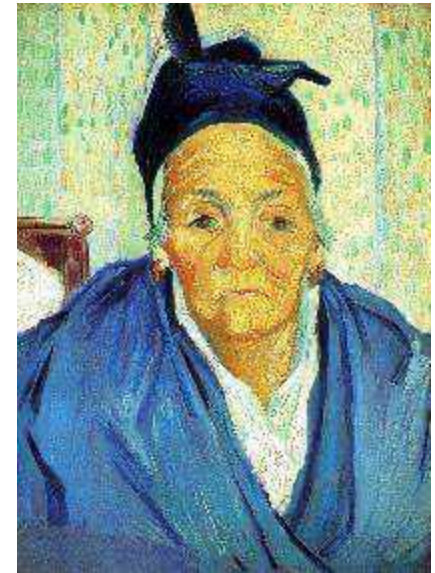


DERMATOLOGIE DU SUJET ÂGÉ : CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR




Dr Sylvie Meaume - Dermatologue - Gériatrie
Hôpital Rothschild - Paris





NÉOPLASIES CUTANÉES

Carcinomes cutanés

- Les plus fréquents de tous les cancers
- Incidence en  régulière
- CBC 80% >> CE 20%
- Faible mortalité < 1/100000
- Mais: morbidité et coût de santé publique élevé
- Facteurs de risque :
 - Exposition au soleil/ UV (UVB>>UVA), phototype clair, Age > 50
 - Radiations ionisantes (radiothérapie)

Pourquoi en arriver là ?

96 ans, TBEG, aucun médicament, vit chez sa fille



Pourquoi en arriver là ?



- Pas de médecin traitant ?
- Environnement ? Croyances ?
- Idée reçues ?
- Peur de l'hôpital ?
- Peur des chirurgiens ? Peur de la chirurgie ?
- Peur du cancer ?
- TROP VIEILLE... MAIS TOUJOURS LA !!



Aurait-on pu faire mieux ?

Carcinomes basocellulaires (CBC)

- Exposition UV intermittente
- Malignité locale
- Lésion élémentaire :
perle épithéliomateuse (nodule
translucide ferme)

Papule arrondie translucide
et télangiectasique qui
s'étend

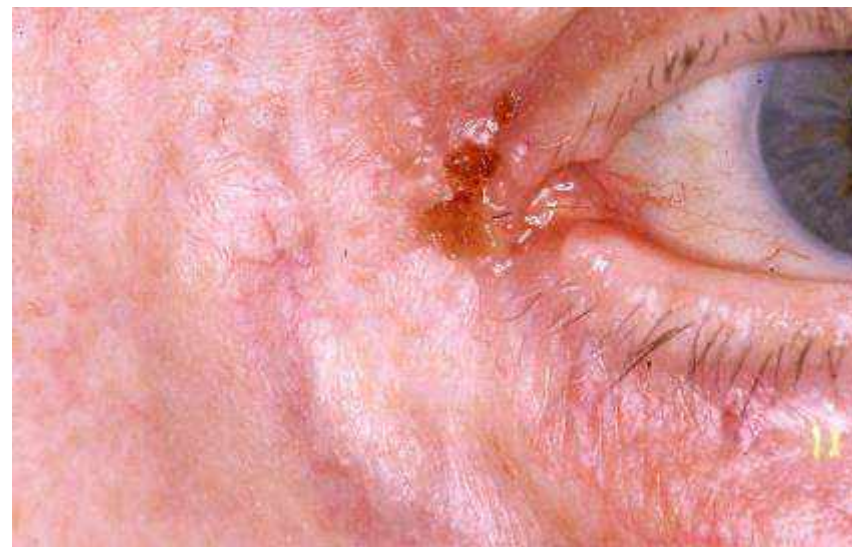
- Traitement : exérèse
chirurgicale, autres ttt
possible (cryottt, radiottt) :
**RCP onco gériatrie cas
compliqués ++**



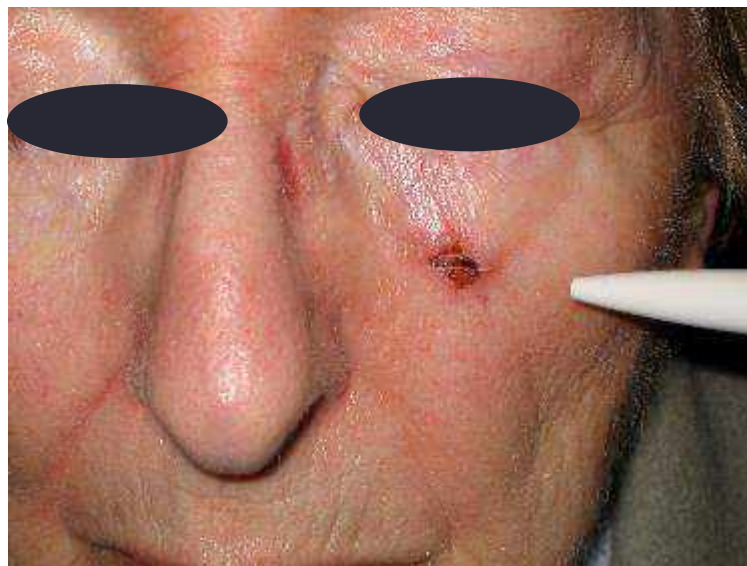
CBC évidents...



CBC moins évidents...



CBC moins évidents...



Cryo-chirurgie : y penser en gériatrie

- Rapide, économique
- TOUT contexte : grand âge, comorbidités, anticoagulants, antiagrégants, pace-maker, contre-indication AG, patient non coopérant ...
- Non délabrant





