques poils duveteux par endroit.

La décision thérapeutique était de mettre les trois patients sous anti-jaks particulièrement par le Tofacitinib 11mg/J, après la réalisation d'un bilan pré-thérapeutique qui s'est révélé normal.

L'évolution clinique était marquée par une repousse capillaire partielle des trois patients à 3 mois, ainsi qu'une repousse complète à 6 mois de traitement pour le premier patient et 10 mois pour la deuxième patiente, par ailleurs aucun effet secondaire n'a été rapporté.

Discussion :

Pour le moment seuls 3 Anti-JAKS ont été approuvés par la FDA et l'EMA, on distingue le Tofacitinib et Baricitinib qui sont des anti-JAKS 1 et 2, ainsi que le Ruxolitinib qui est un anti-JAKS 1 et 3.

Il existe également une forme topique, notamment le Ruxolitinib crème 1.5% et le Tofacitinib crème à 2%.

Les résultats d'une méta analyse ont objectivé que la durée moyenne de traitement était estimée à 13 mois.

La posologie est variable en fonction de la molécule : Pour le Ruxolitinib la dose dépend du taux de plaquette, pour le Tofacitinib la dose est de 11mg en prise unique ou 5mg deux fois par jour, enfin 4 mg pour le Baricitinib.

Comme tout médicament, les anti-JAKS ne sont pas des traitements anodins, il est donc nécessaire de demander un bilan pré-thérapeutique afin de dépister les contre-indications, comportant : une numération formule sanguine, bilan rénale hépatique et lipidique ainsi que les sérologies.

Les anti -JAKS sont incriminés d'être responsable d'une multitude d'effets secondaires, on note une incidence plus élevée d'infections communes, notamment d'infections des voies respiratoires supérieures, urinaires, ainsi qu'une incidence accrue de zona, et d'autres infections opportunistes.

Le risque de développer une néoplasie notamment lymphome et mélanome a été incriminé par certaines cohortes mais les résultats des méta-analyses n'ont pas objectivé de relation statistiquement significative.

On retrouve également la possibilité de développer des toxidermies ou des maladies thromboemboliques, ainsi que des perturbations biologique d'où l'importance du bilan.

Conclusion

L'efficacité des anti-Jaks dans le traitement des pelades a été prouvée par de nombreuses études, néanmoins l'évolution à court et à long terme reste imprévisible et surtout personne dépendante.

Une évolution spectaculaire d'un granulome pyogénique multiple sous corticothérapie et bêtabloquants.

A.Lahrougui, I.Kial, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal

Service de dermatologie- vénérologie, CHU Mohammed VI, Marrakech-Maroc.

Laboratoire bioscience FMPM.

Introduction

Le granulome pyogénique ou Botryomycome est une tumeur vasculaire bénigne rare, dont l'étiopathogénie reste non encore élucidée, engendrant un préjudice esthétique surtout pour les localisations voyantes.

Nous rapportons un cas de granulome pyogénique multiple chez un patient de 47 ans suite à un AVP.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 47 ans, victime d'un AVP engendrant une plaie profonde du visage, une dermabrasion abdominale, ainsi qu'une fracture de la cheville pour laquelle il a été opéré il y'a 1 mois. Le patient a consulté pour des tuméfactions cutanées diffuses, évoluant 20 jours après son traumatisme, engendrant une gêne esthétique.

L'examen clinique retrouve la présence de nodules angiomateux, bourgeonnants, diffus, indolores et non prurigineux, de tailles différentes à bords irréguliers, siégeant au niveau du site de la plaie faciale et de la dermabrasion abdominale, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

Le patient a été traité par de la corticothérapie orale, à la dose de 1mg/kg/J avec dégression à l'ordre de 10mg chaque 10 jours, ainsi que par du propranolol systémique.

L'évolution clinique était spectaculaire, faite d'une nette amélioration clinique dès la première semaine, ainsi qu'une quasi disparition des lésions sur 3 semaines.

Discussion

Le granulome pyogénique (GP) est une tumeur bénigne faisant partie des angiomes capillaires lobulés, décrit pour la première fois par Poncet et Dor en 1897.

Souvent l'apanage de l'enfant et du jeune adulte, de rares formes cliniques ont été décrites chez le sujet âgé, se manifestant typiquement comme une petite masse charnue, de 0,5 cm à 2 cm, molle et rouge dont le moindre effleurement entraîne un saignement, avec une localisation préférentielle au niveau des extrémités.

Le granulome pyogénique est majoritairement solitaire, mais peut dans de rares cas être multiple, éruptif ou récidivant, pouvant apparaître spontanément ou à la suite de facteurs déclenchant divers tels que des traumatismes, plaies ou brûlures.

Le diagnostic est généralement clinique, mais sa confirmation est histologique.

Divers traitements se sont avérés efficaces, notamment l'électrocoagulation, la cryothérapie, le nitrate d'argent, le laser ainsi que la corticothérapie et les bêtabloquants topiques ou systémiques.

Toutefois de récentes publications, ont prouvés l'efficacité locale du sel de table dans le granulome pyogénique.

L'évolution est généralement bonne, néanmoins le risque de récurrence reste considérable.

Conclusion

La particularité de notre observation réside sur l'aspect clinique atypique (grande taille, multiple, localisation atypique et multilobulaire), l'âge du patient, ainsi que par son évolution spectaculaire et rapide après traitement.

Rétinoïdes topiques pour le traitement des verrues cutanées

Naji Chadia, Aboudourib M, Hocar O, Amal S

Service de dermatologie et vénéréologie CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc

Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad

Laboratoire bioscience et santé Fmpm

Introduction :

Les verrues vulgaires sont des proliférations épithéliales bénignes associées à une infection par le virus du papillome humain (VPH). L'acide salicylique et la cryothérapie sont les traitements les plus fréquents, mais ils peuvent être douloureux et provoquer des cicatrices. Nous présentons ici une étude évaluant l'efficacité des rétinoïdes topiques dans le traitement des verrues vulgaires.

Objectif : Evaluer l'efficacité et la sécurité des rétinoïdes topiques pour le traitement des verrues virales cutanées.

Matériels et méthodes :

Notre travail est une étude incluant 08 patients présentant des verrues cutanées, colligés au service de dermatologie et vénéréologie de l'hôpital AR-RAZI du CHU Mohammed VI de Marrakech, ayant bénéficié d'un traitement par Trétinoïne topique seul.

Résultats:

L'âge moyen de nos patients était de 24,62 ans, avec des extrêmes allant de 7 ans à 45 ans. 50% étaient des hommes et 50% des femmes. 1 seul patient était diabétique. 100% ont été diagnostiqués cliniquement. Le nombre moyen des lésions était de 11,76. six patients avaient des verrues vulgaires au niveau des mains, un seul avait des verrues plantaires et une patiente avait des verrues vulgaires sur la main et planes sur la poitrine. La durée moyenne de la maladie avant le début du traitement par rétinoïdes était de 14,13 mois. 50% avaient déjà essayé un traitement par cryothérapie sans amélioration, 50% n'avaient jamais reçu de traitement. La durée moyenne de traitement variait entre 3 semaines et 8 semaines. L'évolution était bonne chez 5 patients, partielle chez 1 seule, stationnaire chez 1 patient et une aggravation chez un seul patient. Aucun effet indésirable n'a été documenté.

Discussion :

Les virus du papillome humain (VPH) sont les agents responsables de diverses lésions bénignes et cancéreuses de la peau et d'autres surfaces épithéliales. Au moins 189 géotypes HPV ont été décrits, Les types de VPH 2, 4, 26, 29 et autres sont responsables de verrues vulgaires. Les verrues vulgaires peuvent affecter la qualité de vie des patients en provoquant des effets psychologiques indésirables ou une perception sociale négative.

De nombreux traitements différents ont été décrits pour les lésions induites par le VPH. L'acide salicylique et la cryothérapie ont les traitements les plus fréquemment utilisés, L'efficacité de ces traitements est modérée et on observe un taux élevé de recrudescence et d'effets indésirables (tels que des cicatrices). Les rétinoïdes topiques qui sont des dérivés de la vitamine A, constituent des traitements alternatifs prometteurs contre les verrues. Contrairement aux traitements destructeurs, le traitement topique par rétinoïdes contre les verrues n'est pas douloureux et n'entraîne pas de cicatrices. L'emplacement et la taille de la verrue peuvent également affecter le temps de résolution. Les grosses verrues plantaires sur les pieds mettent généralement plusieurs mois pour disparaître.

Il existe un certain nombre de mécanismes plausibles par lesquels les rétinoïdes pourraient affecter les lésions induites par le VPH. Les verrues présentent une expression anormale de la kératine, les rétinoïdes régulent la différenciation des cellules épithéliales et l'expression de la kératine, le VPH ne peut pas terminer son cycle de réplication dans les cellules en culture, la vitamine A peut perturber l'interaction entre la réplication du VPH et la différenciation des cellules épithéliales, permettant ainsi aux tissus normaux de remplacer les verrues. Des études antérieures ont suggéré que les rétinoïdes peuvent également affecter la transcription ou la réplication du VPH, le traitement à la vitamine A peut augmenter ou prolonger l'expression des antigènes des cellules T ou B du VPH, permettant ainsi l'élimination des verrues par des mécanismes immunitaires.

Conclusion

La trétinoïne et d'autres rétinoïdes ont été utilisés avec succès dans des études limitées pour le traitement des verrues, l'étude actuelle s'ajoute à la littérature suggérant que les rétinoïdes devraient faire l'objet d'études plus approfondies dans le cadre d'études contrôlées afin de déterminer leur efficacité dans le traitement des verrues vulgaires et du large éventail d'autres lésions bénignes et cancéreuses induites par les VPH.

L'intérêt de l'isotrétinoïne dans le rhinophyma débutant :

A propos d'un cas

H. Ammari, K. El Bakali, S. Baraz, F. Guennouni, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira
Service de Dermatologie, Hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc.

Introduction :

Le rhinophyma est une hypertrophie des glandes sébacées de la partie distale du nez. C'est une pathologie rare, bénigne et inesthétique. L'objectif de ce travail est de rapporter l'intérêt de l'isotrétinoïne dans le rhinophyma débutant.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un sujet âgé de 74 ans, ayant comme antécédents, un diabète, une HTA, et une Hypertrophie bénigne de la prostate. Il est suivi pour une rosacée depuis plus de 10 ans avec une évolution en poussées rémissions.

Le patient a été mis initialement sous mesures hygiéno-diététique avec une protection solaire efficace puis sous traitements topiques à base de métronidazole et peroxyde de benzoyle et par la suite sous traitement par voie générale à base de cycline, métronidazole avec bonne amélioration et stabilisation de son état clinique.

