

POUR S'Y RETROUVER DEVANT UN PROBLÈME CUTANÉ

Vous commencez votre quart de travail au service de consultation sans rendez-vous. Les cinq premiers patients présentent tous un problème cutané. Comment distinguer les diagnostics fréquents des problèmes plus rares, voire graves, à ne pas manquer? Les problèmes cutanés peuvent représenter un véritable défi. Saurez-vous reconnaître les urgences parmi les problèmes plus bénins?

Philippe Villemure et Étienne Guillemette-Munger

LES LÉSIONS ANNULAIRES

Les cas 1 et 2 qui suivent font partie des diagnostics différentiels des lésions annulaires (tableau I)¹⁻⁵. Un petit coup de pouce en partant: le diagnostic différentiel des lésions annulaires peut facilement être réduit selon qu'il y a ou non des squames au niveau des lésions. En effet, la présence de squames indique une atteinte de l'épiderme, ce qui oriente vers des problèmes touchant, du moins en partie, cette structure de la peau, comme les dermatophytoses. L'absence de squames, au contraire, évoque des affections purement intradermiques⁶.

CAS N° 1



Un homme de 25 ans présente la lésion illustrée sur la photo ci-contre en mentionnant qu'elle évolue depuis environ un mois sans prurit ni trauma. Vous remarquez un amas de papules sur fond légèrement érythémateux et des

© Science Source. Reproduction autorisée.

squames qui semblaient initialement de forme ovale. « Je mets une crème d'hydrocortisone depuis deux semaines, mais ça n'a pratiquement pas changé », vous mentionne-t-il. Quel est votre diagnostic ?

- Granulome annulaire
- Eczéma
- Pityriasis rosé
- Trichophytie de la peau glabre (tinea corporis)

Le Dr Philippe Villemure, médecin de famille, exerce et enseigne la médecine familiale à l'UMF d'Alma. Le Dr Étienne Guillemette-Munger est résident 2 en médecine familiale au même endroit.

TABLEAU I

PRINCIPALES AFFECTIONS
CARACTÉRISÉES PAR DES
LÉSIONS ANNULAIRES¹⁻⁵

Diagnostic	Éléments clés du diagnostic
Lésions épidermiques	
<ul style="list-style-type: none"> Trichophytie de la peau glabre (<i>tinea corporis</i>) Eczéma marginé de Hébra (<i>tinea cruris</i>) Pied d'athlète (<i>tinea pedis</i>)¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Plaque érythémateuse avec bordure surélevée, squameuse et inflammatoire Guérison à partir du centre
Pityriasis versicolor ¹	<ul style="list-style-type: none"> Forme annulaire franche plus rare Hypopigmentation avec fines squames en périphérie
Pityriasis rosé ³	<ul style="list-style-type: none"> Plaque maîtresse ovale ou ronde sur le thorax avec squames centrales Plaques ovalaires plus petites dans l'axe des lignes de clivage (arbre de Noël)
Maladie de Lyme ⁴	<ul style="list-style-type: none"> Exposition dans une zone endémique dans le dernier mois Érythème migrant : lésion annulaire en cible Symptômes généraux possibles
Lésion intradermique	
Granulome annulaire ⁵	<ul style="list-style-type: none"> Anneau de papules érythémateuses sans squames de couleur chair à pourpre Emplacement périphérique au niveau des extenseurs surtout
Lésion intradermique ou épidermique	
Érythème polymorphe ²	<ul style="list-style-type: none"> Lésion en cible, distribution périphérique, poussée de lésion en moins de 24 h (7 jours chacune) Association fréquente avec l'herpès buccal

