الجمعية المغربية لأمراض الجلد
Société Marocaine de Dermatologie

32ème CONGRES NATIONAL DERMATOLOGIE



THÈMES :
ONGLE CICATRISATION
DERMOSCOPIE

24 - 26 Octobre 2019
Marriot Jnan Palace - Fès

Table des matières

Mot de la présidente

Comité d'organisation

Conférenciers

Programme du XXXII^{ème} congrès national au Mariott- Jnan deFès

Résumés des communications orales du forum des résidents

Résumés des conférences

Résumés des FMC

Titres et numéros des posters acceptés



Mot de la présidente

Très cher(es) Dermatologues,

Le 24, 25 et 26 Octobre, jour de la célébration de la 32ème année de la création de la SMD, en 3 décennies notre communauté a grandi et compte plus de 500 dermatologues. C'est notre fierté qu'est la SMD et les dermatologues venant de toutes les régions du royaume vont pouvoir partager leur savoir et leurs expériences. En effet, la tribune de la SMD sera un espace d'expression des dermatologues de tous les secteurs universitaire, santé publique et secteur privé. C'est aussi un espace de compétition des jeunes résidents.

Nos relations avec d'autres sociétés savantes seront aussi à l'honneur et pour cette année l'IMCAS-international sera notre hôte. De même, nous accueillerons des leaders mondiaux dans plusieurs domaines : en dermoscopie, un des fondateurs de l'IDS sera parmi nous ; d'autres en laser, cicatrisation et pathologie unguéale. A l'occasion de ces 32èmes journées, de nouveaux concepts seront discutés tel que la myomodulation.

L'industrie pharmaceutique et dermocosmétique sera aussi présente pour révéler ses dernières découvertes dans le domaine de la Dermatologie médicale et esthétique.

Tout cela et bien d'autres surprises se tiendront dans une ville millénaire qui abrite 12 siècles d'histoire du Maroc et de l'humanité et elle sera très honorée de vous faire découvrir ses trésors. On ne peut parler de la ville de Fès sans évoquer la ville de Meknès l'ismaélienne qui se fera une joie de vous révéler ces sanctuaires tant ceci dans une ambiance de chant et d'humour.

Nous vous attendons, soyez au rendez-vous …….

Pr MERNISSI Fatima Zahra

Présidente de la Société Marocaine de Dermatologie



Comité d'organisation

FZ. Mernissi : Présidente de la Société Marocaine de Dermatologie.

A. Said : Vice-président de la Société Marocaine de Dermatologie.

S. Gallouj : Secrétaire général de la Société Marocaine de Dermatologie.

A. Rakib : Secrétaire général adjoint.

H. Baybay : Trésorière.

S. Benkirane : Trésorier adjoint.

S. El Kadiri : Résidente au service de Dermatologie Vénérologie de Fès.

S. Mrabat : Résidente au service de Dermatologie Vénérologie de Fès.

F. Cadi: Secrétaire de la SMD.

Conférenciers



Ashraf Badawi



Awatef Kelati



Eckart Haneke



Fatima Zahra Mernissi



Fatima Zahra Belgnaoui



Hanane Bay Bay



Harald Kittler



Frédéric Cambazard



Khaled Turki



Leila Benzekri



Joelle Nonni



Hugues Cartier



Mohamed
Ait Ourhoui



Mariem Bounouar



Jalal El Bennaye



Meriem Soughi



Kaoutar
Zinelabidine



Karima Senouci



Karim Cherti



Kaoutar Zouhair



Marie Pierre
Loustalan



Marie Jourdan



Nadia Ismaili



Nadia Akellal



Nada Zizi



Ouafa Hocar



Pierre –André Becherel



Radia Chakiri



Rim Chraibi



Rémi Maghia



Siham Chiheb



Said Amal



Siham Dikhaye



Salim Gallouj



Sara Elloudi

Mohamed El Jazouli

Marieme Meziane	Hakima Benchikhi	Fatima Zahra Agharbi	Fouzia Hali
Hanae Ziat	Fatima Zahra El Fatoiki	Fadoua Allali	

Programme du XXXIIème Congrès National

Mariott- Jnan Fès

Le 24- 25- 26 Octobre 2019

Jeudi 24 Octobre 2019

8h00 : Inscription

Modérateurs : J. El Bennaye, FZ. Mernissi, K. Senouci, S. Chiheb,

S. Amal, S. Dikhaye

08h30 - 10h 30 : Forum des résidents

10h30 - 11h00 : Pause-café

11h00- 12h30 : Arrêt sur image

Modérateurs : H. Benchikhi, N. Ismaili, M. Ait Ourhoui, D. compos

Orateurs : H. Benchikhi, M. Ait Ourhoui, S. Amal, L. Benkekri, N. Ismaili,

S. Dikhaye, K. Cherti, FZ. El Fatoiki, F. El Haddadi, A. Kelati

11h00 - 11h 45 : Challenge diagnostic

11h45 - 12h30 : Challenge thérapeutique

12h30- 13h00 : Symposium BIODERMA **R.Maghia**
Les laboratoires IPHADERM : Actualités sur la pigmentation
13h00 : Déjeuner

14h30- 18h00 : Table ronde ongle

Modérateurs : S. Gallouj, S. Chiheb, E. Haneke, H. BayBay

14h 30 - 14h 35 : Introduction **S.Chiheb**

14h 35 - 14h 55 : Onychomycose, formes cliniques et diagnostic différentiel **S. Gallouj**