L'évolution a été marquée par l'apparition d'un rhinophyma débutant rebelle à tous les traitements sus-cités.

Le patient a été mis sous isotrétinoïne 20 mg. Trois mois plus tard le patient a été revu en consultation avec un bilan de contrôle sans particularité, une bonne évolution clinique et une cicatrisation de quelques lésions cutanées. La décision de prolonger le traitement a été prise pendant 03 mois.

Discussion :

La rosacée est une dermatose affichante du visage, qui altère la qualité de vie des patients. L'évolution prolongée et surtout en l'absence de prise en charge, peut exposer aux complications, notamment le Rhinophyma, dont la prise en charge peut s'avérer très difficile, avec des résultats esthétiques pas toujours satisfaisants. L'isotrétinoïne semble être une bonne alternative par rapport aux autres traitements oraux avant le recours à la chirurgie, mais surtout pour les stades débutants, d'où l'intérêt d'études comparatives pour objectiver réellement le bénéfice de cette molécule.

Efficacy of Excimer lamp combined with Tacrolimus 0.1% in the treatment of eyelid Vitiligo: A prospective study involving 22 Patients

G.Sqalli¹, M.Soughi¹, S.Boughaleb¹, Z.Douhi¹, S.Elloudi¹, H.Baybay¹, M.Elbaladi², K.El Ghazi², FZ.Mernissi¹

¹ : Department of Dermatology and Venereology University Hospital HASSAN II, Fes

² : Laboratory of Epidemiology and Clinical Research and Community Medicine, Faculty of Medicine and Pharmacy of Fes.

Introduction:

Vitiligo is a chronic and distressing autoimmune disorder. The involvement of the eyelids presents a delicate area for treatment. The objective of this study is to demonstrate the effectiveness of excimer lamp and tacrolimus 0.1% in the treatment of eyelid vitiligo while analyzing factors associated with a good therapeutic response, as well as enumerating the various side effects.

Methods:

This is a prospective descriptive and analytical study conducted at the dermatology department from 2019 to 2023, including patients with vitiligo affecting the eyelids who were treated with excimer lamp and tacrolimus, regardless of the form and stage of vitiligo. Patients undergoing mini pulse treatment were excluded. The degree of repigmentation was assessed using a global evaluation scale with four grades: 0 (no repigmentation), 1 (mild pigmentation >0-25%), 2 (moderate pigmentation >25-50%), 3 (good pigmentation >50-75%), and 4 (excellent pigmentation >75%). The initial dose was 50 mJ. All patients underwent clinical examination using a dermoscope and Wood's lamp. Data analysis was performed using SPSS version 26.

Results:

A total of 22 patients were included in the study, with a male-to-female ratio of 0.8 and a mean age of 35 years. 90.9% of patients received biweekly treatment, while 9.1% received weekly treatment due to distance constraints. On average, the number of sessions was 51, and the duration of treatment was 8 months. 9.1% of patients did not experience repigmentation, 27.3% had mild pigmentation, 22.7% had good pigmentation, and 40.9% had excellent pigmentation. Among patients who achieved good to excellent pigmentation, 64.3% received treatment for more than 6 months and underwent more than 40 sessions. They all received biweekly treatment and did not exhibit leucotrichia. Among those with mild pigmentation, 33.3% received weekly treatment and exhibited leucotrichia. They all received less than 6 months of treatment and less than 40 sessions. The analysis has demonstrated a significant

association between a positive therapeutic response and a treatment duration of more than 6 months, as well as with the number of sessions exceeding 40($p<0.05$). However, no statistically significant correlation was found with other parameters. 22.7% of patients did not develop any side effects, while the rest experienced predominantly erythema (72.7%), followed by superficial first-degree burns, desquamation, tingling, and pain. None of these effects led to permanent discontinuation of treatment.

Discussion and conclusion:

This study represents the first investigation focusing on the combination of an excimer lamp and tacrolimus 0.1% for the treatment of vitiligo on the eyelids. Previous research has explored the use of an excimer laser and calcineurin inhibitors for this purpose(1)(2). Our findings demonstrate the remarkable efficacy of this treatment, with pigmentation levels exceeding 75% in 40.9% of the patients. Faygan Zhou et al. investigated the combination of an excimer laser and tacrolimus, obtaining similar results to ours(1). Our study identified key factors that contribute to a positive therapeutic response, including a biweekly treatment regimen, a duration exceeding 6 months, and a minimum of 40 sessions. All side effects were minor, and none of them led to the discontinuation of the treatment. In conclusion, the combination of excimer light and tacrolimus 0.1% appears to be a promising and safe treatment for eyelid vitiligo.

References:

1- Zhou, Fangyan, et al. « Comparison of the Efficacy and Safety of 308-nm Excimer Laser as Monotherapy and Combination Therapy

with Topical Tacrolimus in the Treatment of Periorcular Vitiligo ». *Dermatologic Therapy*, vol. 35, no 7, juillet 2022. DOI.org (Crossref),

<https://doi.org/10.1111/dth.15556>.

2- Barikbin B, Kardan G, Yousefi M, Moravvej H. Does Pimecrolimus Cream Enhance the Effect of Excimer Laser on Eyelid Vitiligo? *J Laser Med Sci*.

2011; 2(1):26-9

Excimer et Tacrolimus dans le traitement du vitiligo acral

K.BARBRI

F.HALI

S.CHIHEB

1. INTRODUCTION :

Le vitiligo est une hypomélanose circonscrite acquise, dont l'incidence est de 1 à 2 % dans le monde, sans prédilection pour le sexe.

Les lésions acrales du vitiligo résistent généralement aux lignes de traitement conventionnelles.

Les personnes affectées par le vitiligo ont une réduction importante de leur qualité de vie.

2. OBJECTIVE :

Evaluer l'efficacité de la thérapie combinée tacrolimus et laser excimer 308 nm dans le traitement du vitiligo.

3. MATERIELS AND METHODES :

Etude analytique prospective, Chaque patient a reçu deux fois par semaine le laser excimer de 308 nm, pour UN total de 24 séances. Les fluences initiales étaient (50mJ/cm²) inférieures à la dose érythémale minimale en peau vitiligineuse. Ensuite, les fluences ont été augmentées de (50 mj/cm²) par séance. En outre, une pommade topique à base de tacrolimus à 0, 1 % a été appliquée deux fois par jour sur les lésions.

4. RESULTATS :

Dix patients ont terminé l'étude .Dont 8 femmes et 2 hommes avec une moyenne d'âge de 37 ans (10-61ans).

Une repigmentation a été observée chez tous les patients (100 %) et dans 8 sur 10 patients ont un taux de repigmentation de plus de 75%.

Les effets indésirables ont été limités, avec une bonne tolérance.

5. DISCUSSION :

Nos résultats démontrent que le traitement combiné du tacrolimus topique 0,1 % et du laser excimer 308 nm a une efficacité statistiquement significative dans le traitement du vitiligo acral avec l'obtention d'un taux de repigmentation d'au moins 75 %.

Il a été impossible d'évaluer également l'efficacité de la pommade de tacrolimus seule dans cette étude. Les résultats des études précédentes suggèrent que le tacrolimus pommade seul peut induire une repigmentation. Cette repigmentation est clairement plus observée dans les zones exposées aux UV. Cependant, une étude comparative entre le traitement combiné et le tacrolimus pommade seul est nécessaire pour confirmer ces résultats.

A ce jour, la thérapie UVB est l'un des traitements les plus efficaces du vitiligo vulgaire étendu. Cependant, le laser excimer 308 nm présente de nombreux avantages par rapport à la thérapie UVB pour le traitement du vitiligo localisé notamment acral.

6. CONCLUSION :

Le traitement combiné du tacrolimus topique 0,1 % et du laser excimer 308 nm est efficace dans le traitement du vitiligo acral. La bonne tolérance de cette combinaison a été également confirmée, mais ce schéma thérapeutique ne doit être proposé que pour les zones sensibles aux UV.

La combinaison lampe excimer et plasma riche en plaquettes dans le traitement des cicatrices hypopigmentées post brûlures

A.ELKISSOUNI F.ELFATOIKI H .SKALLI F.HALI S.CHIHEB

Introduction

les cicatrices hypopigmentées post brûlure constituent un véritable challenge thérapeutique vu l'efficacité souvent modeste des traitements, plusieurs options thérapeutiques ont été proposé avec des réponses variables, nous rapportons ici un cas de cicatrices hypopigmentées traitées par lampe excimer et plasma riche en plaquettes

Observation :

Patiente âgée de 20 ans , victime il y a 16 ans d'une brûlure de la face lors d'un accident domestique ayant engendré des cicatrices dyschromiques au niveau de la face , l'examen clinique note la présence de lésions dyschromiques : hypochromiques à achromiques par endroits et érythémateuses par d'autres occupant l'hémiface Gauche , la conduite à tenir fut l'instauration de séances de lampes excimer à raison de 2 séances / semaine avec une dose initiale dose de 150mj/cm² et une augmentation progressive de 50mj/cm² a chaque séance , associées à des séances mensuelles de plasma riche en plaquettes en mésothérapie .L'évolution après 24 séances de lampe excimer et 3 séances de plasma riche en plaquettes fut marquée par la régression de l'érythème et la repigmentation des lésions hypochromiques .

Discussion

L'excimer et le plasma riche en plaquettes sont deux approches thérapeutiques distinctes qui peuvent être utilisées dans le traitement des cicatrices hypopigmentées. Le laser excimer émet une lumière ultraviolette (UV) à une longueur d'onde spécifique de 308 nanomètres. Cette lumière cible les zones hypopigmentées et stimule la mélanogenèse. Cela peut aider à rétablir la pigmentation normale dans les cicatrices.

Le plasma riche en plaquettes est une technique de traitement dans laquelle le plasma riche en plaquettes est utilisé pour stimuler la cicatrisation et la régénération tissulaire. Ce plasma contient de nombreux facteurs de croissance et de régénération qui peuvent favoriser la repigmentation de la peau. Plusieurs études ont examiné l'efficacité de la lampe excimer et du plasma riche en plaquettes dans le traitement des cicatrices hypopigmentées, bien que leur utilisation combinée soit moins étudiée. Chez notre patiente, l'utilisation combinée de la lampe excimer et du Plasma riche en plaquettes semble avoir montré des résultats prometteurs. La lampe excimer a agi en stimulant directement les mélanocytes dans les zones hypopigmentées, favorisant ainsi la production de mélanine et la

repigmentation de la peau. Le PRP, quant à lui, a joué un rôle dans la régénération tissulaire et la création d'un environnement favorable à la repigmentation.