TABLEAU II	PRINCIPALES AFFECTIONS SE MANIFESTANT PAR DES LÉSIONS PAPULOSQUAMEUSES ⁶⁻¹²
Eczéma ^{6,11}	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prurit dans tous les cas ▶ Contours mal délimités (exceptions : dermatite de contact et eczéma nummulaire) ▶ Fissures, suintement et lichénification souvent présents
Dermatite séborrhéique ⁶	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Squames orangées sur base érythémateuse ▶ Points de prédilection : cuir chevelu, visage et région présternale
Psoriasis en plaques ^{8,9,12}	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contours bien délimités et squames argentées ▶ Points de prédilection : extenseurs des coudes et des genoux, pli interfessier, organes génitaux, ongles et cuir chevelu
Psoriasis en gouttes ^{8,9,12}	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Petites papules avec squames argentées sur le tronc et sur les extrémités proximales ▶ Adolescents et jeunes adultes, souvent une ou deux semaines après une pharyngite à streptocoque du groupe A ou une infection virale
Pityriasis rosé	Voir <i>tableau I</i>
Lichen plan ⁹	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Papules violacées, bords irréguliers et angulés, très prurigineux ▶ Lignes réticulées blanchâtres (stries de Wickham) ▶ Points de prédilection : extrémités, périnée et organes génitaux externes
Syphilis secondaire ^{7,10}	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Symptômes généraux pendant l'éruption ▶ Éruption généralisée de six à douze semaines après le chancre primaire ▶ Atteinte palmaire et plantaire, particulièrement utile au diagnostic
Parapsoriasis ^{8,9}	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Parapsoriasis : papules ovales ou rondes, couleur saumonée, squames fines, souvent sur les zones protégées du soleil ▶ Plaques > 5 cm : peut causer un lymphome cutané (mycosis fongoïde)
Lupus érythémateux cutané ^{8,9}	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plaques rouges violacées, squames blanchâtres adhérentes ▶ Prédilection pour les zones exposées au soleil

Le granulome annulaire, une lésion intradermique, est donc exclu d'emblée. L'eczéma n'est pas compatible avec l'atteinte décrite puisqu'il n'y a pas de prurit, que les contours de la lésion sont trop bien délimités et que l'hydrocortisone n'a pas eu l'effet escompté. Le pityriasis rosé est caractérisé par l'apparition d'une plaque ovalaire initiale, mais généralement au niveau axial. En outre, les squames surviennent plus tardivement.

Dans le cas qui nous intéresse, la morphologie annulaire de la lésion, son apparition aiguë isolée sur l'avant-bras, l'absence de prurit et de réponse à l'hydrocortisone laissent croire que cette lésion initiale est une trichophytie de la peau glabre. La bordure érythémato-squaméuse classique a toutefois été camouflée par l'utilisation d'un corticostéroïde qui a diminué l'érythème et les squames pour laisser place davantage aux papules¹. En fait, il s'agit

plutôt d'une dermatophytose masquée (*tinea incognito*).

LA RÉPONSE EST DONC : D) TRICHOPHYTIE DE LA PEAU GLABRE. QUELLE SERA VOTRE CONDUITE AU SERVICE DE CONSULTATION SANS RENDEZ-VOUS ?

Puisque la lésion est isolée, vous devriez prescrire un antifongique topique à appliquer jusqu'à une semaine après la disparition de la lésion. Un agent azolé, comme le clotrimazole, constitue un bon choix, car la couverture est assurée tant pour la dermatophytose que pour l'infection à *Candida* qui accompagne souvent l'eczéma marginé de Hébra (*tinea cruris*)¹. L'article paru dans la chronique d'Info-comprimée de mars 2012 du Médecin du Québec⁷ vous éclairera sur les différentes crèmes antifongiques et leur spectre d'action.

CAS N° 2

Selon la feuille de triage, votre prochain patient présente des lésions en cible sur les mains. Le tout a commencé subitement il y a deux jours. Les lésions sont fixes, sans atteinte des muqueuses. Le patient ne prend aucun médicament et va par ailleurs très bien. À quel diagnostic pensez-vous ?



© Science Source. Reproduction autorisée.