14h 55 - 15h 15 : Onychomycose, comment je traite ? **S. Chiheb**

15h 15 -15h 35 : CAT devant une onycholyse. **S. Gallouj**

15h 35 -16h00 : Bande mélanonychique, quand faut- il s'inquiéter ?
E. Hanecke

16 h00- 16h 30 : Pause -café

16H 30- 16h 50 : Ongle incarné, quelle prise en charge en 2019
E.Hanecke

16h 50 - 17h05 : Ongle incarné, complications post chirurgicales **S. Chiheb**

17h 05 - 17h 15 : Discussion

17h 15 -18h00 : Florilège de cas cliniques **S.Chiheb, S.Gallouj, E.Hanecke**
Présentation du livre sur les lésions élémentaires en onychologie

18h00-18h30 : Symposium FOTONA : la Dermatologie Esthétique Artistique avecle FOTONA SP DYNAMIS **A. Badawi**

18h30-19h00 : Symposium ISIS Pharma : La prise en charge de l'hyperpigmentation faciale :Expérience en Outre-Atlantique **E. Ghorayeb**

19h00 : Cocktail dinatoire

Vendredi 25 Octobre 2019

8h30 - 9h30 : Table ronde Myomodulation
Modérateurs : H. Lakhdar, S. Amal, FZ.Belgnaoui, R. Chakiri

08h 30- 08h 50 : Principe de la Myomodulation **M-P Loustalan**

08h50- 09h 05 :Myomodulation en pathologie médicale **M-P Loustalan**

09h05 - 09h15: Myomodulation en esthétique **M-P Loustalan**

09h15 - 09h30 : Discussion

09h30 - 10h00 : Pause - café

10h00 - 10h30 : Symposium Novartis : Biothérapies et psoriasis : de la théorie à la pratique **F. Cambazard**

10h30 - 11h00 : Symposium Novartis : Rhumatisme psoriasique en pratique **F. Allali**

11h00 -12h30 : Assemblée générale

12h30 - 14h30 : Déjeuner

<u>14h30 – 16h00 : Table ronde Cicatrisation - Session IMCAS Alert</u>
Modérateurs : B. Hassam, M. Bennaoui, N. Akellal

14h 30 - 14h45: How to treat Eyelid pathology and to prevent scars in this area?(Laser/ combinedtherapy) **A. Badawi**

14h45 - 15h00 : Prévenir une cicatrice pathologique en chirurgie dermatologique **J. El Bennaye**

15h00 -15h15: Cicatrices post traumatiques et chirurgicales: Laser/IPL/traitements combinés **H. Cartier**

15h15 - 15h30: Treatment of acne scars in dark skin **A. Badawi**

15h30 -16h00 : IMCAS Alert-SMD: Gestion des cicatrices post interventionnels (lasers / chirurgie à travers des cas cliniques **H. Cartier, FZ. Mernissi, H. BayBay**

16h00 -16h30: Pause-café

16h30 -18h00: Workshops - Industrie Pharmaceutique

Atelier Laser: FOTONA

Quid des procédures de rajeunissement au laser FOTONA SP

DYNAMIS **A. Badawi**

Les pros du Laser: Tout ce que vous voulez savoir sur les indications Laser En Dermatologie. **A. Badawi**

Atelier Comblement: Restylane – Galderma Improving the skin quality with the original Skinbooster Restylane – Galderma**. FZ. Belgnaoui**

Atelier Pierre Fabre : Camouflage Médical.**J. Nonni**

Atelier Janssen : Place de la biothérapie dans la prise en charge du psoriasis et sa gestion dans la pratique : illustré par des cas cliniques de différentes situations de la vie réelle.**P-A. Becherel**

Samedi 26 Octobre 2019 : Journées FMC et ateliers

08h30 - 10h00

FMC 1 : Dermoscopie I: H. Kittler , F-Z. Mernissi, H. Baybay, M. Bounouar,A. Kelati, K. Zinelabidine

- Dermoscopie de base
- Lésions pigmentées de la face
- L'entomodermoscopie
- L'inflammoscopie
- Quiz

FMC 2: Capillaire: M. Meziane, S. Gallouj, H. BayBay, R.Chraibi

- L'alopécie des cils et sourcils **H BayBay**
- L'alopécie frontale fibrosante **R. Chraibi**
- La trichotillomanie **S. Gallouj**
- Quoi de neuf en pathologie capillaire en 2019 **M. Meziane**

FMC 3 : Psoriasis et maladies inflammatoires : S. Amal

- Diagnostic des maladies systémiques à partir des signes dermatologiques
- Cas clinques
- Gestion des médicaments systémiques dans les dermatoses inflammatoires et les maladies systémiques

FMC 4 : Acné: H. Benchikhi, M. El Jazouli, F.-Z. Agharbi

- Signes dermatologiques du syndrome des OPK
- Acné : Diagnostic différentiel
- Acné : Actualités thérapeutiques

FMC 5 : Bulles et muqueuses F. Hali, N. Zizi, K. Senouci

- Diagnostics différentiels des dermatoses bulleuses auto-immunes
- Cas cliniques
- Quoi de neuf dans le pemphigus