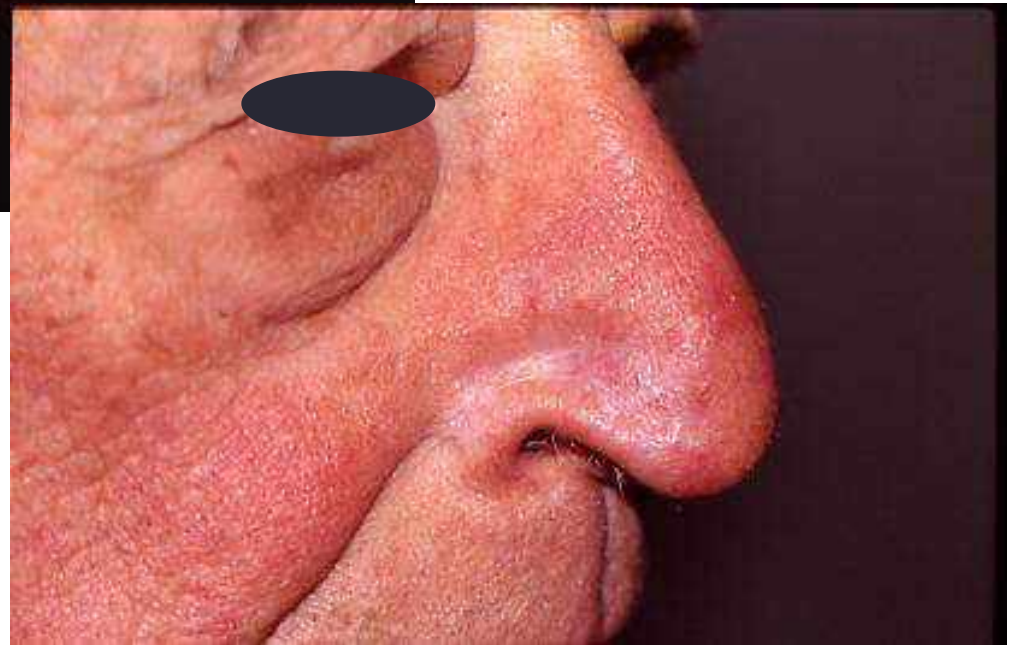
Cas Priscille Carvalho

Après cryochirurgie





Cas Priscille Carvalho





Cas Priscille Carvalho



- 85 ans
- Démence évoluée
- Déambule....
- Mange les pansements

- Après longue réflexion...



**Chirurgie
sous anesthésie
locale**

Carcinomes épidermoïdes

- Exposition UV cumulée
- Invasif (métastases)
- Lésions précancéreuses : kératoses actiniques parfois
- Tumeur ulcéro-végétante indolore hémorragique, indurée
- Traitement : exérèse chirurgicale
- +/- chimiothérapie, radiothérapie



Carcinome épidermoïde

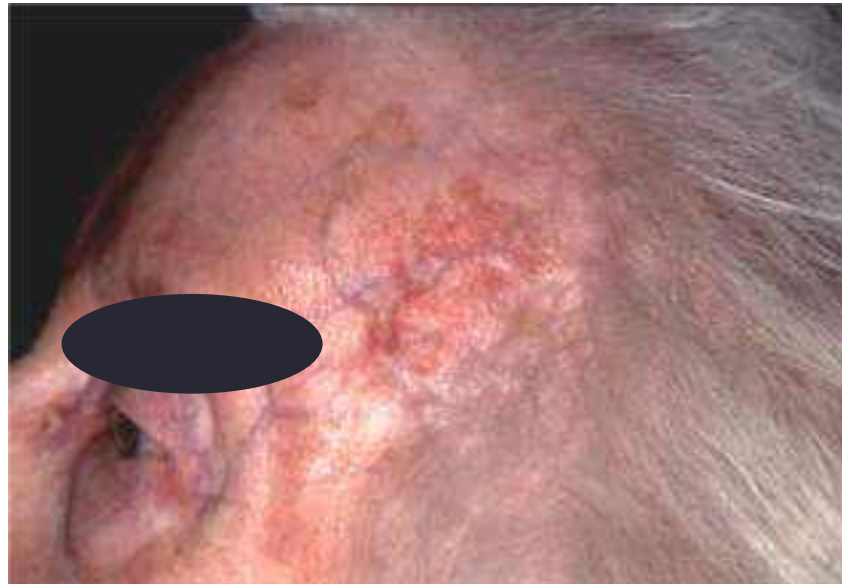


Carcinome épidermoïde



Carcinomes épidermoïdes : kératose actinique et Bowen

- kératoses actiniques = lésion pré-cancéreuses
- processus par étapes
- avec potentiel métastatique...



Kératoses actiniques

- Fréquent en gériatrie
- Évolution invasive : 1/1000 à 10 %
- Traitement simple possible
- Medvixia + lumière du jour



Corne cutanée : carcinome épidermoïde ?
Biopsie +++



Maladie de Bowen



Maladie de Bowen



Kératose actinique ? Bowen ? CE ?



Maladie de Bowen



85 ans, kératose actinique et COVID...

- **Joue droite**

- Efudix 5% en crème prescrit pour 3 semaines
- Seule en EHPAD , plus de visite, plus de coiffeur
- IDE lui laisse le tube...

- **Joue gauche**

- Seule et anxieuse
- Lésions de grattage chronique ++



Sortie de la première vague...

- Téléconsultation dermato
- Arrêt Efudix
- Hydrocolloïde extra-mince puis crème cicatrisante
- Reprise des visites
- Coiffeur



Carcinome épidermoïde évolué



Carcinome verruqueux





Mélanome

- 1^{ère} cause de décès par cancer chez le sujet jeune
- Existe aussi chez les plus âgés
- **Facteurs de risque :**
 - **Exposition solaire+++** (exposition intense, intermittente, zones habituellement couvertes, avant l'âge de 15 ans)
 - ATCD personnel ou familial de mélanome
 - Nombre élevé de naevus
 - Phototype clair (roux, éphélide, blond vénitien)
- **Types :**
 - SSM (extension superficielle) : le plus fréquent 60-70%
 - Nodulaire 4-18%
 - Mélanome de Dubreuilh 5% Imm
 - Acral lentigineux 10% alm



- A : asymétrie
- B : bords irréguliers
- C : couleur inhomogène
- D : diamètre > 6 mm
- E : évolutivité/ extension
- Signe du « vilain petit canard »

Mélanome type ssm



Mélanome nodulaire



Mélanome acral type alm



**Mélanome sur
Dubreuilh
ou mélanome Imm :
très gériatrique**



**Le pire :
le mélanome
achromique**



Diagnostic différentiel des escarres du talon : le mélanome parfois

- Recherche de taches pigmentées sur la peau périphérique, hyper bourgeonnement parfois absent, on ne trouve pas les circonstances de survenue de l'escarre





- Mme C 86 ans, très coquette
- Très démente
- Lésion depuis toujours...
- Apparition depuis quelques semaines d'un nodule « gênant »
- Consultation dermato



Elle a tout refusé...
Le temps passe... vite



...et pourtant



Avant



Après cryochirurgie



Cas Priscille Carvalho



Cas Priscille Carvalho

Biopsie en dermatologie : vous pouvez (devez) tous savoir le faire !!