- Syndrome de Stevens-Johnson
- Trichophytie de la peau glabre
- Érythème polymorphe
- Maladie de Lyme
- Urticaire



Le syndrome de Stevens-Johnson représente une urgence classique en dermatologie et doit être reconnu en raison du taux élevé de mortalité qui y est associé². Nous pouvons toutefois être rassurés dans le cas présent. En effet, le patient n'éprouve aucun symptôme général, l'atteinte ayant commencé en périphérie sans toucher le tronc, ni le visage, ni les muqueuses. Par ailleurs, il ne prend aucun médicament. On peut aussi exclure la trichophytie de la peau glabre. Cette dernière est plutôt caractérisée par un anneau de squames avec guérison à partir du centre. En outre, sur la photo, les lésions ne desquament pas.

Le tableau clinique n'est pas non plus compatible avec l'érythème migrant de la maladie de Lyme, qui serait une lésion unique avec une expansion graduelle sur plusieurs jours. L'urticaire n'est pas considérée dans ce cas puisque les lésions ne présentent pas de caractère évanescent.

L'érythème polymorphe est à envisager pour toute lésion en cible, c'est-à-dire comportant un centre vésiculaire ou croûté, un pourtour pâle et un érythème périphérique. Même si toutes les lésions ne répondent pas à l'ensemble de ces critères, le fait qu'elles soient apparues rapidement en 24 heures et n'aient pas changé d'emplacement appuie ce diagnostic. La plupart des cas d'érythème polymorphe surviennent après une infection à herpès buccal². Le patient nous confirme d'ailleurs avoir eu une poussée d'herpès labial il y a deux semaines.

LA RÉPONSE EST DONC : C) ÉRYTHÈME POLYMORPHE. QUELLE SERA VOTRE CONDUITE AU SERVICE DE CONSULTATION SANS RENDEZ-VOUS ?

Avec le diagnostic d'érythème polymorphe, vous pouvez rassurer le patient. Même si ce problème a longtemps été associé au syndrome de Stevens-Johnson, la littérature actuelle ne montre aucun lien entre l'un et l'autre². Un simple traitement symptomatique peut donc être prescrit.

LES LÉSIONS PAPULOSQUAMEUSES

Les cas 3 et 4 portent sur les diagnostics différentiels des lésions papulosquameuses (tableau II⁶⁻¹²). Contrairement aux lésions annulaires, il n'est pas possible ici de faire la distinction entre les maladies épidermiques et intradermiques puisque, par définition, ces lésions sont toutes accompagnées de squames. Un indice toutefois : la plupart des lésions eczémateuses présentent des contours mal délimités, ce qui permet de les différencier des autres lésions papulosquameuses qui, elles, ont toutes des contours bien définis¹.

CAS N° 3

Un homme de 38 ans vient vous consulter pour une éruption cutanée apparue il y a trois jours. À l'examen, vous notez une éruption papulosquameuse généralisée qui a même touché la paume des mains et la plante des pieds. Le patient présente aussi une atteinte de l'état général, des myalgies, un mal de gorge, une fièvre à 38,5 °C et des adénopathies diffuses. Il ne prend pas de médicament et n'a jamais eu de problème cutané par le passé. Quel est le diagnostic le plus probable ?



© Science Source. Reproduction autorisée.

- a) Parapsoriasis
- b) Syphilis secondaire
- c) Pityriasis rosé
- d) Psoriasis en gouttes
- e) Éruption virale non spécifique

Le parapsoriasis est une affection rare dont l'évolution est chronique. Vous pouvez donc exclure d'emblée ce diagnostic. La présence de lésions palmaires et plantaires, inexistantes dans le pityriasis rosé, permet par ailleurs d'écarter cette affection également. Le psoriasis en gouttes, qui pourrait apparaître après une pharyngite à streptocoque du groupe A ou une infection virale, est plus courant chez les adolescents et les jeunes adultes. En outre, les squames ont habituellement une couleur argentée caractéristique. Quant à l'éruption virale non spécifique, elle est généralement maculopapuleuse et rarement squameuse.

Reste la syphilis secondaire, peu fréquente mais encore présente de nos jours. Son tableau clinique habituel est une éruption généralisée, le plus souvent papulosquameuse, accompagnée de symptômes généraux. L'atteinte palmaire

et plantaire est caractéristique. À l'anamnèse plus poussée, le patient vous mentionne avoir eu à quelques reprises des relations non protégées avec d'autres hommes dans la dernière année. Il ajoute qu'il a eu un ulcère pénien il y a quelques semaines, qu'il avait attribué à son herpès génital récidivant.