10h00 - 10h15: Pause-café

10h15-12h00

FMC 6 : Dermoscopie II H. Kittler, S. Elloudi M. Soughi, H. Ziat, R. Chakiri

- Dermoscopie des muqueuses
- Les tumeurs kératinisantes
- Les alopécies cicatricielles
- Les alopécies non cicatricielles
- Les tumeurs annexielles
- Quiz

FMC 7 : Oncodermatologie F. Hali, S. Elloudi,K. Zinelabidine, R. Chakiri, A. Kelati

- La gestion des effets secondaires de la chimiothérapie.
- La gestion des effets secondaires des thérapies ciblées.
- Les radiodermites, prévention et prise en charge.
- L'approche thérapeutique des kératoses actiniques.
- Mycosis fongoïde versus Vitiligo inflammatoire : corrélation anatomo-clinique

FMC 8 : Dermatologie pédiatrique O. Hocar, N. Ismaili

- La dermatologie néonatale
- La dermatologie infectieuse de l'enfant
- La dermatologie inflammatoire de l'enfant et l'adolescent

FMC 9 : Troubles pigmentaires L. Benzekri, M. Meziane, H. BayBay

- Cas cliniques interactifs
- Principaux diagnostics et de leur prise en charge.

FMC 10 : Dermatologie esthétique FZ. Belgnaoui, R. Chraibi

- Esthétique du visage et du cou : analyse artistique et éléments de choix thérapeutique**.**
- Toxine botulinique pour le « upper face »: de l'anatomie à la technique.
- Acide hyaluronique pour le « upper face »: de l'anatomie à la technique

FMC 11 : Laser : K. Zouhair, H. Cartier, S. Dikhaye, K. Turki

- Laser pigmentaire
- Laser vasculaire et épilatoire
- Cicatrices

12h15 - 13h00 : Symposium L'Oréal- Maroc

13h00 - 14h30: Déjeuner

14h30 - 19h30 : Programme socio-culturel (détails page suivante)

20h30 - 00h30 : Diner de clôture avec :

- Le talentueux humoriste **EKO** et animé par **Mr Hicham Benjelloun** Chada-FM
- Musique : **الجوق البريهي برئاسة العطار أنس**
- Remise de prix poster / Lauréats 2018 - 2019
- Hommage DERMA – Maroc /SMD
- Autres surprises

PSC 1 : Tour Culturel
Circuit d'une durée de 4 h à partir de 14h30
Transferts depuis et vers l'hôtel
Points d'accès : Oued Zehoul –R'Cif
Sites à visiter : Quartier des Tanneurs chouara /Place Seffarine/ Medersa Seffarine /Mosquée Quaraouine /Medersa Attarine/ Complexe Nejjarine /Mausolée Moulay Idriss/ Fondouk Chemmaine /El Aouadine / Place R'Cif.

PSC 2 : Tour Jardin Andalous
Circuit d'une durée de 4 h à partir de 14h30
Transferts depuis et vers l'hôtel
Points d'accès : JnanSbil – Borj Nord
Sites à visiter : Jardin JnanSbil /café Naoura avec Verre de thé / BabBoujloud / MederssaBouanania /Fondouk Restauré/Palais Glaoui/ vue panoramique Borj Nord.

PSC 3 : Hénna& Atelier Calligraphie avec ambiance aissawa
Durée de 3 h à partir de 15h
Transferts depuis et vers l'hôtel
Points d'accès : BabJedid – BabJedid
Site: Riad El Amine ou similaire

PSC 4 : Volubilis &My Driss Zerhoun
Circuit d'une durée de 4 à 5 h à partir de 14h30
Transferts depuis et vers l'hôtel.
Points d'accès & Sites à visiter : Volubilis &My Driss Zerhoun

PSC 5 : Meknès
Circuit d'une durée de 4 à 5 h à partir de 14h30
Transferts depuis et vers l'hôtel.
Points d'accès & Sites à visiter : Palais Imperial Dar Al Makhzen /Porte Bab El Mansour /Le Mausolée Moulay Ismail/Bassin de l'Agdal /les souks

Résumés des communications orales du forum des résidents

La cytostéatonécrose néonatale : une nouvelle observation

F.Amaaoune : R.Chakiri

Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Introduction

La cytostéatonécrose du nouveau-né (CSNN) est une hypodermite aigue qui apparaît entre la première et la sixième semaine de vie. C'est une affection généralement bénigne. Nous rapportons une observation de cytostéatonécrose néonatale chez un nouveau-né à J26 de vie.

Observation

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe féminin à J26 de vie, né à terme par césarienne pour une souffrance fœtale aigue avec un poids de naissance de 4, 600kg. Le nouveau-né avait présenté à J17 de vie des lésions cutanées au niveau de dos constatées par les parents. L'examen général trouvait un nouveau-né stable sur le plan hémodynamique et respiratoire et apyrétique. L'examen dermatologique notait la présence de placards sous-cutanés indurés, légèrement douloureux, de couleur rouge-violine, avec sensation de nodosités sous cutanés, siégeant au niveau du dos, les fesses et les grandes lèvres. Ce placard induré a été associé à une masse superficielle rénitente, mesurant 4cm/4cm, siégeant au niveau des parties molles dorsales médianes. Devant cet aspect clinique le diagnostic de cytostéatonécrose compliqué d'abcès des parties molles a été évoqué. La prise en charge était d'hospitaliser le nouveau-né en unité de néonatologie, surveillance de l'état hémodynamique et de la température, faire un bilan biologique notamment une calcémie avec une échographie des parties molles pour préciser la nature de la masse dorsale. Le bilan biologique montrait une calcémie normale à 100 mg/l. L'échographie des parties molles objectivait une masse superficielle sous cutanée, bien limitée de contours réguliers d'échostructure hyperéchogène avec des travées fortement hyperéchogène. Non vasculaire au doppler couleur rappelant le tissu graisseux. Un suivi de nouveau en consultation a été proposé tant que les lésions cutanées persistent avec surveillance de la calcémie chaque mois.