Conclusion

L'utilisation de ces deux traitements de manière combinée peut avoir des effets synergiques, renforçant les mécanismes d'action individuels de chaque traitement. La stimulation directe des mélanocytes par la lampe excimer, combinée à l'effet régénératif du PRP, peut favoriser une repigmentation plus efficace et durable des cicatrices hypopigmentées. Néanmoins des études randomisées avec un échantillon large sont souhaitables pour confirmer

Laser CO2 fractionné combiné au TCA pour le traitement des cicatrices chéloïdes

K.BARBRI

F.HALI

S.CHIHEB

7. INTRODUCTION :

La cicatrisation est un phénomène complexe.

On distingue deux type de cicatrisation pathologique : hypertrophique, chéloïde.

L'arsenal thérapeutique est large, le laser ainsi que l'acide trichloroacétique ont démontré leur efficacité.

8. OBJECTIVE :

. Le but de notre travail était d'évaluer l'efficacité d'un protocole fait de la combinaison laser CO2 fractionné + TCA 30% dans la prise en charge des cicatrices chéloïdes

9. MATERIELS AND METHODES :

Etude analytique prospective, incluant les patients présentant une cicatrice chéloïde.

10. RESULTATS :

Cinqs patients ont été inclus dans le protocole, 4 Femmes et 1 Homme, l' Age moyen était de: 42 ans .Tous les patients de phototype IV. Le Nombre de séances était 5 séances à 4 semaines d'intervalle ,Les paramètres utilisés du laser CO2 fractionné : une Fluence de 30 mj/cm2 , Densité 0,6 mm , Durée de pénétration : 2ms ,Acide trichloroacétique : à 30 % appliquée immédiatement après le laser.

11. DISCUSSION :

En guise de discussion , La technique utilisée consiste à créer des canaux microscopiques par le laser CO2 Fractionné qui conduisent et véhiculent de manière directe le TCA dans le tissu cutané profond.L'acide trichloroacétique (TCA) induit des changements ultrastructuraux de l'épiderme et du derme. Il améliore l'aspect morphologique du collagène et de l'élastine. Il agit par le dépôt de nouveau collagène et normalise le tissu élastique qui a été détruit par la surproduction de collagène I et III et peut donc être utilisé dans les chéloïdes.

12. CONCLUSION :

Notre protocole a soulevé l'efficacité de la combinaison du laser CO2 fractionné ablatif à l'application immédiate de l'acide trichloroacétique à 30%. Par ailleurs, nous ne présentons que des résultats préliminaires ; une poursuite de l'étude est donc souhaitable afin de confirmer les résultats.

Efficacité et sécurité du laser picoseconde fractionné dans le traitement des cicatrices post traumatiques et apparentés et les cicatrices de brûlures sur phototypes foncés.

Chu Ibn SINA Rabat

Objectifs

Le resurfacing par Laser CO2 ablatif reste un gold standard dans le traitement des cicatrices. Cependant son utilisation sur phototypes foncés expose à des effets secondaires potentiels notamment les hyperpigmentations post-inflammatoires (HPPI). Le Laser Picoseconde a été proposé comme un outil intéressant dans le traitement des cicatrices post traumatiques et de brûlures. Notre étude évalue l'efficacité et la sécurité du Laser Picoseconde Fractionné (LPF) dans le traitement des cicatrices post traumatiques et de brûlures sur phototypes foncés.

Matériel et méthodes

Un total de 38 cicatrices chez 32 patients de phototype III à V de Fitzpatrick ont été incluses dans notre étude. Dans 25 cas, les cicatrices étaient traitées par Laser 1064-nm picoseconde fractionné (taille de spot 8mm, fluence de 0.8 à 1,2 J/cm², une fréquence de 5 à 10Hz, nombre de passages de 3 à 6) avec un nombre de séances moyen évalué à 3. Dans 8 cas, les cicatrices étaient traitées par LPF après avoir bénéficié auparavant de séances de Laser CO2 ablatif. Le LPF a été proposé dans ces 8 cas suite à un manque d'efficacité du laser CO2, la survenue de HPPI ou la volonté de prendre en charge la composante pigmenté inhérente à la cicatrice. 5 autres cas ont bénéficié d'un protocole en split-cicatrice. La moitié de la cicatrice était traitée par LPF tandis que l'autre moitié était traitée par Laser CO2 ablatif fractionné.

Résultats

Chez les patients traités par LPF seul, l'évaluation finale faite 2 mois après la dernière session montrait une amélioration significative de la texture et de la couleur des cicatrices. 68% des patients (17/25) étaient estimés comme ayant une amélioration supérieure à 50% après la dernière session.

Tous les patients traités par le protocole LPF après avoir bénéficié du traitement par Laser CO2 ablatif montraient une amélioration significative de la composante pigmentaire à la fin du traitement. L' HPPI était observé dans 16% des cas (6/38) ce qui est nettement inférieur à sa fréquence lors de l'utilisation du CO2 ablatif dans notre expérience.

Concernant les patients traitées par split protocole, les cicatrices montraient une amélioration comparable des 2 côtés dans 4 cas. Dans un cas, le LPF montrait une amélioration supérieure au CO2 sur la couleur et le caractère rugueux de la cicatrice. La survenue de l' HPPI était significativement supérieure dans le côté CO2 considérant les 5 cas traités .

Des photos standardisés au début et après chaque session sont utilisées pour illustrer nos résultats.

Conclusion

Le laser 1064-nm picoseconde fractionné est un outil efficace et sûre dans le traitement des cicatrices post traumatiques et de brûlures et peut être considéré comme une alternative intéressante au laser CO2 dans la prise en charge des cicatrices sur phototypes foncés.

Bilan d'activité sur 18 mois de la LED au service de Dermatologie CHU Ibn-Sina, Rabat

M. Marhraoui¹; M. Habibi¹; S. Hamada¹; N. Ismaili¹; L. Benzekri¹; M. Meziane¹; K. Senouci¹

**¹Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Ibn Sina, université Mohamed V de Rabat,
Maroc**

Introduction :

La LED (Light Emitting Diode) est une méthode qui utilise des séquences lumineuses spécifiques pour réguler l'activité cellulaire. Au fil du temps, cette technologie est devenue de plus en plus répandue dans le domaine de la dermatologie. Ses avantages sont nombreux : elle est non invasive, indolore, offre une excellente sécurité grâce à ses longueurs d'onde non ionisantes, économique et facile à produire, tout en occupant peu d'espace.

Matériel et méthodes :

Notre travail est une étude rétrospective d'une durée de 18 mois, allant de janvier 2022 à juin 2023, portant sur les patients consultant en dermatologie ainsi que sur ceux hospitalisés au sein de notre service. Cette étude a évalué l'utilisation de la thérapie par LED dans notre service en examinant des données épidémiologiques, des indications spécifiques, une évaluation clinique et une évaluation économique.

Résultats :

Sur les 142 patients recrutés, l'âge moyen était de 42 ans, avec une prédominance féminine (65%). Les indications les plus fréquentes étaient les ulcères (32 patients), la réparation tissulaire (27 patients), l'alopécie (23 patients), les brûlures (11 patients), l'acné (10 patients) et d'autres indications moins fréquente . Les photos avant et après les séances ont montré une amélioration significative chez les patients. Par exemple, une patiente atteinte de lichen unguéal a obtenu une cicatrisation complète après 29 séances de LED. L'évaluation économique a révélé un total de 1480 séances de traitement à la LED, avec un coût moyen de 10 euros par séance. Cette approche abordable a permis d'améliorer l'accessibilité aux soins.

Discussion :

Cette étude met en évidence l'intérêt croissant pour la thérapie par LED en dermatologie. Les séances de LED ont montré une efficacité dans la cicatrisation des ulcères cutanés. Cependant, des études prospectives et contrôlées sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Conclusion :

La thérapie par LED représente une approche prometteuse en dermatologie, offrant une alternative efficace et abordable pour les patients. Des études supplémentaires sont nécessaires pour consolider les preuves scientifiques et optimiser les protocoles de traitement.

La LED dans le traitement des ulcères chroniques de jambe

F. BENHAYOUN, F. HALI, S. CHIHEB

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Les ulcères de jambes forment un spectre d'affections chroniques d'étiologies variées qui constituent un réel problème de santé publique, engendrant des coûts de prise en charge importants et une altération de la qualité de vie pour le patient. L'objectif de cette étude est d'évaluer LED dans le traitement des ulcères de jambe en monothérapie.

Patients et méthodes :

Cette étude a été menée de Juillet 2021 à Mai 2023. Les critères d'inclusion étaient la présence d'un ulcère de jambe et l'âge > 18 ans. Les critères d'exclusion étaient le diabète déséquilibré et les femmes enceintes. L'ulcération était exposée directement à la LED, à une distance de 5cm de la surface de la lumière. Deux principaux protocoles ont été étudiés : ulcère variqueux "D34" (fluence totale 48J/cm², énergie totale 28,8kJ, polychrome, longueurs d'onde 415-850 nm, temps d'exposition 10 mn), et cicatrice infectée "D37" (fluence totale 64 J/cm², énergie totale 38,4kJ, polychrome, longueurs d'onde 415-850 nm, temps d'exposition 12mn). Le protocole choisi variait en fonction de l'aspect clinique de l'ulcération. L'intervalle entre les séances était de 48 heures. La durée du traitement était de 6 semaines. La douleur était jugée par EVA avant le début et à la fin du traitement. La cicatrisation était jugée comme complète (fermeture de l'ulcère à 100 %), bonne (réduction de la surface entre 60 et 99 %), modérée (réduction de la surface entre 30 et 59 %), faible (réduction de la surface entre 1 et 29 %), et sans réponse.

Résultats :

23 patients ont été recrutés. 78,3% des cas étaient des hommes, avec un sexe-ratio H/F de 3,6.

La moyenne d'âge était de 44,5 ans (19–70 ans). Les principaux antécédents étaient : l'insuffisance veineuse (30,4%), le tabagisme (21,7%), un déficit enzymatique (17,4%), HTA, diabète et une maladie de système (13% chacun), une dyslipidémie et une hémoglobinopathie (8,7% chacun). La durée moyenne d'évolution était de 10,43 mois (1–12 mois).

L'étiologie vasculaire a été trouvée chez 15 patients (65,2%) : veineuse (43,5%), artérielle (17,4%) et mixte (4,3%). Le déficit enzymatique a été retrouvé chez 4 patients (17,4%) : déficit en prolidase et déficit en protéine C (2 patients chacun). Un ulcère de jambe en rapport avec une maladie de système a été trouvé chez 4 patients (17,4%). L'étiologie hématologique a été trouvée chez 2 patients (8,7%) : une drépanocytose et une thalassémie.