**LA RÉPONSE EST DONC : B) SYPHILIS SECONDAIRE.
QUELLE SERA VOTRE CONDUITE AU SERVICE DE CONSULTATION SANS RENDEZ-VOUS ?**

Devant un cas possible de syphilis secondaire, un appel à un infectiologue s'impose afin de procéder aux bons tests sérologiques, qui peuvent varier d'une région à l'autre. Le traitement de premier choix demeure la pénicilline G benzathine par voie intramusculaire à raison de 2,4 millions d'unités en dose unique⁴³. Et n'oubliez pas le counselling sexuel!

CAS N° 4



© Science Source. Reproduction autorisée.

Un homme de 32 ans vous consulte pour des plaques prurigineuses aux bras et aux jambes apparues progressivement au cours des deux dernières semaines. Les plaques mesurent de 2 cm à 3 cm, sont de forme ronde et ont des contours bien délimités.

En les inspectant de plus près, vous notez un suintement et des croûtes d'aspect séreux sur certaines. Elles sont distribuées un peu partout sur les bras et les jambes, sans atteinte particulière des plis de flexion ni des extenseurs. Vous trouvez quelques plaques similaires sur le torse et l'abdomen, mais aucune sur le visage ni sur le cuir chevelu. Parmi les diagnostics suivants, lequel est le plus probable ?

- a) Psoriasis en plaques
- b) Eczéma nummulaire
- c) Lichen plan
- d) Trichophytie de la peau glabre
- e) Lupus érythémateux cutané

Bien que nous soyons en présence de plaques érythémateuses à contours bien délimités, l'absence de squames argentées et d'atteinte aux points de prédilection du psoriasis en plaques écarte ce diagnostic. Le lichen plan est

caractérisé par des papules violacées aux bords irréguliers, plutôt que par des plaques érythémateuses. La mention de lésions prurigineuses aux extrémités distales pouvait évoquer ce diagnostic initialement. L'absence d'aspect annulaire classique rend moins probable une trichophytie de la peau glabre. Par ailleurs, les plaques montrées sur la photo n'ont pas l'aspect caractéristique du lupus érythémateux cutané.

L'eczéma nummulaire cause des plaques rondes, érythémateuses et squameuses, souvent accompagnées de suintement et de croûtes. Contrairement à ce qu'on voit dans les autres types d'eczéma, le contour des plaques est bien défini. Le prurit est toujours présent et, la plupart du temps, intense.

**LA RÉPONSE EST DONC : B) ECZÉMA NUMMULAIRE.
QUELLE SERA VOTRE CONDUITE AU SERVICE DE CONSULTATION SANS RENDEZ-VOUS ?**

Vous êtes heureux de tomber sur un cas plus simple à régler après votre cas de syphilis! Un corticostéroïde topique s'impose, mais lequel choisir? Pour l'eczéma nummulaire, un onguent de puissance intermédiaire à élevée est recommandé. Par exemple, un onguent de valérate de bétaméthasone à 0,1% pourrait être appliqué une ou deux fois par jour sur les lésions.

LES ÉRUPTIONS MÉDICAMENTEUSES

CAS N° 5

Un homme de 40 ans vient en consultation pour une éruption maculopapuleuse rouge vif sur le tronc avec une extension symétrique vers les extrémités. En plus d'un prurit incommodant, il présente une fatigue et de la fièvre depuis trois jours. Il mentionne avoir commencé un traitement à la carbamazépine il y a trois semaines. Quel est votre diagnostic ?



© Science Source. Reproduction autorisée.