Discussion

La CNSS du nouveau-né est une panniculite rare. Elle survient chez le nouveau-né à terme ou post terme, macrosome, aux antécédents d'hypoxie, d'hypothermie, d'extraction instrumentale ou de césarienne. La CSNN se manifeste par des nodules sous cutanés douloureux avec placards érythémateux comme c'était le cas chez notre patient, apparaissent en moyenne quatre jours après la naissance sur la face, les fesses, le tronc ou la racine des membres. Il s'agit de panniculite lobaire avec nécrose des adipocytes. La complication majeure est l'hypercalcémie, pouvant conduire à des complications cardiaques, neurologiques ou rénales parfois létales. Dans notre cas la calcémie était normale. Le traitement de la CSNN n'est pas codifié, il est essentiellement symptomatique (réchauffement, réhydratation). Le traitement conventionnel en cas d'hypercalcémie sévère associe une hyperhydratation avec du sérum salé isotonique, des diurétiques hypercalciuriants, et un régime pauvre en calcium et en vitamine D. Notre patient n'avait pas de complication et notre conduite était de surveiller le patient sur le plan clinique et de surveiller sa calcémie.

Conclusion

La cytostéatonécrose néonatale est une affection bien décrite mais rarement rencontrée en pratique courante. Elle est généralement d'évolution bénigne, mais nécessitant une surveillance prolongée de taux de calcium pour déceler une hypercalcémie parfois menaçant le pronostic vital.

Intérêt de la dermoscopie dans la pathologie de cuir chevelu : résultats préliminaires

I. Al faker, F. Marraha, S. Gallouj

Service de dermatologie-vénéréologie CHU Tanger, Université Abdelmalek Saadi, Tanger

Introduction

La pathologie de cuir chevelu reste un motif fréquent de consultation de dermatologie, la trichoscopie a pris actuellement le dessus dans le diagnostic et l'orientation étiologique de certaines pathologies de cuir chevelu et des poils.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective menée au service de dermatologie CHU Tanger de 04 mois entre juin et septembre 2019 incluant tous les patients venus en consultation pour un problème de cuir chevelu. L'évaluation dermoscopique a été faite chez tous les patients. Nous avons colligé 18 cas et l'étude est encore en cours.

Résultats

L'âge moyen de nos patients est de 25,6 ans (de 4 à 65 ans) avec une nette prédominance féminine. Plusieurs aspects cliniques étaient observés : plaque alopécique unique et multiple, lésions squameuses de cuir chevelu, plusieurs plaques alopéciques inflammatoires et squameuses, aspect d'alopécie clairsemée, poils très courts, alopécie frontale, perte de cheveux et effluvium télogène. Différents aspects et signes étaient retrouvés à la trichoscopie : poils fourchues en V avec foyers d'hémorragie par endroit et cheveux dystrophiques, poils en virgule, duveté, signe d'Auspitz, squames, taches blanc-nacrées, points d'exclamation, anisotrichie avec des signes péripilaires, absence d'orifices folliculaires, isotrichie avec diminution de la densité et des poils en repousse. Et l'étude est en cours.

Discussion

La trichoscopie est une méthode de plus en plus utilisée dans la pratique courante, elle facilite le diagnostic de plusieurs pathologies de cuir chevelu en montrant des signes spécifiques de chacune, comme le signe d'Auspitz qui est pathognomonique de psoriasis ; Par ailleurs, elle a pu faire la différence entre trichotillomanie, pelade, teigne, effluvium télogène et alopécie androgénique en étant tous des diagnostics étiologiques de perte de cheveux et des plaques alopéciques, sans oublier son intérêt dans l'orientation de biopsie de cuir chevelu en précisant les parties actives où il y'a encore de l'inflammation - le lichen pilaire – par exemple.

Conclusion

La trichoscopie est une technique simple, pratique, non-invasive et surtout peu coûteuse. Notre étude montre son intérêt dans le diagnostic de différentes pathologies.

La fièvre boutonneuse méditerranéenne et l'impact des facteurs climatiques : étude rétro-prospective à propos de 91 cas

I.Anouar, A. Machan, M.Khalidi, N. Baba, R.Frikh, N.Hjira

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

Introduction

La fièvre boutonneuse méditerranéenne (FBM) est une maladie infectieuse due à Rickettsia Conorii spp. et transmise à l'homme par la tique brune du chien, Ripicephalus (Rh) sanguineus. Elle sévit sur le mode endémique en Afrique du nord et dans d'autres régions du pourtour méditerranéen, du début de l'été à la moitié de l'automne. Nous avons constaté durant l'été 2017 une forte augmentation du nombre de cas enregistrés en comparaison à l'incidence habituelle. L'intérêt de ce travail est de discuter les facteurs impliqués, notamment climatiques.