- Le matériel

- seringue de 5 ml + aiguille sous cutanée
- xylocaïne ± adrénaline (1 ou 2%)
- biopsie circulaire (punch) diamètre 4 mm (Laboratoire Stiefel)
- Compresses, pansement

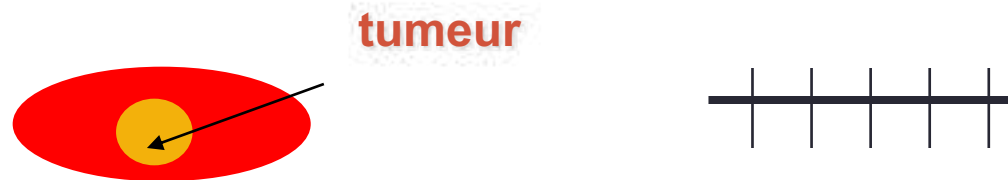
- Qui peut biopsier ?

- Dermatologue
- Chirurgien
- Médecin qui a appris

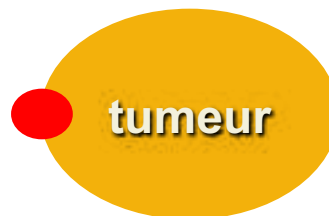


Biopsie d'une tumeur

- Où effectuer la biopsie ?
 - si la tumeur est petite : biopsie exérèse

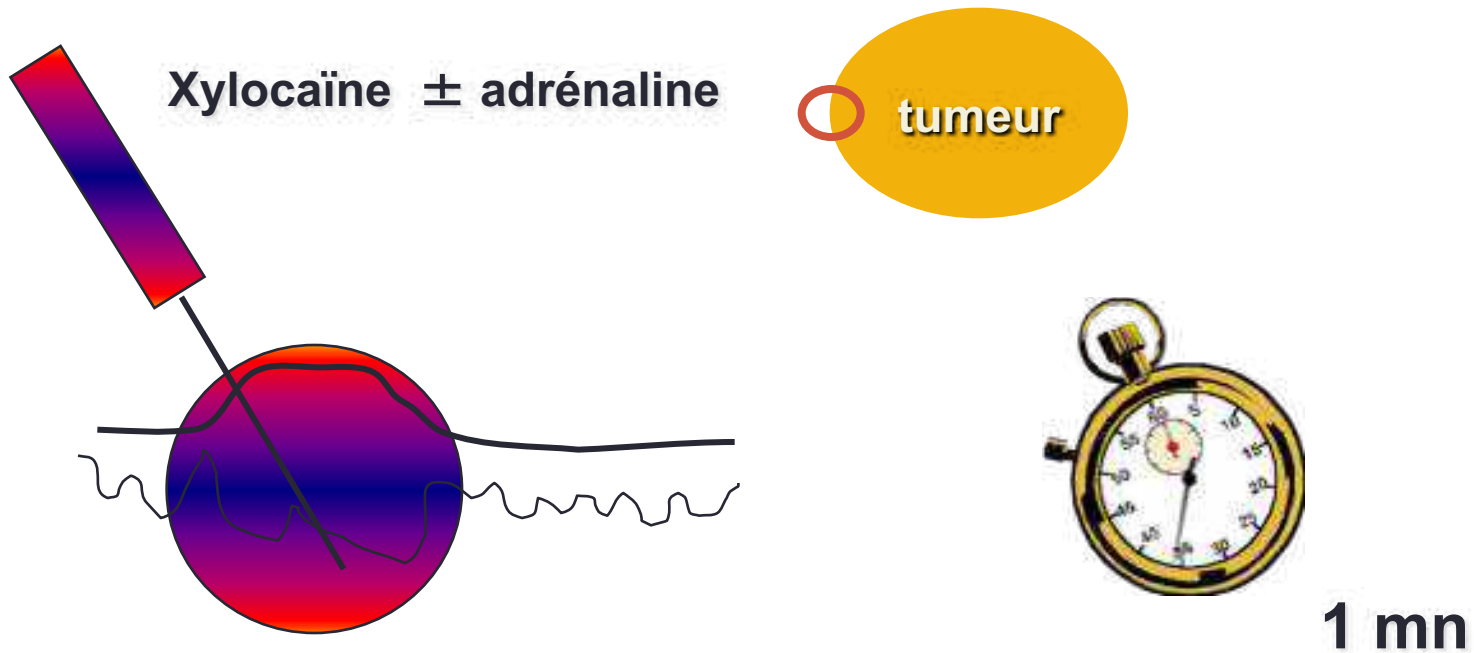


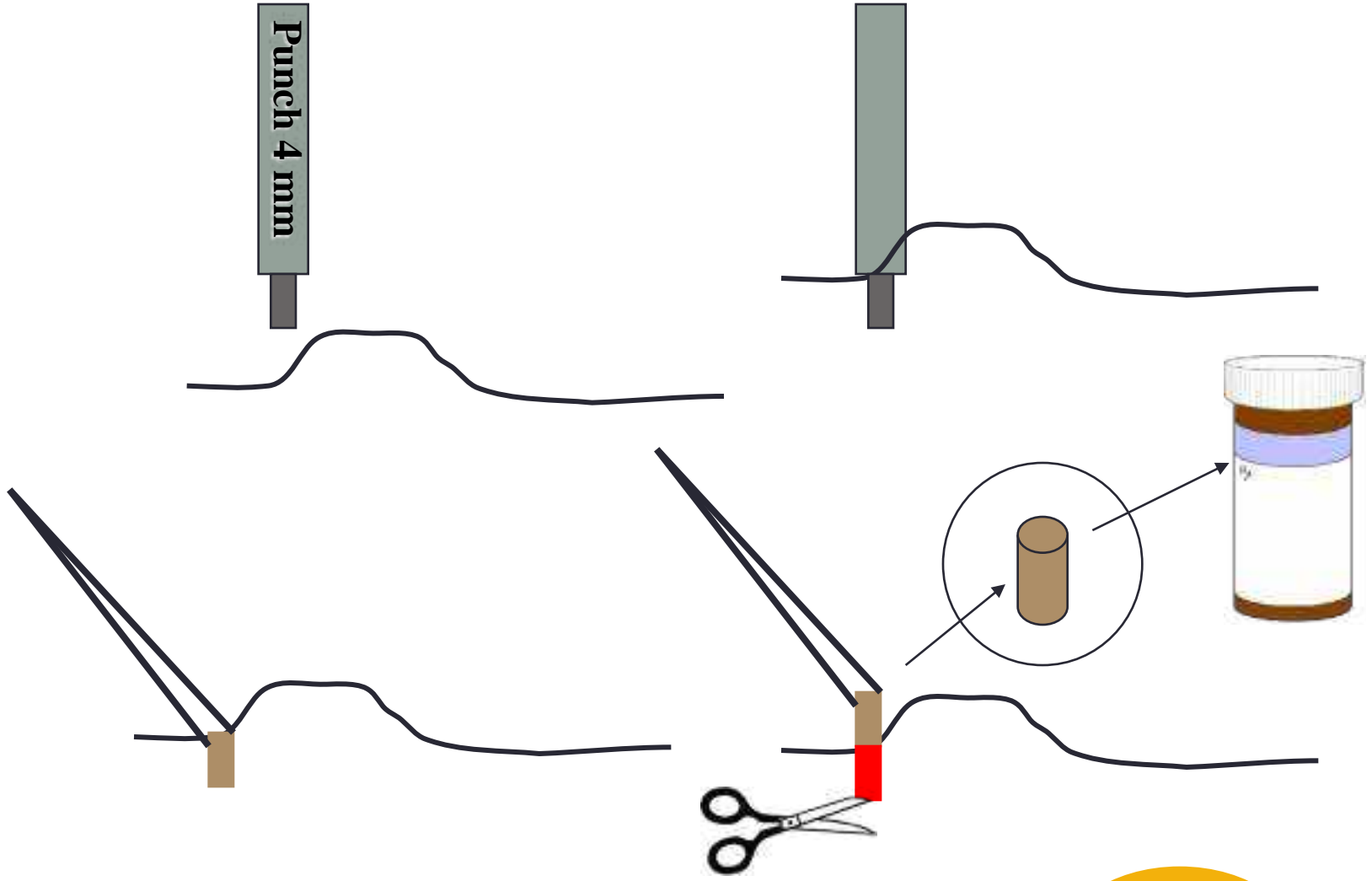
- éventuellement sur le bord de la tumeur, à cheval sur la peau saine