- a) Exanthème médicamenteux bénin
- b) Réaction DRESS
- c) Anaphylaxie
- d) Syndrome de Stevens-Johnson

TABLEAU III | DIFFÉRENCES ENTRE LES ÉRUPTIONS MÉDICAMENTEUSES IMMUNOLOGIQUES SIMPLE ET COMPLEXE¹⁰

Éruption médicamenteuse simple	Éruption médicamenteuse complexe
<p>Tableau clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Prurit ▶ Squames ▶ Absence des caractéristiques d'une éruption complexe 	<p>Tableau clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fièvre ▶ Adénopathies ▶ Arthralgies ▶ Atteinte des muqueuses ▶ Érythrodermie ou purpura ▶ Œdème (du visage principalement) ▶ Décollement cutané (Nikolsky +)
<p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Exanthème médicamenteux bénin ▶ Urticaire sans médiation par les IgE ▶ Éruption médicamenteuse fixe ▶ Acné médicamenteuse 	<p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Réaction <i>DRESS</i>* ▶ Vasculite d'hypersensibilité, maladie sérique ▶ Syndrome de Stevens-Johnson, nécrolyse épidermique toxique ▶ Pustulose exanthémateuse aiguë généralisée ▶ Anaphylaxie, œdème de Quincke
<p>Conduite à tenir</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Traitement symptomatique (corticostéroïdes topiques, antihistaminiques) ▶ Retrait si possible du médicament, utilisation future selon le rapport risque-avantage 	<p>Conduite à tenir</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Orientation à l'urgence et en spécialité pour un traitement de soutien ▶ Retrait immédiat de l'agent et contre-indication future

* Réaction *DRESS* : réaction médicamenteuse accompagnée d'éosinophilie et de symptômes généraux

Une éruption médicamenteuse accompagnée de symptômes généraux constitue une réaction immunologique complexe (tableau III¹⁰). La présence de symptômes généraux dans ce cas nous permet donc d'écarter le diagnostic d'exanthème médicamenteux bénin. Sans œdème de Quincke ni urticaire, on peut aussi exclure l'anaphylaxie. Enfin, l'absence d'atteinte des muqueuses rend le diagnostic de Stevens-Johnson moins probable.

La réaction médicamenteuse associée à une éosinophilie et à des symptômes généraux (*DRESS*) est visuellement identique à l'exanthème médicamenteux bénin, mais est attribuable à un mécanisme beaucoup plus agressif entraînant une nette détérioration de l'état général et plusieurs symptômes généraux. Cette réaction peut survenir de deux à six semaines après l'ajout d'un médicament, notamment l'allopurinol, les sulfamides, les anticonvulsivants ou les inhibiteurs des canaux calciques¹⁴.

LA RÉPONSE EST DONC : B) RÉACTION *DRESS*. QUELLE SERA VOTRE CONDUITE AU SERVICE DE CONSULTATION SANS RENDEZ-VOUS ?

En plus de demander l'arrêt immédiat du médicament en cause, vous devez diriger ce patient à l'urgence pour une évaluation de la gravité de l'atteinte et une prise en charge spécialisée.

CONCLUSION

À l'aide des éléments clés qui permettent de distinguer les diagnostics différentiels entre eux, vous avez été en mesure de naviguer avec brio dans tous les problèmes cutanés que vous avez vus au service de consultation sans rendez-vous. Et vous êtes particulièrement fier d'avoir su reconnaître et traiter les problèmes graves parmi des cas plus bénins! //

POUR EN SAVOIR PLUS...

Vos livres de référence en dermatologie sont loin ? Voici des ressources Internet toujours à votre portée :

- ▶ www.dermnet.com Vaste atlas dont Thomas Habif est l'auteur principal. Quelques sujets populaires y sont couverts.
- ▶ www.dermnetnz.org Atlas qui décrit un grand éventail de problèmes dermatologiques et en précise la prise en charge.
- ▶ <http://www.dermis.net> Atlas complet de photos accompagnées de descriptions.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Le diagnostic différentiel des lésions annulaires peut facilement être réduit selon qu'il y a ou non des squames sur les lésions.
- ▶ La plupart des lésions eczémateuses comportent des contours mal délimités, ce qui permet de les distinguer des autres lésions papulosquameuses qui, elles, ont toutes des contours bien définis.
- ▶ Une éruption médicamenteuse accompagnée de symptômes généraux est caractéristique d'une réaction immunologique complexe.