Matériel & Méthodes

L'étude a été menée au service de dermatologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat, sur une durée de 13 ans et s'est déroulée en 2 étapes :

- Une première étape : prospective, de mai à octobre 2017, durant laquelle on a recensé tous les patients suspects de FBM dans notre formation. Le critère d'inclusion été un score de Raoult > 25.
- Une deuxième étape : rétrospective et analytique, de mai 2005 à octobre 2016, durant laquelle on a répertorié tous les cas confirmés de FBM chaque année ainsi que les données météorologiques enregistrées. Ces données concernaient 2 paramètres : la pluviométrie annuelle en millimètres ainsi que le nombre de jours de pluie par an et les températures moyennes au cours de la saison estivale à partir des médianes établies par la National Oceanicand atmospheric Association (NOAA).

Pour l'étude statistique nous avons utilisés les logiciels IBM ® SPSS® Version 23 et R pour MacOS® et la signification statistique a été définie

àp ≤ 0,05.

Résultats

Nous avons colligé un total de 91 patients (69 hommes et 22 femmes), avec une forte augmentation au cours de l'été 2017 avec 21 cas enregistrés, dont 3 formes graves, soit + 300% en comparaison à la moyenne annuelle au cours de ces 13 ans et qui est d'environ 7 cas/an (±5,017). Au cours de cette même année, la pluviométrie à enregistrer des précipitations estimées à 1091,74 mm, en 113 jours de pluie avec des températures estivales moyennes de 29,85 degrés Celsius (28,8392 - 29,1200, +/- 1,03249) et qui sont là aussi largement supérieures aux moyennes respectives de saisons. Ainsi, avec un α=0.05 et une valeur de p=0.049, nous avons pu rejeter le nul et avons pu affirmer que les conditions climatiques et l'incidence de la FBM sont statistiquement corrélées.

Discussion

Rh. Sanguineus vit dans des milieux péri-domestiques partagés avec les chiens (hôte obligatoire), et il est connu pour avoir une faible affinité pour les humains (hôte accidentel).La capacité vectorielle des tiques dépend de plusieurs caractéristiques de leur biologie, dont la longévité et la mobilité, qui sont tous influencés par des facteurs extrinsèques, essentiellement les conditions climatiques et la végétation. Cette dernière est un grand modificateur de la météo locale ou des conditions dites microclimatiques, celle à laquelle les tiques doivent s'adapter pour leur développement et leur survie, essentiellement pendant les périodes non parasitaires de leur cycle de vie et sert également de support pour l'activité de recherche d'hôtes. Ainsi, les fortes pluies enregistrées en 2016-2017 ont permis le développement d'une flore sauvage abondante favorable à leur prolifération, elle -même potentialisée par des températures estivales élevées ce qui explique l'épidémie inhabituelle enregistrée.

Conclusion

Ainsi la connaissance des conditions macro- et microclimatiques pourrait servir pour construire des systèmes d'alerte précoces capables d'identifier la distribution et la saisonnalité des tiques et des pathologies qui en résultent afin

de lancer des compagnes d'assainissement pour éviter l'émergence d'épidémies similaires, principalement les étés chauds précédés d'hiver très humides.

La photographie clinique en dermatologie: Une maladresse souvent sous-estimée!

S.Aouali (1), I.Alouani (1), K.Sof (1), N.Zizi (1,2), S.Dikhaye (1,2)

(1) Service de Dermatologie- CHU Mohammed VI d'Oujda

(2) Groupe de travail sur le tégument - Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique - Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda - UMP

Introduction

La photographie présente un large éventail d'utilisation pour les spécialités les plus cliniques, en particulier la dermatologie. Les progrès technologiques ont fait de cette technique d'illustration un outil incontournable qui a grandement amélioré, facilité et enrichi la pratique du dermatologue. Cependant, si la photographie constitue une étape importante, voire obligatoire de la consultation, elle n'est pas pour autant un acte anodin.

L'objectif de notre étude était de réaliser une évaluation éthique de l'attitude des résidents en dermatologie au Maroc face à la photographie clinique.

Matériel et méthodes

C'est une étude transversale descriptive, réalisée en Juillet 2019, incluant les résidents en dermatologie des 6 CHU du Maroc. Nous avons utilisé un questionnaire anonyme comportant 17 questions, portant sur différents items: la fréquence de la photographie clinique en pratique quotidienne, l'appareil utilisé, les mesures de sécurité et le respect de l'anonymat du patient.

Résultats

Soixante résidents ont répondu au formulaire, nous notions une nette prédominance féminine avec un sexe ratio Femme/Homme à 9. 83,3% des participants ont un âge inférieur à 30 ans. Notre échantillon comporte des résidents des 6 différents CHU du Maroc, avec le taux de participation le plus haut à 23,3% retrouvé à pied d'égalité chez les résidents de Fès et de Casablanca. La grande majorité des participants décrivent la photographie clinique comme « très importante » et déclarent qu'ils la pratiquent de façon pluriquotidienne dans 53,3% des cas. 26,7% des participants reconnaissent avoir pris des photos des patients sans demander leur consentement, alors qu'uniquement 11,6% des résidents exigent un consentement écrit. Le suivi de l'évolution clinique, les publications scientifiques et l'établissement du dossier médical du patient constituent les principales raisons de la photographie clinique. Le smartphone personnel est l'appareil le plus utilisé, 73,3% des résidents reconnaissent y avoir stocké les photos des patients, parmi eux 23,3% n'ont pas de système d'encryptage. Quant au transfert des données, l'e-mail et les applications de messageries (Whatsapp, Messenger..) sont les moyens les plus fréquemment adoptés. 81,7% des participants reçoivent les photos des patients pour une consultation virtuelle. En cas de publication scientifique, l'anonymat du patient est respecté par tous les résidents de notre échantillon.