Biopsie d'une tumeur

- Comment biopsier ?





PRURIT DU SA

Mme A., 83 ans, vit en EHPAD

- Traitée depuis 8 jours pour une pneumopathie
- ATCD
 - maladie d'Alzheimer, HTA, ostéoporose
- TRAITEMENTS
 - IEC, calcium-vit. D, hypnotique, Amoxicilline + ac. Clavulanique
- Adressée pour lésions de grattage depuis 7 jours



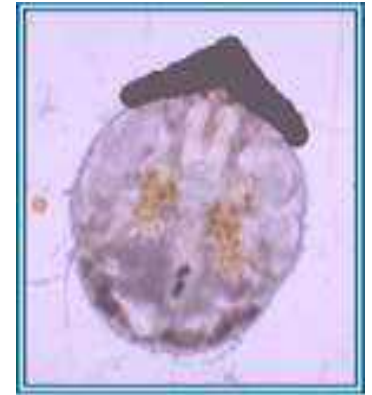
Vous la déshabillez !



LA GALE

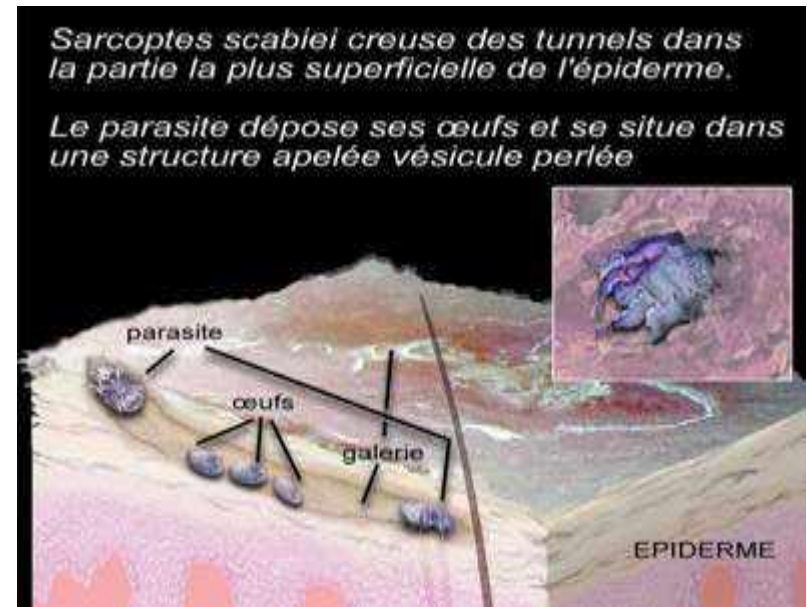
Quand faut-il y penser chez la personne âgée ?

- Tout le temps !!!
- Incidence en forte augmentation en France
- Risque d'épidémie en EHPAD



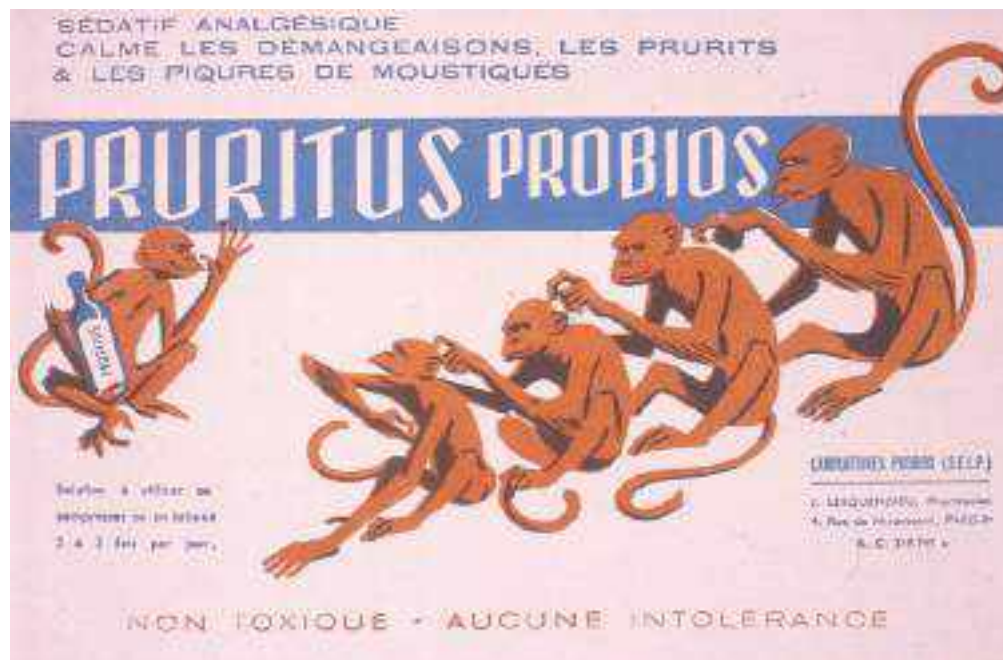
Quand faut-il y penser ?