Date de réception : le 29 janvier 2016

Date d'acceptation : le 13 mars 2016

Les D^{rs} Philippe Villemure et Étienne Guillemette-Munger n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Elewski BE, Hughey LC, Sobera JO. Fungal Disease. Dans : Bologna JL, rédacteur. *Dermatology*. 3^e éd. Philadelphie : Elsevier ; 2012. p. 1251-84.
2. French LE, Prins C. Erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. Dans : Bologna JL, rédacteur. *Dermatology*. 3^e éd. Philadelphie : Elsevier ; 2012. p. 319-33.
3. Golstein AO, Golstein B. Pityriasis rosea (à jour le 6 août 2015). *UpToDate* 2015.
4. Lambert L, Drapeau M, Milord F et coll. *Guide d'intervention : la maladie de Lyme*. Québec : MSSS ; 2013. 52 p.
5. Cyr PR. Diagnosis and management of granuloma annulare. *Am Fam Physician* 2006 ; 74 (10) : 1729-34.
6. Marks JG, Miller JJ. Scaling papules, plaques, and patches. Dans : Marks JG et Miller JJ, rédacteurs. *Principles of dermatology*. 5^e éd. Philadelphie : Elsevier ; 2013. p. 106-26.
7. Ouellet G, Martineau C, Biagioni C. *Tinea, Candida et tralala : le traitement efficace des infections fongiques superficielles*. *Le Médecin du Québec* 2012 ; 47 (3) : 87-91.
8. Sary A, Sary G. Sexually transmitted infections. Dans : Bologna JL, rédacteur. *Dermatology*. 3^e éd. Philadelphie : Elsevier ; 2012. p. 1367-89.
9. Habif TP, Campbell J, Chapman MS et coll. Eczema. Dans : Campbell J, Chapman MS et coll. rédacteurs. *Skin Disease*. 3^e éd. Philadelphie : Elsevier ; 2011. p. 12-85.
10. Fritsch PO, Reider N. Other eczematous eruptions. Dans : Bologna JL, rédacteur. *Dermatology*. 3^e éd. Philadelphie : Elsevier ; 2012. p. 219-31.
11. Demers H, St-Jacques C. Dans quel pot trouve-t-on le meilleur onguent ? *Le Médecin du Québec* 2011 ; 46 (3) : 67-71.
12. Habif TP, Campbell J, Chapman MS et coll. Psoriasis and other papulosquamous diseases. Dans : Habif TP, Campbell J, Chapman MS et coll. rédacteurs. *Skin Disease*. 3^e éd. Philadelphie : Elsevier ; 2011. p. 120-53.
13. INESSS. *Traitement pharmacologique. ITSS – Syphilis* (mis à jour en mars 2016). Québec : l'Institut ; 2014.
14. Revuz J, Valleyrie-Allanore L. Drug reactions. Dans : Bologna JL, rédacteur. *Dermatology*. 3^e éd. Philadelphie : Elsevier ; 2012. p. 335-56.

THÈMES DE FORMATION CONTINUE

DES PROCHAINS NUMÉROS

SEPTEMBRE

2016

LA MÉDECINE D'AVENTURE
ET DES SPORTS EXTRÊMES

OCTOBRE

2016

MISE À JOUR SUR LES ITSS

NOVEMBRE

2016

LE BON USAGE DES OPIOÏDES

DÉCEMBRE

2016

LA CNESST ET LA LATMP

JANVIER

2017

LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

FÉVRIER

2017

LES BACTÉRIES, LES ANTIBIOTIQUES
ET L'ANTIBIORÉSISTANCE

MARS

2017

LES TROUBLES D'AUDITION

FÉLICITATIONS AUX 1379 MÉDECINS
QUI ONT OBTENU TROIS HEURES DE CRÉDITS
DE CATÉGORIE 1 EN RÉPONDANT
AU POST-TEST D'AVRIL 2016 !

LE MÉDECIN DU QUÉBEC