Discussion

La photographie fait partie intégrante du dossier médical en dermatologie, elle permet d'optimiser le suivi des patients et favorise l'échange de l'information entre les confrères. Son usage pose toutefois un certain nombre de questions sur le plan éthique, en particulier avec l'usage du smartphone personnel. Bien que cet outil ait des avantages indéniables, il menace de façon considérable la confidentialité du patient surtout en absence d'un système d'encryptage efficace. En effet, la technologie actuelle a facilité la divulgation de l'information sans l'assurance d'une parfaite sécurité des données.Les résultats de notre étude rejoignent ceux d'une étude incluant les dermatologues en Philadelphie concernant l'usage du smartphone et la défaillance du système de confidentialité mais diffèrent des résultats d'une étude australienne où les praticiens préfèrent l'usage des caméras digitales du service.Une étude française a montré que les patients préféraient clairement l'usage d'un appareil photographique du service ainsi que le stockage des photographies dans le service, l'utilisation de la caméra personnelle ou du téléphone personnel étaient bien moins acceptés.

Conclusion

Notre étude confirme que l'attitude des résidents en dermatologie au Maroc face à la photographie clinique comporte des failles de sécurité inquiétantes, ce qui souligne la nécessité d'une formation à fin de développer une compétence éthique dans la pratique médicale quotidienne.

La photoprotection solaire : habitudes et connaissances d'un échantillon d'une population marocaine

F.Amaaoune[1] ; R.Chakiri[1]; L.Lahlou[2]

1 : Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

2 : Laboratoire d'épidémiologie et de recherche clinique, Faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat, Université Mohammed V

Introduction

La photoprotection désigne tous les moyens, naturels ou artificiels, visant à limiter l'exposition de la peau au rayonnement solaire qui peuvent engendrer des effets secondaires cutanés allant d'un simple vieillissement cutané à l'apparition des tumeurs cutanées. L'incidence du cancer de la peau, dont le principal facteur de risque est l'exposition aux rayons ultraviolets, a augmenté dans le monde entier et dans notre contexte marocain. Plusieurs études ont été faites sur la photoprotection mais elle reste limitée à une population particulière.

Objectifs

-Connaître l'état des lieux concernant les habitudes et les connaissances d'un échantillon d'une population Marocaine vis à vis la photoprotection solaire.

-Profiter de cette étude pour sensibiliser notre population à se photo-protéger correctement.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une enquête transversale uni-centrique pilote, incluant les patients vu en consultation dermatologique et les patients hospitalisés au service de médecine au centre hospitalier régional Hassan II Agadir.Tous les patients ont répondu à un questionnaire évaluant leurs habitudes, et leurs connaissances sur la photoprotection solaire.

Résultats

Un total de 111 patients a participé à notre étude dont 67 patients (56,8%) était de sexe féminin et 48 (43,2%) était de sexe masculin. L'âge moyen était de 45,73. 85 (76,6%) patients étaient d'origine urbaine et 26 (23,4%) étaient d'origine rurale.43% des patients était analphabète. L'exposition solaire était intermittente dans 73% avec une protection horaire trouvait dans 50 %.L'utilisation d'une crème solaire étaittrouvée chez 15,3% ; 49,5% de nos patients mettaient des vêtements amples ; 22,5% d'entre eux mettaient des lunettes et 35,1% mettaient le chapeau. Les connaissances de nos malades sur les moyens de la photoprotection étaient de 94,6 % pour le port de chapeau ; 47,7% pour le type de vêtements et 46,8 % pour l'utilisation de la crème solaire. 54% savaient les effets délétères cutanés du soleil. Une étude analytique faite montrait qu'une bonne photoprotection solaire était associée à un niveau d'étude élevé (P=0,028) et à une connaissance préalable sur les moyens de photoprotection notamment l'utilisation des crèmes solaires (P=0,007), la mise des vêtements amples (p=0,002) et la connaissance des effets néfastes cutanés du soleil (p=0.012).

Discussion

Nous rapportons un travail original concernant les connaissances et les habitudes d'un échantillon d'une population Marocaine vis-à-vis la photoprotection solaire. Cette étude a révélé une utilisation minime de la crème solaire indépendamment du sexe, malgré les connaissances de son effet photoprotecteur (47,7%) et cela peut être expliqué par le coût élevé des produits cosmétiques. Par ailleurs dans les autres populations étudiées dans la littérature une relation étroite entre le sexe féminin et l'utilisation de la crème solaire a été trouvée. Chez nos patient une bonne photoprotection était significativement associée avec un niveau d'études élevé et au degré de

connaissance des effets néfastes du soleil et cela confirme ce qui a été retrouvé dans la littérature. Notre étude avait certaines limites notamment le nombre réduit des patients étudiés et la réalisation de l'étude dans un hôpital public dont la plupart des patients sont de bas niveau socio-économique

Conclusion

Cette étude a montré qu'il y a un grand manque de connaissance de nos patients en matière de la photoprotection solaire. Des compagnes pour sensibiliser nos patients s'avèrent indispensables pour améliorer leurs connaissances sur la photoprotection solaire et pour changer leurs comportements vis-à-vis l'exposition solaire, surtout qu'on vit dans un pays ensoleillé.