La surface moyenne initiale des ulcères était de 32 cm². L'intensité moyenne initiale de la douleur était de 7,78. Le protocole de LED utilisé était "protocole ulcère variqueux" chez 52,2%, et "le protocole cicatrice infectée" chez 47,8%. La surface moyenne post-thérapeutique était de 10cm². L'intensité moyenne de la douleur à la fin du traitement était de 2,13. Aucun effet indésirable n'a été noté. Une cicatrisation complète a été obtenue chez 6 patients, une bonne cicatrisation chez 4, une cicatrisation modérée chez 8 et faible chez 5 patients.

Discussion :

Notre étude a montré que la LED polychromatique utilisée en monothérapie, améliore la cicatrisation des ulcères chroniques de jambe de différentes étiologies et diminue la douleur accompagnant ces ulcères. Ces résultats suggèrent que la LED peut être un moyen thérapeutique non invasif et très bien toléré.

D'autres études à plus grandes échelles sont nécessaires pour confirmer l'efficacité de la LED polychromatique chez les patients avec des ulcères chroniques de jambe et d'établir des recommandations pour son utilisation en pratique.

Le laser Nd- Yag : une alternative thérapeutique pour les grands lacs veineux

H.Chagraoui. FZ. El Fetoiki. H. Skalli. F. Hali. S.Chiheb

Introduction :

Les lacs veineux sont des anomalies vasculaires bénignes, survenant sur la peau photo exposé du sujet âgé, le plus souvent sur les lèvres, pouvant avoir un retentissement important sur la qualité de vie. De modalités thérapeutiques sont multiples et non standardisées, notamment la cryochirurgie, le laser au dioxyde de carbone, le laser à colorant pulsé, la lumière intense pulsée et la sclérothérapie.

Nous rapportons un cas de lac veineux localisé sur la lèvre inférieure traitée efficacement par une seule séance de laser Nd-Yag.

Observation :

Patiente âgée de 48 ans, présente depuis plusieurs années, un lac veineux de 15 mm de diamètre sur la lèvre inférieure n'ayant jamais saigné, et ayant progressivement augmenté de taille, représentant une gêne esthétique pour la patiente. Après consentement, un traitement par laser vasculaire Nd-Yag long pulse était réalisé avec les paramètres suivants : 140 J/cm² et 55 ms et 5mm pour le faisceau de pointage. le multiple passage immédiat était évité et l'*end-point* (vaisseaux figés, durcissement léger de la lésion, aspect grisâtre central et un bruit de claquement audible) était correct

Le contrôle postopératoire à 1 mois objectivait une évolution favorable avec disparition totale de la lésion. Un nouveau contrôle à 2 mois ne mettait en évidence aucune récurrence, avec disparition de la croute.

Discussion :

Deux aspects du laser Nd YAG à impulsions longues suggèrent qu'il peut être un traitement efficace des lacs veineux. Premièrement, la longueur d'onde de 1 064 nm pénètre plus dans les tissus que la lumière visible, ce qui permet de délivrer la chaleur plus profondément dans ces structures vasculaires relativement grandes. Les largeurs d'impulsion plus longues ont tendance à endommager davantage les structures vasculaires plus grandes, tout en épargnant les structures tissulaires adjacentes plus petites.

Deuxièmement, la lumière émise est partiellement absorbée par l'hémoglobine et pénètre ainsi assez profondément dans la peau et les muqueuses (jusqu'à 6 mm). Pour les grands lacs veineux (≥ 10 mm)

des lèvres, la chirurgie et/ou la sclérothérapie sont plus souvent utilisées. Ces techniques restent plus invasives que l'utilisation d'un laser Nd-Yag, et peuvent induire des cicatrices résiduelles.

Conclusion :

Le laser Nd-YaG long pulse semble être un traitement efficace et bien toléré pour les grands lacs veineux de la muqueuse buccale.

Hémangiome caverneux du muscle trapèze réduit efficacement par des injections de corticoïde

F. Chekairi¹, F. Hali¹, S. Chiheb¹

Dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction:

L'hémangiome intramusculaire (HIM) est une tumeur vasculaire bénigne et rare, qui représente 1 % des hémangiomes. Il apparaît généralement dans les muscles squelettiques des membres ou du tronc. L'exérèse chirurgicale complète constitue l'approche de référence, mais elle reste difficile en raison de la localisation intramusculaire. Plusieurs traitements non chirurgicaux ont été décrits dans la littérature, mais les résultats demeurent peu concluants et controversés.

Nous rapportons un cas d'hémangiome caverneux du muscle trapèze droit qui a été réduit avec succès après des injections de corticoïde.

Observation:

Un patient âgé de 22 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, s'est présenté pour une tuméfaction du dos gênante lors de la contraction musculaire au travail, évoluant depuis l'enfance et augmentant progressivement de taille.

L'examen clinique objectivait une masse du côté latéral droit en regard du muscle trapèze de couleur bleuâtre. À la palpation, la consistance de la tumeur était relativement ferme, compressible et mobile par rapport au plan superficiel, mesurant 10 cm de grand axe x 5 cm, non battante. Il n'y avait pas de thrill à l'auscultation. L'écho-Doppler révélait la nature vasculaire de la tumeur et l'étude histopathologique d'une biopsie musculaire a confirmé le diagnostic d'hémangiome caverneux intramusculaire.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) avait objectivé une masse hétérogène oblongue bien encapsulée, composée de gros vaisseaux bordés de cellules endothéliales aplaties dans le muscle trapèze droit.

Le patient avait reçu une injection intralésionnelle de corticoïde tous les mois avec une diminution significative de la taille et de l'infiltration de la tumeur mesurant 7 x 3 cm après 3 mois de traitement versus 10 x 5 cm initialement, sans effets secondaires ni complications.

Discussion:

La particularité de notre observation réside dans la réduction efficace d'un hémangiome caverneux intramusculaire et suggère que les injections intralésionnelles de corticoïdes pourraient constituer une approche préopératoire intéressante et très utile, facilitant l'exérèse chirurgicale curative en réduisant la taille importante d'un HIM.

Par conséquent, il est possible d'éviter les complications graves et inutiles d'une procédure chirurgicale invasive qui nécessite une excision large et d'assurer l'ablation complète et définitive de l'HIM.

Prise en charge thérapeutique des hémangiomes infantiles par les bêtabloquants : Etude descriptive

Z. Himeur (1)(4), L. Henaoui (2), O. Boudghene Stambouli(1), A.salhi(3) B.Dahmani (1)

**(1) service de dermatologie CHU. Tlemcen
Faculté de médecine Benzerdjeb Benaouda**

(2) service d'épidémiologie. CHU Tlemcen

(3) HCA Alger

(4) laboratoire toxicomed

Introduction :

L'hémangiome infantile (HI) est la tumeur la plus fréquente chez l'enfant (environ 4 à 10% des nourrissons). Seules les formes compliquées seront traitées (environ 15 % des cas). Le traitement est nécessaire si le pronostic vital est engagé (respiratoire ou cardiaque). Le pronostic fonctionnel est représenté par Les formes péri- orificielles. Les formes aux conséquences esthétiques et les hémangiomes ulcérées sont également une indication au traitement.

La prise en charge des hémangiomes infantile Jusqu'à 2010, reposait essentiellement sur une corticothérapie par voie systémique à très fortes doses avec des effets secondaires importants. En cas d'échec d'autres traitements lourds ont été proposées : Les injections intra lésionnelles, la vincristine ou l'interféron- α 2a, l'embolisation, La chirurgie était exceptionnellement pratiquée,

Sur le plan national ; aucune étude décrivant la prise en charge des hémangiomes n'a été réalisée. A travers cette série de cas nous proposons de décrire la prise en charge des HI et les effets secondaires au traitement.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude descriptive allant du 1 Janvier 2015 au 30 Juin 2018 portant sur 166 nourrissons décrivant la prise en charge thérapeutique des hémangiomes infantiles par les bêtabloquants chez les nourrissons âgé de 5 semaines a 5 mois ayant une indication au traitement. Le critère de jugement principal mesuré a 24semaines puis à 48 semaines par rapport à l'état initial à l'aide d'un mètre ruban (selon les recommandations de HAS 25/06/2004)

Nous avons défini Une réponse favorable par la résolution complète (disparition totale de l'hémangiome infantile) ou quasi complète de l'hémangiome (degré **minimal** de télangiectasies, érythème, épaissement de la peau, gonflement des tissus mous et/ou distorsion minime des repères anatomiques.)Une réponse défavorable est défini par : une augmentation de la taille de l'hémangiome infantile(Pendant la phase de croissance)et absence d'involution de l'hémangiome infantile.(En phases post prolifératif) .

Un critère de jugement secondaire mesure **dans les 24-48 heures après traitement caractérisé par l'apparition d'un** affaissement et un changement de couleur de l'hémangiome marqué par un palissement.

Les données ont été recueillies et saisies sur un fichier logiciel SPSS. L'analyse descriptive des variables se fait par le calcul des fréquences, des caractéristiques de tendance centrale et de dispersion : la moyenne (m), l'écart type (s) ainsi que la détermination de l'intervalle de confiance (IC95%) correspondant au risque de 5%.

Résultats

Sur une période de trois et demi nous avons colligé 166 nourrissons. L'âge moyen était de $3,81 \pm 1,33$ mois, sexe ratio = 0,28. Cent un cas (101) ont été traités par Propranolol soit 60,8%, 25(15,1%) cas par Aténolol et 40(24,1) sont traités par Timolol (Tableau N° 2). Les indications thérapeutiques étaient Ulcération dans 37,34% (63 cas), risque fonctionnel dans 50% (83 cas), un risque esthétique dans 33,13%(55cas) et un Risque vital dans 4,21% (: 7 cas). La durée moyenne du traitement était de $9,18 \pm 4,4$ mois (allant de quelques jours à 18 mois). L'ulcération était plus fréquente dans la région cervico-céphalique (23 cas soit 37%). L'âge moyen d'une ulcération est à $3,64 \pm 1,4$ mois.

Dès l'instauration du traitement, 86,7% de la population (144 nourrissons) ont présenté une modification de la coloration de leur hémangiome, marquée par un éclaircissement passant d'un rouge vif ou rouge bleuté en rose pâle. Par contre elle était absente chez 12 malades sous propranolol, 3 sous Aténolol et 5 nourrissons sous Timolol. La cicatrisation dans les hémangiomes infantiles ulcérées était obtenue dans un délai de 20 jours avec des variations entre 7 à 40 jours après le début du traitement.