- Prurit intense nocturne,
respect visage ++
- Sillons espaces inter-digitaux,
faces antérieures des
poignets, zones axillaires,
aréoles, OGE...
- Vésicules, nodules
- Stries de grattage,
eczématisation
- Impétiginisation...



La gale : ce qu'il ne faut pas faire ?

- Ne pas y penser : et donc pas de mesures d'isolement en institution...
- Appliquer des dermocorticoïdes



La gale : les premières mesures ?

- Isoler le patient
- Mettre gants non stériles et sur-blouse lors contact
- Si forte suspicion clinique : traitement d'épreuve
- Si infection ou eczéma : les traiter donc discuter une ...hospitalisation



GALE : Le pense bête

- Hospitalisation pour traitement ?
- **J0 : ttt local + Stromectol** cp à 3 mg (peuvent être écrasés)
 - 51-65 Kg : 4 cp
 - 66-79 : 5 cp
 - > 80 Kg : 6 cp
- **J7 : ttt local + Stromectol**
- Traiter l'environnement et tous les contacts (ttt simultané famille, soignants, aidants ...)
- Puis émollients +++ voire dermocorticoïdes



Epidémie = 2 patients ou 1 patient + 1 soignant et < 6 semaines d'intervalle

TOPISCAB® 5% crème

(Permethrine)



- **Tube de 30 g : 2 tubes pour un traitement de 2 cures à J0 et J7**
 - Hypersensibilité aux chrysanthèmes ou autres astéracées
 - 1 application corps entier y compris le cuir chevelu et visage
 - **Préférer application le soir**
 - Ne pas appliquer sur les muqueuses, éviter le pourtour des yeux et des lèvres
 - **Insister sur les mains et organes génitaux externes**
- **Réappliquer sur les mains si lavage pendant le temps de pose**
- Laisser agir le traitement pendant **12H**

Traitement de la gale hyperkératosique

- **3 cures J0 + J7 + J14** avec mesures environnementales drastiques et traitement élargi des contacts
- si besoin traitement kératolytique (vaseline salicylée 10%)
- **traitement environnemental par acaricide indispensable**
- **mesures strictes d'isolement (sur-chaussures)**



Mme V., 84 ans

- ATCD
 - Démence, HTA
- Traitements
 - amlodipine,
 - prégabaline
 - Kardegic™
- PRURIT depuis 6 mois



Pemphigoïde bulleuse

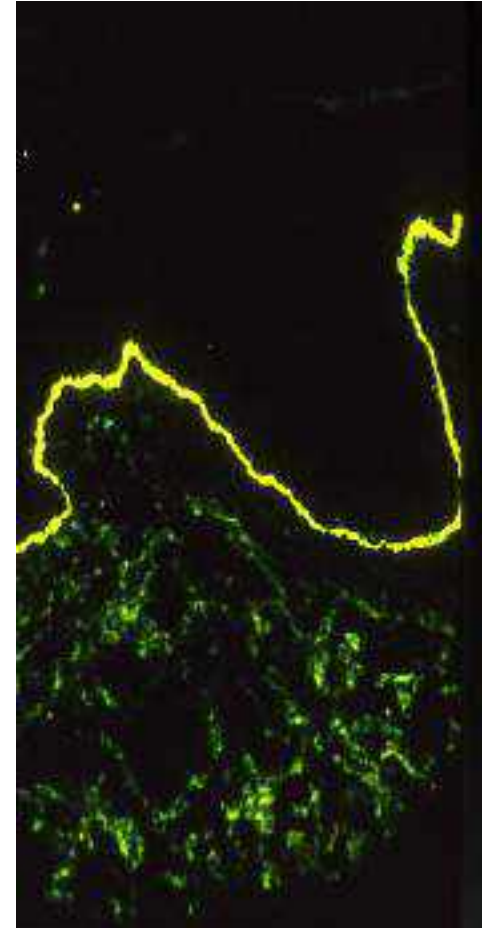
- DBAI (dermatose bulleuse auto-immune) sous épidermique acquise
- Sujet âgé
- Mortalité à 1 an de 20 à 40%
- 21,7cas/million d'habitant en 2012 en France
- En augmentation constante
- 20% fréquence des formes sans bulles :
 - prurit, urticaire, eczéma...



PB : Diagnostic

- ▶ AC circulant anti JDE (IFI)
(faible spécificité)
- ▶ dépôts IgG and/or C3
le long JDE (IFD)
- ▶ spécificité pas bien connue

Question: valeur d'une IFD + seule,
voire d'une IFI + devant une
éruption eczématiforme non
bulleuse ?





**Localisations
acrales....**

PEMPHIGOÏDE BULLEUSE SANS BULLE



PB urticarienne



PB eczématiforme





Pemphigoïdes bulleuses induites

- Plusieurs cas rapportés de PB induites par : diurétiques, cardiotropes, antibiotiques...
- 2 Etudes françaises multicentriques cas-contrôle
 - Diurétiques (spironolactone)
 - Neuroleptiques

Bastuji-Garin S, Arch Dermatol 1996 and J Invest Dermatol. 2011

- ✓ Cas PB induites par **antidiabétiques classe des gliptines**
1 à 12 mois après introduction, Régression après arrêt

Béné J et al. Fundam Clin Pharmacol. 2014; Attaway A et al J Dermatol Case Rep. 2014

Aouidad I et al. JAMA Dermatol. 2013 ; Scandalis K et al J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012

Traitement de 1^{ère} intention de la PB depuis 2002

- Propionate de clobetasol DERMOVAL[®] ou CLARELUX crème[®]
 - M1 : 10 à 30 g/j (1 tube = 10 g)
 - M2 : 1j/2
 - M3 : 2 fois/semaine
 - M4 : 1 fois/semaine
 - 10 g PB localisée/ 20 g PB diffuse pauci-bulleuse/ 30 g PB diffuse multi-bulleuse
- 1 à 2 applications par jour
- Sur l'ensemble du corps y compris les bulles et érosions sauf le visage
- Efficacité de 90-100% des cas

“Acte remboursé par assimilation à un pansement complexe et lours après entente préalable au titre des articles 4 et 7”



Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS)
Pemphigoïde bulleuse

Texte du PNDS

Centre de référence des maladies bulleuses auto-immunes

Avril 2020

- **Corticothérapie locale de classe 4** : toujours de 1^{ère} intention quelque soit la sévérité, 4 à 12 mois, risque de rechute important si arrêt précoce
- **Association méthotrexate et corticothérapie locale en première intention**: diminution des rechutes, population à cibler. (MTX 10 à 15 mg /semaine)
- **Corticothérapie orale (prednisone 0,5 mg/kg/jour) en 1^{ère} intention** : efficace seulement dans les formes paucibulleuses
- **Tétracyclines** : si contre-indication au MTX et à la corticothérapie générale, impossibilité de réaliser une corticothérapie locale au long cours, ou cortico-dépendance (doxy 200 mg/j)
- **Indication du rituximab et de l'omalizumab pas clairement établies**
 - Omalizumab : contrôle rapide des PB résistantes, peu d'effets indésirable
 - Rituximab : pour les formes résistantes, nécessité d'un traitement d'entretien
- **Immunoglobuline IV/ immunoabsorption** : contrôle rapide des PB sévères et/ou résistantes en association, pas de bénéfice sur la rémission complète à moyen et long terme

Informations / suivi

Centres de référence des maladies bulleuses auto-immunes

Guide d'information sur la pemphigoïde bulleuse et ses soins



à destination des professionnels de santé (en particulier aux infirmières).

Centres de référence des maladies bulleuses auto-immunes

Guide d'information aux patients



LA PEMPHIGOÏDE BULLEUSE

Centres de référence des maladies bulleuses

ÉTIQUETTE PATIENT

CARNET DE SUIVI DE LA CORTICOTHERAPIE LOCALE

PRESCRIPTION

DATE	APPLICATION	CONSERVATION
JANVIER	... tube(s) le matin	
	... tube(s) le soir	
FEBVRIER	... tube(s) le matin	
	... tube(s) le soir	
MARS	... tube(s) le matin	
	... tube(s) le soir	
AVRIL	... tube(s) le matin	
	... tube(s) le soir	
MAY	... tube(s) le matin	
	... tube(s) le soir	
JUIN	... tube(s) le matin	
	... tube(s) le soir	
JUILLET	... tube(s) le matin	
	... tube(s) le soir	
AOUT	... tube(s) le matin	
	... tube(s) le soir	
SEPTEMBRE	... tube(s) le matin	
	... tube(s) le soir	

*Mauvaise observance des applications des Dermoval :
x 4,5 risque de rechute*

M. J, 92 ans

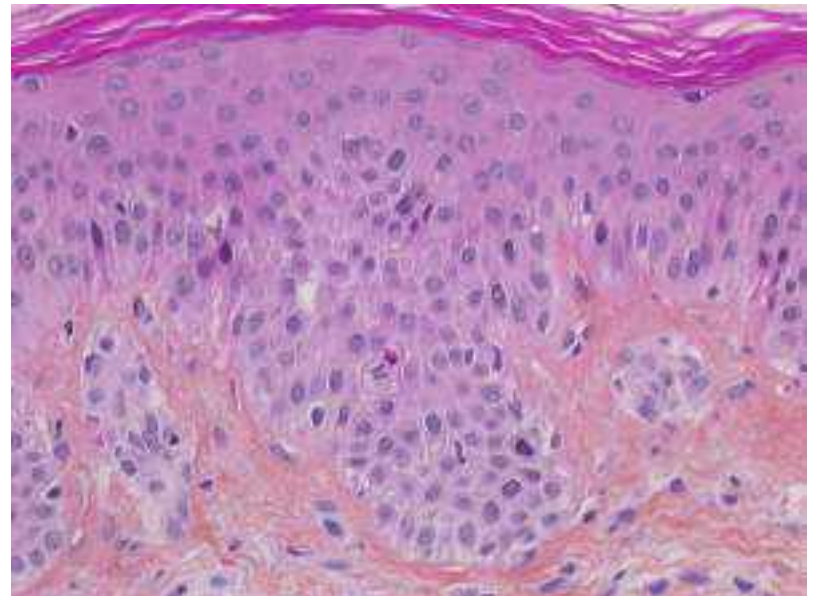
- Pas d'ATCD atopique
- **HTA**
- **Insuffisance coronarienne** (2 stents)
- **Insuffisance cardiaque**
- **insuffisance rénale** (cl=38 ml/min)
- Lasilix, Plavix, Ikorel, chrono-adalate, Risordan, Temerit , Lexomil, Duspatalin

- Éruption eczématiforme **depuis 6 mois**:
 - tronc, dos, épaules, membres
 - respect visage et mains
- **Prurit intense +++**
- Pleure pendant la consultation, menace de se suicider...



- **Histo**: spongieuse, aspect d'eczéma subaigu, qq nécroses kératinoctaires éparses, pas d'aspect de mycosis fongoïde
- **IFD et IFI** : négatives pas de PB
- **Pas de clone T** en BM pas de lymphome

- **NFS** éosinophilie 850 / mL
- **IgE totales**: Nles



Traitement en cours : 8

- **Médicaments récemment introduits : 3**

- Lasilix/Furosémide (diurétique de l'anse) : depuis 3 mois
- Plavix/Clopidrogel (anti-agrégant plaquettaire) : depuis 6 mois
- Ikorel/Nicorandil (anti-angoreux): depuis 6 mois

- **Médicaments anciens: 5**

- Chronoadalate/Nifédipine (inhibiteur calcique) : depuis 3 ans
- Risordan/Dinitrate d'isosorbide (nitré) : depuis 10 ans
- Temerit/Nebivolol (beta-bloquant) : depuis 10 ans
- Lexomil/Bromazepam et Duspatalin/Mébévérine : depuis des siècles....

La suite de l'histoire...

- Mis initialement par son MT sous Locoid puis Diprosone: pas d'effet
- Mis sous Dermoval 2 tubes / jour: effet brillant en une semaine, puis récurrence immédiate du prurit dès la décroissance des doses
- Le cardio arrête le lasilix et le remplace par le burinex : pas d'effet
- Le cardio essaye d'arrêter le burinex:
 - **OAP** une semaine après l'arrêt (Dermoval avait été repris à forte dose du fait de la récurrence de l'éruption....)

La suite de l'histoire...

- Essai d'arrêt de chronoadalate (inhibiteur calcique) : pas d'effet
- Récidives de l'éruption lors de la décroissance du Dermoval :
 - OMI assez importants malgré le régime sans sel et le tt diurétique
 - purpura de Bateman



La suite de l'histoire...