Le Hammam, un rituel de beauté au Maroc; quels risques et quels bénéfices?

M. Chiguer , O. Hocar , S. Amal

Service de Dermatologie et vénéréologie, CHU Med VI de Marrakech

Introduction

Le hammam ou bain maure est un bain de vapeur humide. Au Maroc, il présente un rituel social important. C'est un synonyme d'hygiène et de beauté. En raison de la popularité des bains maures, il est important aux dermatologues 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.

Matériel et Méthodes

Nous avons réalisé une enquête portant sur 7 bains maures, situés dans la région de Marrakech. Un questionnaire en arabe a été diffusé pendant 1 mois et rempli par les femmes fréquentant le bain.

Résultats

100 femmes ont répondu sur le questionnaire. L'âge moyen était 32 ans.30% des femmes rapportaient un ATCDS d'une dermatose : types d'eczéma

(50%), xérose cutanée (40%), mycose cutanée (30%), psoriasis (10%). Le nombre de fréquentation de bain maure était en moyenne tous les 8 à 10 jours. La durée moyenne de bain est de 1h30min. 55% des femmes préféraient rester dans la pièce très chaude durant toute la séance. 99% des femmes mettaient le savon noir sur la peau avant la procédure de friction de la peau et elles utilisaient un gant de crin pour faire un gommage de la peau avec friction. 84 % utilisaient des produits traditionnels type : Rassoul, henné, citron, huile d'olive, huile d'argan. 20 % des patients utilisaient des gels lavant recommandés par des dermatologues. 30% des femmes hydrataient leurs peaux après le bain. 60% rapportaient une irritation de la peau en post friction. 25% des femmes se plaignaient d'une xérose cutanée persistante après le bain.

Discussion

Le bain maure est une forme de thermothérapie du corps entier. Il existe plusieurs formes de bains: le sauna finlandais, le hammam turc et d'autres qui se distinguent par le style de construction et le niveau d'humidité. Le plaisir apporté par le bain peut être perturbé par des démangeaisons intenses causées par la transpiration chez les personnes atteintes de dermatite atopique. La chaleur du bain peut également induire une urticaire cholinergique. Le bain maure au Maroc est un lieu public et il pourrait favoriser la transmission des infections fongiques des pieds à partir du sol. Les bains à la vapeur avec les crèmes émollientes peuvent faciliter l'élimination des écailles d'hyperkératose dans le psoriasis à condition d'interdire la friction de la peau, qui peut causer un phénomène de koebner. Le bain lui-même ne provoque pas de desséchement de la peau, bien que de mauvaises habitudes de lavage puissent y conduire. L'utilisation d'une brosse à laver et d'un gant de crin n'est pas recommandée et peut être origine d'une pigmentation cutanée résiduelle.

Conclusion

Des études plus approfondies sont nécessaires pour déterminer la fréquence et la durée optimales de bains maure en fonction des effets sur la santé et des populations les plus susceptibles d'en bénéficier.

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS syndrome): Etude rétrospective à propos de 45 cas

M.Khalidi,M. El Amraoui, A.Machan, T.Hanafi, I. Anouar,H.Titou,H.Kerrouche, R. Frikh, N. Hjira , M.Boui

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

Introduction

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) est une forme grave de toxidermie qui associe des manifestations cutanées et une atteinte systémique.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective descriptive, étalée sur une durée de huit ans (Avril 2011- Avril 2019) colligeant quarante-cinq cas de DRESS syndrome.

Résultats

L'âge de nos patients variait de 22 ans à 65 ans avec une moyenne de 46,3 ans et une prédominance masculine de 60%. Tous nous patients étaient multi-tarés et poly médicamentés. Les médicaments incriminés étaient: Allopurinol 60%, Carbamazépine 20%,Salazopyrine 18%. Le délai entre la prise du médicament pourvoyeur et le début de la symptomatologie variait de 17 jours à 45 jours avec une moyenne de 26 jours. L'exanthème était de type maculo-papuleux 60%, érythrodermique et purpurique 20%, érythrodermique et urticarien 20%. Les adénopathies étaient présentes chez 90% des patients, l'hépatomégalie dans 30%, les signes respiratoires dans 30%, les signes urinaires 50% et un herpès labial 10%. L'hémogramme montrait: hyper éosinophilie 90%, hyperleucocytose 80%, syndrome mononucléosique 80% et pan cytopénie 20%. 60% des patients avaient une insuffisance rénale. Une cytolyse hépatique a été retrouvée chez tous les patients. Les sérologies des virus herpès ont été faites et positives dans 20%. La radiographie thoracique montrait un OAP lésionnel dans 20%. La biopsie cutanée faite dans 90% des cas montrait une vascularite leuco-cytoclasique dans 50% et une toxidermie lichénoide dans 10%. 70% des patients ont reçu une corticothérapie

systémique. L'évolution était favorable dans 90% avec deux cas de décès par syndrome d'activation macrophagique réfractaire. La notification au centre de pharmacovigilance a été faite dans 70% des cas.