Un arrêt précoce du traitement a été imposé chez 3 malades après un événement pathologique sévère. Cet arrêt a concerné les trois types de Bêtabloquant (Tableau N°2)

Après six mois de traitement, 87,34% (145 nourrissons), ont répondu favorablement au traitement, dont complète chez 17,5 % et quasi-complète chez 69,9 % des cas (Tableau N°3). L'efficacité thérapeutique a concerné 89 (88,1 %) nourrissons sous propranolol, 22 (88%) malades sous Aténolol et 34(85%) sous Timolol (Tableau N°3).

L'échec thérapeutique a concerné 5 nourrissons dont 2 sous Propranolol, deux sous Aténolol et un malade sous Timolol. Le traitement n'a pas été achevé à six mois chez cinq malades de la population d'étude. (Tableau N°3).

Une deuxième évaluation thérapeutique a été faite à la 48ème semaine. La réponse était également favorable dans 88% des cas, complète dans 39,2% (65) soit 38 sous Propranolol, 13 sous Aténolol et 14 sous Timolol. (Tableau N°3).

Quatre-vingt-un nourrissons (81) ont présenté une réponse favorable quasi-complète dont 52 sous Propranolol, 9 sous Aténolol et 20 sous Timolol. (Tableau N°3).

Chez ces malades, Un reliquat fibro-adipeux a été noté chez 8 malades, une lésion maculaire ou télangiectasique chez (56) et l'association des deux chez 16 malades.

Au cours du traitement, 77,1% des nourrissons ont reçu un seul Bêtabloquant en monothérapie. (Tableau N°2). Le passage d'un Bêtabloquant à un autre a concerné 37 cas. Le switch a consisté à un passage du Propranolol à l'Aténolol chez 9 nourrissons (5,4%), du Timolol – propranolol chez un malade (0,6%) et d'un Bêtabloquant par voie orale au Timolol chez 28 cas (16,9%) .

Les effets secondaires étaient mineurs : un bronchospasme 18,7% , un retard psychomoteur dans 2,4% , une diarrhée au début du traitement dans 25,9% des troubles de sommeil dans 22,9 % . Un arrêt définitif du traitement par un Bêtabloquant était impératif chez 5 cas et a intéressé un malade sous aténolol à cause d'une bradycardie mal tolérée cliniquement, 3 sous propranolol à cause de crises de bronchospasmes sévères justifiant le passage à une autre classe de bêtabloquant type Timolol chez 2 cas et aténolol chez un cas. Un arrêt définitif a été

répertorié chez un cas sous Timolol ayant présenté une hyperkaliémie grave et justifiant le passage à une corticothérapie par voie générale. (Tableau N°4).

Un rebond à l'arrêt du traitement a intéressé 21,68% (6 cas sous Timolol, 8 sous Aténolol et 22 sous propranolol) (Tableau N°4).

L'effet rebond constaté dans notre étude, était représenté par une récurrence de l'hémangiome infantile à l'arrêt du traitement chez 6 malades ayant une composante mixte avec une progression importante de la taille de la tumeur et par une simple recoloration sans augmentation de la taille chez 30 malades restants. Le délai de survenu est de quelques jours après l'arrêt du traitement sans dépasser un mois.

Discussion :

Dans notre étude 60,8% des nourrissons de notre étude sont traités par le propranolol, 15,1% par l'aténolol et seulement 24,1% par le Timolol topique. Le choix de la molécule a été fait en fonction du pronostic engagé, les antécédents et le contexte clinique du patient. Le propranolol était globalement indiqué en première intention. L'aténolol était recommandé d'emblée chez les enfants ayant une histoire clinique de bronchiolites à répétition, histoire d'hypoglycémie ou trouble de sommeil, secondairement en cas d'intolérance au propranolol. Dans une étude de non infériorité (7) comparant le propranolol à l'aténolol Bayart et all ont prouvé son efficacité dans une série de vingt-sept nourrissons traités par aténolol versus cinquante-trois nourrissons traités par propranolol. Il a pris comme outil d'évaluation le HAS (Hemangioma Activity Score) et n'a montré aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes (P=0,60). Le Timolol était utilisé seulement sur les hémangiomes de petite taille et/ou ulcéré et dont la localisation n'engage pas un risque esthétique majeur.

Les indications thérapeutiques étaient : l'ulcération dans 37,34%(63 cas), un risque fonctionnel dans 50%(83 cas), un risque esthétique dans 33,13%(55cas) et un Risque vital dans 4,21% (: 7 cas). Les indications rapportées sont différentes d'une série à une autre. Dans une étude canadienne, ils ont rapporté un taux de 68,6% des cas présentant un risque fonctionnel et une ulcération, tandis que 31,4% avaient un risque esthétique une série marocaine, les indications thérapeutiques étaient les localisations péri-orificielles dans 52,17 % des cas, l'ulcération dans 15,21 % et dans moins de 5 % la localisation au niveau du périnée, du cuir chevelu ou du sein, l'hémangiome en barbe le PHACE syndrome ou l'hémangiomatose miliaire.

Les variations colorimétriques ont été les premiers signes de réponse thérapeutique observées dans notre série dès les premières 48 premières heures associée à une modification de la consistance de l'hémangiome qui devient plus mou. Ainsi, 86,7 % de nos patients ont présenté une modification de la coloration de leur hémangiome, apparût dès la première semaine de début de traitement, ce qui concorde avec des publications antérieures (10-12) qui retrouvaient des réponses colorimétriques aussi précoces dans les 24h qui suivent le début du traitement.

Cependant cette évaluation reste subjective et peut prêter à confusion. L'effet immédiat est expliqué par la vasoconstriction engendrée par les Bêtabloquants. La réponse était satisfaisante dans 84,3% des cas marquée par un palissement plus marqué, une diminution de la taille de l'hémangiome infantile. La cicatrisation dans les hémangiomes infantile ulcérée, dans notre série, était obtenue dans délai de 20 jours avec des variations entre 7 à 40 jours après le début du traitement. Les modifications constatées chez nos malades sont assez proches de la série marocaine de Lahrichi et all(10) concernant la durée moyenne de cicatrisation estimée à Vingt jours et la constatation mesurée d'une régression de la taille de l'hémangiome à partir d'un mois du traitement.

Après six mois de traitement, la réponse était favorable chez 145 87,34% dont 17,5 % et quasi-complète dans 69,9% des cas. Nos résultats corroborent les publications antérieures.

Cependant, notre pourcentage de réponse complète reste bien inférieur à celui décrit dans ces séries. Ceci est dû au délai de mesure qui était plus court dans notre série. Zegpi-treuba(13) a rapporté un taux de 50,6% de réponse complète et 49,3% d'une réponse partielle. Dans la série de berranbeau-wittel une réponse complète a été retrouvée chez 66,6%. Lahrichi et all (10) a rapporté une résolution complète chez 65 /121cas (53,7%). Un résultat de 96,7% et 97,4% a été retrouvé respectivement dans les séries de Zaher (15) et sagi(16) 86,21 % dans la série de Chakiri et all .

Une deuxième évaluation a été faite à la 48eme semaine, La réponse était favorable dans 88%. Le taux de réponse complète était estimé à 39,2%. Cette différence a été observé exclusivement chez les enfants recevant les bêtabloquants durant 48 semaines.

La durée moyenne du traitement était 9 mois ce qui est relativement plus prolongée par rapport à ce qui est recommandé. Alors qu'elle était de 11 mois dans une étude multicentrique (17),13 mois dans la série de Lahrichi et all et 7,2% dans une étude mexicaine de(10, 18) ,11 mois dans la série de SHAH est all. En effet chez nos patient, la décision de poursuivre ou d'interrompre le traitement était difficile. Nous avons été amenés à contrôler, en échodoppler, le capital vasculaire chez certains malades. SHI et al (20, 21) ont rapporté l'importance de cette méthode dans l'évaluation de l'efficacité du propranolol et préconisent d'interrompre le traitement une fois il n'y a plus de signal vasculaire au doppler signant l'arrêt de la phase de croissance. Rotter et all (22) trouve que l'évaluation de l'hémangiome infantile par un doppler vasculaire fournit plus de précisions et guide la décision thérapeutique.

Une prolifération tardive peut se reproduire ou se poursuivre après l'âge de 24 mois(23) ; ceci pourrait expliquer la durée du traitement assez prolongée chez quelques malades de notre série.

Tous les évènements pathologiques durant la période du traitement ont été mentionnés. Nous avons observé un taux de 28,6% d'effets secondaires qui sont majoritairement mineurs, mais restent différents des résultats retrouvés dans la série de Bagazgoita et Torrelo (14%) (24) et de sagi (32%)(16) . Le taux des effets secondaires était moins important dans série marocaine de Lahrichi et all(10) estimé à 8%.

La plupart des effets secondaires ont été constatés les premières semaines du traitement et étaient mineurs et transitoires : diarrhée, troubles de sommeil... cependant, aucun évènement n'est survenu le premier jour lors de l'initiation du traitement à l'exception d'une bradycardie mal tolérée associée à un état de léthargie ayant imposé l'arrêt du traitement.

Le principal effet indésirable est l'hypoglycémie absent dans notre série pour les trois types de bêtabloquant.

L'épisode de bronchospasme a coïncidé les infections de la sphère ORL et a nécessité l'interruption passagère du traitement. Il semblerait qu'il n'y a pas de relation de cause à effet. Mei Zahav et all ont montré récemment que le propranolol n'augmente pas le risque de Wheezing ; l'incidence des évènements respiratoires est similaire chez les enfants recevant le propranolol que le groupe contrôle. Toutefois, ceci ne justifie pas le maintien du traitement lors des épisodes de bronchiolite. Il convient d'être vigilant et d'arrêter le traitement temporairement. Le propranolol est un bêtabloquant non cardiosélectif. Plusieurs cas d'arrêt cardiovasculaire ont été rapportés(27) Dans notre série, un asthme a été révélé chez un malade. Une hyperkaliémie sévère a été recensée chez une fillette avec antécédent de prématurité ayant un ulcère traité par Timolol. C.Léauté- Labrèze(28) évoque que l'hyperkaliémie n'est pas due au propranolol lui-même, mais est le résultat d'une lyse tumorale en particulier s'il est ulcéré. Cependant chez notre malade, le taux de potassium s'est corrigé après l'arrêt de Timolol en présence de l'ulcération. Ce qui laisse supposer que l'hyperkaliémie était due probablement au Bêtabloquant. Pavlakovic (28) a décrit une hyperkaliémie sévère chez un enfant grand prématuré de 28 SA présentant un hémangiome ulcéré du thorax et atteint de manière concomitante d'une septicémie à staphylocoque aureus .