- **Malade persuadé de la responsabilité du PLAVIX / Clopidrogel ...**
 - L'arrête de lui-même (sans le dire à personne) :
 - Disparition du prurit en une semaine et nette amélioration de l'éruption en un mois, mais....

Lors d'une représentation à la Scala de Milan:

- Douleur thoracique, nouveau **syndrome de menace**
- Reprise du Plavix....
- **Récidive quasi immédiate (48h) du prurit et des démangeaisons**
- Retour à la case départ



Quel traitement proposeriez vous?

1- Traitement +/- continu par Dermoval ?

Difficile : effet secondaires : atrophie cutanée, OMI, Insuffisance cardiaque

2- Diprosone™ : *ne marche pas*

Protopic™ : *difficile vu la surface, souvent peu efficace*

3- Photothérapie (UVB)

- peau très inflammatoire mauvaise tolérance probable*
- 92 ans, insuffisance cardiaque, déplacements...*

4- Méthotrexate ? *92 ans, insuff rénale (Cl créat < 40ml/mn)*

Traitement proposé

- **Méthotrexate** malgré les 92 ans et l'insuffisance rénale
 - débuté à la dose de 1 cp/ 10jours (2,5 mg):
 - amélioration mais nécessité persistante de dermocorticoïdes
- Excellente tolérance, donc....
- Augmentation à 1 cp/semaine, puis **2 cp/ semaine (5 mg) :**
GUERI
 - sevré en dermocorticoïdes depuis 18 mois
 - excellente tolérance... (en attendant une mauvaise grippe)
- Peu de littérature sur le sujet
 - Dose moyenne de MTX pour obtenir une RC: 10mg/semaine
 - Certains parfois contrôlés avec des doses beaucoup plus faibles (2,5 à 5mg/ semaine)

Experience with low-dose methotrexate for the treatment of eczema in the elderly. Shaffrali et al. J Am Acad Dermatol 2003; 48:417-9.: 5 patients

Low doses of methotrexate for the treatment of chronic eczema in the elderly. F Tetart, P Joly JEADV 2010

Prurit lié aux médicaments

Opioïdes : prurit chez 2–10% des patients traités

- Incidence du prurit augmente avec les doses d'opioïdes
- Prurit du nez, visage, généralisé

Médicaments responsables de prurit

- Chronologie : arrêt du prurit à l'arrêt du médicament et récurrence en cas de réintroduction
- Exclusion des autres causes de prurit ++++
- Origine médicamenteuse sous-estimé chez la personne âgée (à tort prurit « sénile »)
- Poly-médicaments : plus de risque de prurit (métabolisme réduit ou interactions médicamenteuses)

Prurit lié aux médicaments

MECANISMES :

- Lésions cutanées induites
- Cholestase induite
- Xérose
- Dépôts du médicament ou de ses métabolites
- Phototoxicité
- Troubles neuro-induits

Prurit lié aux médicaments

Prurit sans lésions dermatologiques spécifiques

- Antihypertenseurs
- Statines (xérose cutanée explique le prurit secondaire)
- Antiarythmiques
- Hypoglycémiants par voie orale
- Psychotropes

Mr C, 82 ans

- **HTA**
- **Insuffisance cardiaque**
- **insuffisance rénale (cl=38 ml/min)**
- Lasilix, chronoadalate, Temerit

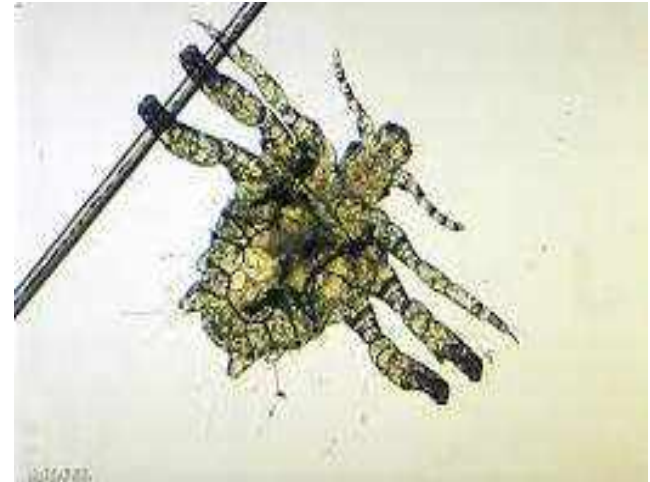
- **Eruption eczématiforme depuis 1 mois:**
 - Haut du dos, épaules
 - respect visage et mains et reste du corps
- **Prurit intense +++**





La pédiculose du cuir chevelu

- La plus fréquente des pédiculose
- Aussi chez les PA
- Transmission le plus souvent contact direct
- Prurit localisé région occipitale mais aussi temporale
- Les lentes vivantes sont visibles (foncées) proches du cuir chevelu
- Les poux mobiles moins nombreux (10/tête) : difficile à voir



Traitement des pédiculoses

- Forme lotion >> shampooing
- Pas d'AMM, non remboursé
- Choisir un produit lenticide et pédiculicide
 - Pyréthrine de synthèse (Item)
 - Organophosphoré malathion (Prioderm)
 - Pyrethrine de synthèse et butoxyde de pyperonyle (Itax malation, Parasidose)
 - Dimeticone