Une nécrose et une apparition d'une ulcération secondaire sont apparues chez une malade sous propranolol et une sous Timolol. Le propranolol est rarement incriminé comme facteur favorisant l'ulcération(29) . En effet, la molécule induit une chute de débit sanguin occasionnant une ischémie périphérique. (29). Dans ces cas, une diminution de la dose du propranolol peut s'avérer bénéfique (29)la prescription du Timolol topique peut aider à la cicatrisation(29, 30) .

Dans notre série, 2,4 % a présente un retard psychomoteur selon l'échelle de Brunet- Lézine . Tous les malades étaient sous propranolol, molécule liposoluble, pouvant avoir un effet sur le développement moteur des enfants. Les données concernant cette hypothèse sont contradictoires. Wang et all (31)a comparé le développement psychomoteur chez trente-six enfants ayant reçu un bêtabloquant versus trente-quatre enfants témoin, aucune différence significative n'a été trouvé dans le deux groupes. En parallèle, Mahon et all (32)suggère l'imputabilité du propranolol dans le retard psychomoteur (entre 10 à 24 mois) et recommande une surveillance neurologique au moins douze mois après l'arrêt du traitement. A l'arrêt du traitement, le phénomène de rebond a été observé dans 21,68%, ce qui reste relativement élevé par rapport à la littérature estimée a 19 à 25 % **(19)**.

Conclusion et perspectives

La majorité des hémangiomes sont anodins et ne nécessitent pas de traitement.

Cependant une attitude interventionniste s'avère nécessaire pour les formes mettant en jeu le pronostic vital, fonctionnel et esthétique. Les moyens thérapeutiques sont divers.

Les bêtabloquants sont devenus le traitement de première ligne devant la corticothérapie générale, en tenant compte des contres indications des bêtabloquants.

Notre étude menée chez les nourrissons âgés de cinq semaines à cinq mois présentant un hémangiome infantile a évalué la taille des hémangiomes sous Bêtabloquants six mois après le traitement. Nos résultats ont montré une réponse favorable pour le critère de jugement principal que 87,34% ont eu une réponse favorable dont 17,5% était complète et 69,5% était quasi-complète.

Dans notre série, la réponse thérapeutique était identique quelque soit le type Bêtabloquant ($p=0,13$). Ceci permet d'élargir l'arsenal thérapeutique en cas d'intolérance à une sous classe de bêtabloquants. L'aténolol semble être intéressant, en première intention, chez les enfants ayant des antécédents de bronchiolite, les troubles de sommeil ou présentant un retard psychomoteur.

Le sirolimus en dermatologie : efficacité indications et tolérance .

H.Moata, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie . CHU Ibn Rochd .Casablanca. Maroc

Mots clés : Sirolimus, indications, tolérance .

Introduction :

Le Sirolimus ou rapamycine est un inhibiteur de mTOR ,utilisé comme immunosuppresseur, notamment dans le domaine des greffes rénales.Ses indications en dermatologie sont de plus en plus émergentes.Nous illustrant différentes indications thérapeutiques du sirolimus et son profil de tolérance en dermatologie.

Matériel et méthodes :

Etude prospective colligeant les patients ayant été traité par sirolimus, de janvier 2018 à janvier 2023,en unités d'hospitalisation et de consultation dermatologique.

Résultats :

Un total de10 patients sous sirolimus a été recensé.L'âge moyen des patients était de 22 ans ,avec des extrêmes d'âge de 2 mois et 80 ans.Une prédominance masculine (60 %) a été notée.Les indications étaient :un lymphangiome kystique (n=4),une malformation veineuse(n=1),une maladie de kaposi(n=1),un hémangiome infantile(n=1),une morphee pansclérotique (n=1) ,un syndrome de Klippel-Trenaunay(n=1),un syndrome de Bean (n=1).La dose prescrite variait entre 0,8 et 1,6 mg/m²/j répartie en deux prises. Un dosage plasmatique régulier a été réalisé chez nos patients pour atteindre un objectif de dose résiduelle de 5 à 10 ng/L. Après un recul de 6 mois, une régression des lésions cutanées était observée chez 4 patients(1 cas de lymphangiome kystique , la maladie de kaposi,le syndrome de Bean, et la malformation veineuse).Une régression de l'atteinte pulmonaire au cours de la maladie de kaposi et de l'atteinte digestive chez la patiente présentant un syndrome de Bean a également été rapportée après contrôle scannographique et fibroscopique.Un échec thérapeutique a été observée uniquement chez le cas de morphee pansclérotique.Quatre cas étaient toujours en cours de traitement. Alors que le sirolimus a été arrêté, chez le nourrisson suivi pour hémangiome infantile ,après seulement 2 semaines,devant une pneumopathie infectieuse.Une bonne tolérance a été notée chez le reste de nos patients à l'exception d'une patiente présentant une intolérance digestive à type de diarrhées liquidiennes motivant une diminution de la dose du sirolimus.

Discussion :

Les indications dermatologiques du sirolimus sont essentiellement représentées par les malformations vasculaires complexes et les tumeurs angiomeuses dont la maladie de kaposi. Son utilisation est basée sur ses effets antiangiogéniques.Du fait de son action immunosuppressive,le sirolimus pourrait également être utilisé dans la morphee pansclérotique réfractaire.Contrairement à notre expérience, des cas de traitement avec succès par le sirolimus ont été rapportés.Les principaux effets secondaires sont hématologiques (leucopénie et thrombopénie),métaboliques représentés par une hyperglycémie et une dyslipidémie, rénales (microangiopathie thrombotique), pulmonaires (syndrome interstitiel), digestifs (diarrhées) et un lymphoedème.

L'apport des échanges plasmatiques en première ligne dans la dermatomyosite :

L.Elyamani 1; I.Ouadi 1 ; Y.Oujidi 3 ; B.Housni 3 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

3 Service de Réanimation, CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

La dermatomyosite (DM) est une myopathie inflammatoire primitive potentiellement mortelle pour laquelle des traitements de sauvetage s'imposent en urgence en cas d'atteinte vitale.

Les échanges plasmatiques (EP) consistent à retirer le plasma du patient et à le remplacer par du plasma frais congelé. Le but de notre travail est d'évaluer l'intérêt thérapeutique des échanges plasmatiques en première ligne dans le traitement de la DM.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive réalisée au service de Dermatologie du CHU d'Oujda étalée sur une période de 9 ans allant du mois de juin 2014 jusqu'au mois de juin 2023. Nous avons inclus tous les patients atteints de DM certaine selon les critères de Peter et Bohan (associée ou non au cancer), ayant bénéficié d'échanges plasmatiques en première ligne associés à la corticothérapie et/ou les immunosuppresseurs.

Résultats :

Au total 6 patients ont reçu des EP. L'âge moyen du début de la maladie était de 62+/-12 ans, avec une prédominance féminine (sex-ratio F/H= 5). Tous les patients présentaient une atteinte cutanée très caractéristique faite d'un érythème périorbitaire héliotrope en lunettes , le signe de Gottron et les papules de Gottron.

Tous les patients présentaient une atteinte musculaire faite d'une faiblesse musculaire bilatérale et symétrique proximale intéressant les ceintures scapulaire et pelvienne avec une cotation musculaire supérieur droite et gauche moyenne estimée à 2,8+/-0,4 et une cotation musculaire inférieure droite et gauche estimée à 2,6+/- 0,5. Quatre patients présentaient des myalgies associées à la faible musculaire et 3 patients (50%) présentaient des signes de gravité caractérisés par une faiblesse musculaire pharyngo-œsophagienne sévère avec dysphagie et fausses routes. Tous les patients ont bénéficié d'un dosage de la créatine

phospho-kinase (CPK) avant la réalisation des séances d'EP dont la moyenne était 196 ± 164 .

Pour le traitement administré, la corticothérapie orale a été prescrite à tous les patients, à la dose de $1,5\text{mg/kg/j}$ chez 5 patients et 2mg/kg/j chez une patiente. Les bolus de corticothérapie à la dose de 1g/j pendant 3 jours ont été administrés chez 2 patientes présentant des signes de gravité fait de dysphagie, fausse route et dyspnée. Le traitement immunosuppresseur a été administré chez 4 patients ; l'azathioprine à la dose de 150mg/j chez une patiente et le méthotrexate à la dose de 25mg/semaine chez 3 patients. Pour l'atteinte cutanée, les dermocorticoïdes et la photoprotection ont été administrés chez tous les patients.

Tous les patients de notre série ont reçu des échanges plasmatiques, le nombre moyen des séances était de 3 ± 1 . Pour ce qui est de l'évolution des patients à la fin des séances de plasmaphérèse, sur le plan cutané la surface cutanée moyenne est passée de $59,8 \pm 19,9$ à $37,8 \pm 15,5$, le score CDASI activité est passé de $28,6 \pm 11,6$ à $18,3 \pm 8,8$.

Sur le plan musculaire nous avons noté une amélioration des forces musculaires et de la valeur des CPK. La cotation musculaire supérieur droite et gauche moyenne après la fin des séances de plasmaphérèse était estimée à $3,8 \pm 0,4$ et une cotation musculaire inférieure droite et gauche estimée à $3,5 \pm 0,5$ avec une moyenne des CPK qui est passée à 76 ± 96 rapport à 196 ± 164 .

Pour les 3 patients qui présentaient des signes de gravité musculaires fait de dysphagie et fausse route, nous avons noté une disparition de la dysphagie et des fausses routes avec possibilité d'une alimentation par voie orale sans sonde nasogastrique après la 2ème séance d'échanges plasmatiques chez une patiente,

Une disparition de la dysphagie à J3 de de la 3ème séance d'échanges plasmatiques chez une autre patiente, un état stationnaire chez une patiente après les échanges plasmatiques.

Discussion :

L'échange plasmatique consiste à retirer le plasma du patient et à le remplacer par du plasma frais congelé [1]. Le traitement est généralement effectué une ou deux fois par semaine avec l'administration des immunoglobulines à la fin de la séance. Les médicaments concomitants, tels que la prednisone et les agents immunosuppresseurs sont poursuivis. C'est le cas de nos patients, où la plasmaphérèse a été instaurée à raison d'une à 2 séances par semaine avec la prednisone associée ou non aux immunosuppresseurs.

Le bénéfice de la plasmaphérèse est encore incertain, les résultats de diverses études sont contradictoires. En 1981, Dau [2] a été le premier à rapporter l'efficacité de la plasmaphérèse associée aux immunosuppresseurs (cyclophosphamide, chlorambucil et/ou prednisone) chez des patients atteints de DM résistante aux corticostéroïdes. Par ailleurs, un essai en double aveugle, contrôlé par placebo, n'a pas réussi à démontrer l'efficacité de l'échange plasmatique et de la leucophrèse dans la DM réfractaire chronique [3].

La plasmaphérèse réduit la quantité d'anticorps et de cytokines circulants [4]. Une étude sur les biopsies musculaires post-traitement par plasmaphérèse a montré une diminution du degré d'atrophie et une amélioration des résultats histopathologiques [5].

Dans une étude colligeant 35 patients atteints de myopathie inflammatoire idiopathique (11 cas de DM et 15 de polymyosite) résistante aux traitements par stéroïdes et immunosuppresseurs. La plasmaphérèse a été réalisée une fois par semaine pendant 10 semaines, puis à intervalles progressivement plus espacés. A la fin des séances d'EP, 30 des 35 patients se sont améliorés cliniquement [2].

Des cas de DM sévère avec rhabdomyolyse et iléus paralytique ont été traités avec succès par plasmaphérèse et immunoglobulines intraveineuses [6]. Deux grandes études européennes ont montré un taux de réponse de 63 % [7] et de 71 % au traitement par échange plasmatique [8]. Le traitement par échange plasmatique semble être plus efficace en cas de maladie aiguë [7]. Dans un rapport de 3 cas de dermatomyosite avec faiblesse musculaire pharyngo-œsophagienne sévère, les échanges plasmatiques ont été utilisés avec succès comme traitement de secours [9].

Conclusion :

L'échange plasmatique est un traitement de sauvetage dans les formes sévères de DM caractérisée par une faiblesse pharyngo-oesophagienne et des muscles respiratoires menaçant le pronostic vital. Ils sont également plus efficace dans les formes aiguës de myosite.

Références :

- 1- 331 - Boyd AS and Neldner KH., "Therapeutic options in dermatomyositis/polymyositis.," *Int J Dermatol* 1994; 33: 240–250..
- 2- 327 - Dau PC., "Plasmapheresis in idiopathic inflammatory myopathy. Experience with 35 patients.," *Arch Neurol* 1981; 38: 544–552..
- 3- 328 - Miller FW, Leitman SF, Cronin ME, and et al., "Controlled trial of plasma exchange and leukopheresis in polymyositis and dermatomyositis.," *N Engl J Med* 1992; 326: 1380–1384..
- 4- 329- Kovacs SO and Kovacs SC., " Dermatomyositis.,," *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 899–920..
- 5- 330- Bennington JL and Dau PC., " Patients with polymyositis and dermatomyositis who undergo plasmapheresis therapy.," *Arch Neurol* 1981; 38: 553–560.
- 6- 334 - Fukunaga E, Kunishigea M, Mitsuia T, and et al., " Severe dermatomyositis with rhabdomyolysis and paralytic ileus: a case successfully treated with plasmapheresis and intravenous immunoglobulin.,," *EFNS Eur J Neurol* 2002; 9: 687–702..
- 7- 335 - Herson S, Lok C, Roujeau JC, and et al., " Plasma exchange in dermatomyositis and polymyositis. Retrospective study of 38 cases of plasma exchange.," *Ann Med Interne (Paris)* 1989; 140(6): 453–455 [French]..
- 8- 336 - Lok C, Herson S, Roujeau JC, and et al., "Echanges plasmatiques au cours des dermatomyositis.," *Ann Dermatol Venereol* 1989; 116: 219–224..
- 9- Glaubitz, S., Zeng, R., & Schmidt, J. (2020). New insights into the treatment of myositis. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 12, 1759720X19886494.

N-acétylcystéine : une alternative thérapeutique dans la prise en charge de la trichotillomanie (à propos de 2 cas)

**O. lafdali ; O. Handi ; M. Aboudouraib ; O. Hocar ; S. Amal
DERMATOLOGIE, CHU MOHAMED VI MARRAKECH - DRH, Marrakech, Maroc;
Université CADI AYYAD, laboratoire de bioscience, Marrakech, Maroc**

Introduction

Les comportements répétitifs centrés sur le corps (CRCC) sont des troubles obsessionnels compulsifs auto-infligés qui causent des dommages physiques à la peau, aux cheveux et aux ongles, avec souvent un retentissement psychosociale important . De nombreux patients traités pour des affections dermatologiques souffrent d'un trouble psychiatrique sous-jacent qui aggrave ou provoque la dermatose sous-jacente. La trichotillomanie (TTM) est l'une des CRCC les plus courants. Nous rapportons le cas de deux sœurs suivies pour trichotillomanie traitées par la N-acétylcystéine (NAC) après échec de thérapie comportementale et cognitive

Observations

Deux sœurs âgées respectivement de 16 et 25 ans - dont les parents sont Divorcés depuis 14 ans- souffraient de trichotillomanie, avec quelques épisodes de trichophagie depuis l'âge de 8 et 12 ans. Les deux patientes étaient préalablement Suivies chez un psychiatre sans amélioration.

Sur le plan clinique, on retrouvait une alopecie irrégulière non cicatricielle intéressant principalement la région pariétale dans les deux cas . Une patiente avait une atteinte occipitale associée et l'autre une atteinte temporale. La région frontale était épargnée.

Sur le plan dromoscopique on objectivais plusieurs points noirs , des cheveux cassés a différents niveaux , des cheveux en V , des cheveux en tulipe et quelques hémorragies périfolliculaires .

Les deux patientes refusaient catégoriquement de prendre tout traitement psychotrope. Nous décidions de les mettre sous N-acétylcystéine comme alternative thérapeutique à dose de 1200 mg par jour associée à une supplémentation vitaminique et des séances de plasma riche en plaquette pour booster la repousse.

A un mois de traitement, on note une réduction significative du nombre de cheveux arrachés par jour et après 3 mois de traitement la repousse était quasi-totale avec amélioration du comportement pathologique. L'évolution était bonne sans aucune récurrence au bout de 10 mois de suivi chez la patiente de 16 ans ,cependant le résultat était moins satisfaisant chez la soeur aînée avec une récurrence après 6 mois .

Discussion

La NAC est une alternative thérapeutique sûre, disponible et efficace dans la prise en charge de la trichotillomanie. Parmi les autres agents glutaminergiques, la NAC possède à la fois un coût bas et un minimum d'effets secondaires. Lorsque la psychothérapie n'est pas suffisante, de nombreux praticiens préconisent l'utilisation d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et d'autres médicaments psychotropes. La N-acétylcystéine reste une alternative sûre qui ne génère pas de dépendance.Par ailleurs,l'efficacité chez les enfants semble plus élevée que chez les adultes et les adolescents. Ceci a été rapporté dans de nombreuses études de littérature , et peut s'expliquer par l'association de la trichotillomanie chez les adultes à diverses psychopathologies y compris la dépression, l'anxiété, les troubles de l'alimentation et autres .

Conclusion

NAC est une bonne alternative thérapeutique dans la trichotillomanie.Cependant, un suivi plus long sera nécessaire,et d'autres études devraient l'essayer dans le traitement d'autres CRCC .

Efficacité et tolérance de la photophorèse dans le traitement du syndrome de sézary et du mycosis fongoïde : Expérience du CHU Mohammed VI de Marrakech.

S. BELGUENANI, M. ABOUDOURIB, O. HOCAR, S. AMAL

Service de dermatologie et de vénérologie, Laboratoire Biosciences et santé

Faculté de médecine et de pharmacie-Université Cadi Ayyad

CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc

INTRODUCTION :

Le mycosis fongoïde (MF) et son variant leucémisé, le syndrome de Sézary (SS), représentent respectivement 55% et 5% des cas de lymphomes cutanés à cellules T (LCCT) dont l'implication sanguine peut être soit absente, minimale ou élevée.

La photochimiothérapie extracorporelle consiste à prélever par technique d'aphérèse les cellules mononuclées d'un patient, les mettre en présence d'un agent photosensibilisant, le 8-méthoxypsoralène (8-MOP), les irradier par rayonnement UVA (320-400 nm) (2j/cm²) puis ensuite les réinjecter par voie intraveineuse au patient entraînant la formation de lymphocytes T pathogènes en voie **d'apoptose** permettant de réguler et d'éliminer la totalité des lymphocytes T responsables de la pathologie d'où le terme **immunomodulation**.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de cette thérapie sur le mycosis fongoïde et syndrome de sézary au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech.

MATERIEL ET METHODES :

Nous avons analysé de façon rétrospective les dossiers de quatorze patients traités par photochimiothérapie extra corporelle pour un mycosis fongoïde et un syndrome de sézary ,confirmé histologiquement et biologiquement dans le service de dermatologie ainsi que le service de médecine régénérative du CHU Mohammed VI de Marrakech.

RESULTATS :

Les caractéristiques des patients

Quatorze patients ont été inclus dans l'étude ,7 avec un syndrome de sézary (le stade IV1A dans 4 cas , stade IV1B dans un cas) ,2 avec un mycosis fongoïde érythrodermique (stade IIIA) ,quatre autres avec un MF en plaques et une patiente avec un MF invisible .

Dans notre série, 7 patients étaient des femmes (soit 50% des cas) et 7 étaient des hommes (50% des cas) créant un sexe ratio équilibré à 1, la moyenne d'âge de nos malades était de 55 ans avec des extrêmes allant de 24 à 80 ans. La tranche d'âge majoritairement retrouvée, était située entre 60 et 80 ans (42%),

suivie par une tranche située entre 40 et 60 ans (35%).

le phénotype immunohistochimique cd3+cd4+cd30-cd8- était le plus fréquemment noté (dans 72% des cas), 4 patients (28%) avaient un profil immunohistochimique de type : cd3+cd4+cd30-cd8+.

La cytométrie en flux a été réalisée pour 6 de nos patients , objectivant un rapport cd4/cd8 <10 chez 5 patients et un seul > à 10 chez une patiente avec le SS.

Le taux de LDH était élevé chez 50% de la population étudiée (7 patients) : 2 avec un SS, 2 avec le MF érythrodermique ,2 autres avec MF en plaques et chez la patiente ayant le MF invisible .

Un taux d'éosinophilie supérieur à 4000 a été noté chez deux de nos patients (1 SS, 1 MF en plaques).

Traitement

Nos patients, bien que recrutés entre 2019 et 2022, avaient pour une grande partie développé la maladie bien avant cette période, l'intervalle médian entre les premiers symptômes et le diagnostic de lymphomes cutanés T était de 30,8 mois (1-96 mois) et du diagnostic à la prescription de la photophorèse était de 76 mois (2-216 mois) .