Poux en EHPAD

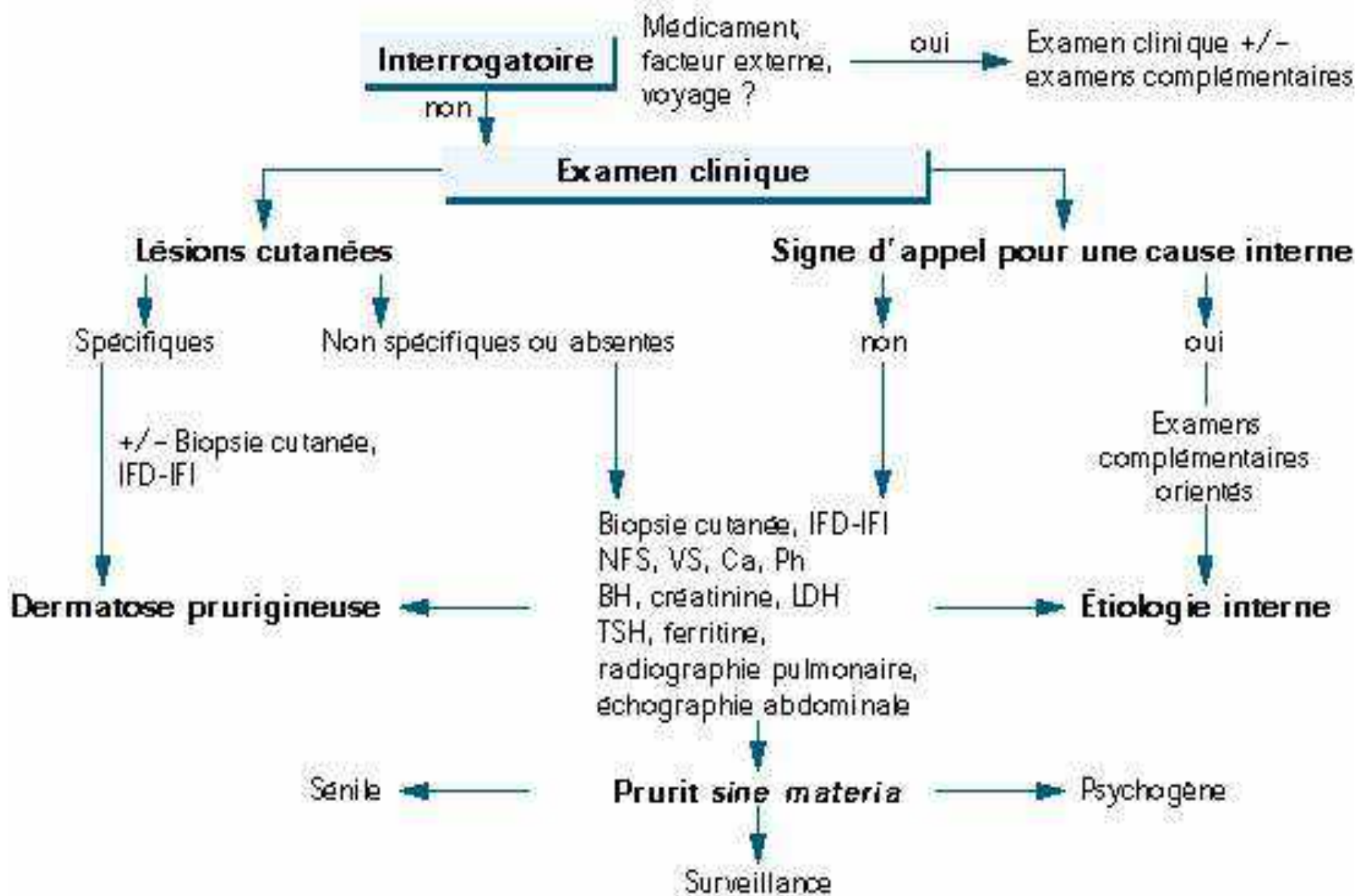
- Charlotte sur la tête entre les 2 cures de 10 jours
- Linge (oreillers, taies...) lavé à 60° (vêtement portés dans les 3 jours précédant le diagnostic ou passé au sèche linge à 60° pendant 30 mn ou enfermé en sac 3 jours sans insecticide
- Peigne et brosse 15 mn à 60°
- Nettoyage chambre classique



Bilan prurit sans lésion dermatologique chez le sujet âgé

- NFS
- Créatinine
- BHC : Phosphatase alcaline + Gamma GT
- TSH
- Radio pulm
- Echo abdo

**Recherche d'anticorps anti-membrane basale et biopsie cutanée
pour immunofluorescence cutanée directe : à discuter ...**



Prurit de la personne âgée : mesures générales

- Couper les ongles courts
- Toilette à l'eau froide ou tiède
- Pain surgras, syndets
- Émollient – hydratant
- Éviter irritants (antiseptiques, eau de cologne, nettoyeurs sans rinçage..) et anti-inflammatoires stéroïdiens ou non
- Éviter toilettes trop fréquentes, bains
- Éviter nylon, laine, vêtements trop serrés
- Éviter chauffage excessif et chaleur

Prurit de la PA : prise en charge locale

- Remplacer le grattage par application de topiques
 - Pruritol, Atopicontrol Intensive, Sensinol, Xeracalm, SOS atopy control, Sedacalm, gel de calamine, Lipikar AP+, Sedagel, ...
- Effet placebo+++ 30 à 70% sur le prurit
- Suggestion verbale +++
- Traitement topique > systémique
 - Corticoïdes locaux que si dermatose inflammatoire
 - Tacrolimus topique (Protopic®) pimecrolimus (Elidel®)
 - Anesthésiques locaux Versatis® (zona)
 - Capsaïcine (pas en France, préparation magistrale à 8%) ou en patch (Qutenza®) si prurit neuropathique localisé

Prurit de la PA : prise en charge générale

- UVA, UVB pas très gériatrique compatible
- Antihistaminiques: partiellement ou totalement inefficaces
- Naltrexone (Revia[®]) 1cp/j (AMM alcoolisme)
- Gabapentine (Neurontin[®]) , prégabaline (Lyrica[®]) : prurits neurogène augmenter progressivement les doses
- Inhibiteur de la calcineurine : Neoral[®]
- Psychotropes : Atarax[®], Quitaxon[®], Cymbalta[®] ou Prozac[®], Deroxat[®], Zoloft[®] : *attention effets secondaires chez personne âgée !*
- Acupuncture, crénothérapie, relaxation, hypnose, psychothérapies, musicothérapie ou même placebos...
- Perspectives ttt : topiques ou systémiques...Dupilumab etc...

Prurit de la personne âgée, en résumé !

- Eliminer
 - **Gale +++ (et poux)**
 - Pemphigoïde bulleuse
 - Lymphomes cutanés T
 - Médicaments
 - Causes métaboliques (rein, foie)

Prendre en charge la sècheresse cutanée ++++



QUELQUES AUTRES DERMATOSES FRÉQUENTES

La dermatose érosive et pustuleuse de jambe DEPJ

- Fréquent
- Parfois uniquement érosif (ulcère superficiel)
- Associé à l'insuffisance veineuse et parfois la compression
- Traitement : corticoïdes locaux
++++
- Récidivant



Évolution



La dermatose érosive et pustuleuse de jambe (DEPJ) : forme érosive



Les intertrigos des EIDP

- Les chercher
- Les traiter
- Parce que c'est une porte d'entrée d'érysipèle, comme l'ulcère de jambe et un risque de pathologies en cascade...
- Parce que c'est parfois inconfortable pour le patient
- Attention pas d'imidazolé si AVK, AOD, AAP (Mycoster > Lamisil)