Dans le cadre de notre série : 42% de nos patients ont eu un abord veineux par VVP,un abord par KT central chez 35% alors que 25% ont eu une fistule artério-veineuse. Le déroulement de la PEC s'effectue selon des séances présentielles de thérapie. Dans notre étude, le maximum de nombre de séances était de 50 et le minimum était d'une séance avec une moyenne de 9 séances.

La durée globale du traitement était très variable, allant d'un jour jusqu'à 145 semaines, selon la disponibilité et la tolérance des patients. La moyenne de la durée du traitement dans notre série était de 40 semaines.

Concernant la tolérance, 12 patients ont bien toléré la procédure avec des complications comme une urticaire au DMSO et des cervicalgies , deux patients ont eu des complications thromboemboliques et infectieuses : thrombose au point de ponction et surinfection d'un KT longue durée.

Avant la mise en place de la PCE, onze patients (soit 79%) ont bénéficié d'un traitement préalable physique ou systémique (méthotrexate, chlorambucil,bexarotène,acitrétine et puvathérapie) et tous nos patients ont eu des dermocorticoïdes.

Dans le cadre d'une approche thérapeutique par un traitement combiné de la maladie, nos patients ont été mis sous un traitement adjuvant associé à la PEC (méthotrexate dans 47% des cas, chlorambucil dans 7 %,), la majorité de nos patients ont été traités par des stéroïdes topiques selon les besoins.

Réponse au traitement :

L'analyse de la réponse à la photo chimiothérapie extra corporelle a révélé un taux de réponse global à 57%. Il convient de noter que parmi les 43% des patients non répondeurs : 2 patients ont été traités par PEC pendant seulement 2 mois puis ont été perdus de vue, 3 autres sont décédés : une patiente est décédée d'une septicémie par surinfection du KT longue durée, une autre patiente est décédée suite à sa maladie, une transformation des lésions du mycosis fongöïde venait compliquer l'évolution clinique de deux patients chez qui les séances de photophorèse ont été arrêtées et le relai par des cures de poly chimiothérapie type CHOP a été initié. Après l'exclusion des deux patients perdus de vue, le taux de réponse global est passé à 60% .

Le délai médian d'initiation de la réponse était de 8 mois (intervalle 2-14) ; 70 % des répondeurs ont commencé à répondre après plus de 6 mois. L'analyse séparée des réponses sanguines et cutanées chez les patients atteints de SS ou de MF avec atteinte sanguine leucémique, le délai médian de réponse était de 6 mois (1-15 mois) pour le sang et de 09 mois pour la peau. 9% de nos patients ont eu une réponse complète, sanguine et cutané et 27% de nos patients ont eu une réponse partielle .

La réponse sanguine était définie par une normalisation des cellules de sézary au frottis sanguin, ou la valeur de la cytométrie au flux et la disparition des adénopathies, tandis que la réponse cutanée partielle soit elle ou complète était définie respectivement par l'amélioration ou la disparition complète des des lésions cutanée et du prurit.

Pour un patient la récurrence a eu lieu alors que les séances de PEC avaient été espacées après obtention d'une réponse sanguine complète et cutanée partielle, qui a disparu après reprise du cycle rapproché des séances.

DISCUSSION :

Il s'agit du premier compte rendu d'une cohorte marocaine de patients provenant d'un seul centre hospitalier et présentant un lymphome cutané T avancé sous la forme d'un syndrome de sézary et d'un Mycosis fongoïde avec composante sanguine, traités par une approche multimodale combinant la photo chimiothérapie extra corporelle et d'autres agents immunomodulateurs. il s'agit également de la première analyse de la cinétique de la réponse sanguine au traitement par PEC distinctement de la réponse cutanée.

Dans les recommandations de l'ASFA (American society of Apheresis) , l'utilisation de la PEC pour la forme érythrodermique du MF est classée IB (forte recommandation),et très forte pour sa forme leucémique.

En 2014, le forum européen de dermatologie a publié des recommandations sur l'utilisation de la PEC indiquant qu'elle devrait être considérée comme traitement de première intention dans les stades érythrodermiques IIIA,IIIB et IVA avec un score T de T1,T2,T4 OU IVA2 avec un score T de T4. L'utilisation de la PEC pour des stades précoces de la maladie ne doit être envisagée qu'en cas d'essais cliniques.

En 2017, L.Atzmony et al a publié la première cohorte israélienne de 20 patients avec un SS et un MF érythrodermique et ont objectivé un taux de réponse global à 65%, la plus grande étude sur les lymphomes cutanés T et PEC a été publiée par Rook et al sur 98 patients traités par PCE pendant une période minimale de 3 mois associée ou non à d'autres agents immunomodulateurs, une amélioration clinique à été obtenue dans 60% dont la moitié ont présenté une réponse complète.

Le taux de réponse obtenu dans notre étude correspond aux données de la littérature, malheureusement nous ne disposons pas de données suffisantes sur les paramètres prédicteurs de réponse dans notre étude.

Comme pour toute thérapie, une sélection rigoureuse des patients est importante, il est impératif de définir les attentes du patient au début du traitement par PEC, la réponse peut prendre jusqu'à 6 à 8 mois pour être significative. Les patients qui ont tendance à mieux répondre au PEC sont ceux qui présentes des variantes érythrodermiques y compris les SS ou les patients suspects d'évolution vers le sézary.

La PEC a l'avantage notable d'induire une tolérance immunitaire sans générer d'immunosuppression systémique ni de toxicité à court, moyen ou long terme ce qui en fait une option thérapeutique sûre et efficace pour le traitement des lymphomes cutanés , l'accès veineux peut constituer un défi pour les patients lourdement prétraités et les patients âgés.

Hyperplasie épithéliale focale traitée avec succès par cautérisation

Chaima Massaoudi , Ines Chabchoub, Soumaya Gara, Mariem Jones, Nouredine Litaïem, Fatem Zeglaoui

Introduction :

L'hyperplasie épithéliale focale (HEF) ou maladie de Heck est une affection virale bénigne touchant l'épithélium buccal, causée par certains génotypes du papillomavirus (HPV). L'atteinte de la muqueuse buccale rend difficile la réalisation des traitements classiques des tumeurs cutanées induites par le HPV tels que la cryothérapie. Nous rapportons trois cas d'HEF traité avec succès par cautérisation.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les trois cas d'HEF diagnostiqués dans notre service entre 2016 et 2022.

Résultats : L'étude portait sur 3 patients : 2 femmes et un homme avec un âge moyen de 52,3 ans (28 à 68 ans). Le motif de consultation des patients était des lésions indolores au niveau des lèvres (2 patients) et du palais (1 patient) occasionnant une gêne esthétique importante. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 4 ans. L'examen trouvait une prolifération pseudotumorale végétante faite de multiples papules rosées, verruqueuses et hyperkératosiques, localisées au niveau des deux lèvres (2 patients) et du palais (1 patient). Le reste de l'examen cutanéomuqueux était sans anomalies chez tous les patients. La sérologie VIH était négative chez tous les patients. L'histologie faite chez les trois patients montrait une acanthose, une hyperkératose para-kératosique et un allongement des crêtes interpapillaires. On notait la présence de koilocytes ainsi que des cellules mitosoïdes. Il n'y avait pas d'arguments d'une transformation en un carcinome épidermoïde. Le diagnostic d'HEF était retenu. Les patients ont eu 2 séances de cautérisation suivie par l'application d'imiquimod topique à 5% à raison de 3 fois/semaine chez un patient. L'évolution était marquée par la régression progressive des lésions jusqu'à leur disparition complète après 4 mois de traitement. **Conclusion**

L'HEF a été décrite initialement chez certains groupes ethniques d'Amérique centrale et d'Amérique du sud. Elle est aujourd'hui observée dans plusieurs pays mais reste rare. La variation de sa prévalence selon l'origine ethnique et la présence de cas familiaux suggèrent une prédisposition génétique. L'HEF est associée à 2 principaux types d'HPV: 13 et 32, qui ont un tropisme quasi-exclusif pour la muqueuse buccale. L'HEF atteint surtout les enfants et les adolescents. La découverte d'une HEF chez un adulte comme dans notre série de cas, doit conduire à rechercher une infection par le VIH. Elle est caractérisée cliniquement par de multiples papules indolores de la muqueuse buccale d'évolution chronique et bénigne. L'histologie est caractéristique montrant un effet cytopathogène du HPV. Le traitement, indiqué en cas de gêne fonctionnelle ou esthétique, est généralement chirurgical. Des traitements médicaux par imiquimod ou acide rétinoïque ont été décrits

Traitement des hidrocystomes par électrocoagulation:

une technique simple à ne pas méconnaître

Amel chabbouh Tunisie

Introduction :

L'hidrocystome est une tumeur bénigne rare qui se développent aux dépens des glandes sudoripares eccrines. Le traitement se base sur l'exérèse chirurgicale, les traitements topiques ou les lasers ablatifs. L'efficacité de l'électrochirurgie dans le traitement de ces lésions a été rarement décrite dans la littérature. Nous rapportons les cas d'hidrocystomes traités par cette technique dans notre service.

Résultats

Il s'agissait de 4 patientes. L'âge moyen des patients était de 59 ans [51-69]. L'examen clinique avait montré des lésions d'aspect similaire chez les 4 patientes réalisant des élevures translucides, claires, légèrement bleutées, à contenu liquide, de taille centimétrique (n=1) ou infracentimétrique (n=3). Les lésions siégeaient au niveau du bord libre de la paupière inférieure (n=1), du canthus latéral (n=1), du canthus médial (n=1), de la paupière inférieure (n=1). La technique était la même chez les 4 patients, après anesthésie locale. Une micropuncture à l'aide d'une aiguille de 25G avait permis de vider les hidrocystomes. L'électrocoagulation a été réalisée en utilisant un courant monopolaire alternatif haute fréquence de haute tension et de faible ampérage. Plusieurs puits d'électrocoagulation avaient permis de détruire l'ensemble de la paroi des hidrocystomes. Les suites opératoires étaient simples. Une récurrence a été notée dans un cas.

Conclusion

L'électrocoagulation est une technique rarement rapportée dans la littérature. Elle permet d'induire des dommages thermiques de la paroi des hidrocystomes sans préjudice esthétique conséquent. Elle présente les limites de sa contre-indication en cas de pacemaker et de défibrillateur. Dans notre série, cette technique a permis d'avoir un excellent résultat esthétique, sans cicatrice significative.