Discussion

L'analyse des résultats objective une prédominance masculine, la moitié de la population est âgée de plus de 50 ans, multi tarée et poly médicamentée. L'Allopurinol est le chef du fil des médicaments pourvoyeurs. Le diagnostic repose sur des critères bien définis, où les signes cutanés sont constants, et les autres manifestations sont fréquentes avec des pourcentages différents selon les études. Certaines études stipulent une corrélation entre le phototype cutané du DRESS syndrome et le type de l'atteinte systémique prédominante. Dans notre étude le rash érythrodermique et purpurique est plus corrélé à l'atteinte hépatique alors que le rash érythrodermique et urticarien est plus corrélé a l'atteinte rénale et respiratoire. Des réactivations des virus du groupe herpes comme EBV, HHV6 ont été mises en évidence, mais leur cout élevé et le statut indigent de notre population rendent leur réalisation onéreuse. Notant également le faible pourcentage de la notification au centre de pharmacovigilance d'où l'intérêt de sensibiliser et développer l'esprit de notification.

Conclusion

Le DRESS syndrome est une toxidermie grave mettant en jeu le pronostic vital des patients, sa prévention est primordiale par la sensibilisation des prescripteurs sur la prudence et l'importance du choix des bonnes indications des médicaments pourvoyeurs.

Périartérite noueuse révélée par une ischémie aigue des membres inférieurs : Une présentation rare

I.Khrichfa (1), K. Baline (1), F.Hali (1), F. Marnissi (2), O.Eladaoui (3), M. Rafai (3), S.Chiheb (1).

1 : Service de dermatologie CHU IBN ROCHD

2 : Service d'anatomopathologie CHU IBN ROCHD

3 : Service de traumatologie CHU IBN ROCHD

Introduction

L'ischémie aigue des membres inférieurs (MI) est une présentation inhabituelle de la péri-artérite noueuse (PAN) qui est très peu rapportée. Nous décrivons le cas d'une patiente présentant une PAN révélée par une ischémie aigue des MI aboutissant à une amputation.

Observation

Patiente de 25 ans, hospitalisée pour des lésions ulcéreuses douloureuses, avec cyanose des avants pieds apparues depuis deux mois. L'examen clinique trouvait des MI froids, un livédo réticulé de la plante des pieds, des ulcérations douloureuses à fond nécrotique, et des nodules sous cutanés ulcérés de la région fessière, le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement et d'impotence fonctionnelle. Les pouls périphériques étaient mal perçus. L'examen neurologique a montré une polyneuropathie distale longueur dépendante. L'angio-scanner des MI a conclu à une occlusion totale et bilatérale des artères jambières. L'artériographie a montré une oblitération de l'artère fémorale et des artères jambières. Un bilan réalisé comprenant : Ac anti DNA, Ac anti ECT, complément, apl, ac anti phosphatidyl etanolamine, cryoglobuline, cryofibrinogène, prot c, antithrombine 3, électrophorèse des protéines, sérologies hépatiques, et électrophorèse de l'hémoglobine était négatif. L'AAN était positif à 1/320 et la vitesse de sédimentation élevée à 70 mm. La biopsie cutanée a montré une ulcération non spécifique. Dès l'admission, devant la forte suspicion d'une vascularite et le risque d'engagement du pronostic fonctionnel, des bolus de méthyl-prédnisolone ont été instaurés, relayés par la prednisone 1mg/Kg/j, azathioprine puis

immunoglobulines intraveineuse (2g/Kg) et bolus de cyclophosphamide. L'angio-scanner de contrôle a montré la persistance d'images similaires d'oblitération malgré le traitement. L'évolution a été marquée par l'aggravation de l'ischémie, ce qui a mené à une amputation bilatérale des demi-jambes. La biopsie artérielle per opératoire a conclu à une thrombose artérielle de moyen calibre, avec présence de capillaire de reperméabilisation, et polynucléaires neutrophiles dans l'intima. Selon les critères de l'ACR, le diagnostic de PAN a été retenu. La patiente était toujours sous traitement avec un état stable. Le recul est de 6 mois.

Discussion

Nous rapportons un cas original d'une PAN se manifestant par une ischémie aigue des MI. Nous soulignions la difficulté diagnostique d'une telle entité ainsi que l'enjeu pronostic et l'évolution péjorative que peut prendre une telle atteinte. Très peu de cas ont rapporté une PAN avec une ischémie aigue des MI. Les manifestations vasculaires d'une PAN varient d'une simple claudication intermittente, un phénomène de Raynaud voire une gangrène ou une ischémie aigue. L'évolution peut être péjorative comme le cas de notre patiente, voire fatale si le diagnostic est retardé et bonne si un traitement immuno-supresseur est instauré à temps.

Pemphigus et Mabthéra : expérience marocaine

I.Assenhaji, H.Bay Bay, G.Senhaji, K.Issoual, Z.Douhi, S.Elloudi, FZ.Mernissi

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Hassan II de Fès

Introduction

Le pemphigus est une maladie auto-immune due à la production des anticorps pathogènes dirigés contre la desmogléine, affectant généralement la peau et les muqueuses. Le rituximab est un anticorps monoclonal anti CD-20, entraînant une réduction des auto-anticorps.

Le but de cette étude est d'analyser l'efficacité et la tolérance du rituximab dans le traitement des formes sévères et réfractaire dans notre population de pemphigus.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective s'étendant sur deux ans de 2016-2018. Tous les patients atteints de pemphigus sévères ou résistant aux traitements conventionnels ont été recruté. Parmi 24 patients colligés traités par rituximab, 13 cas ont répandu à nos critères avec un recul minimal d'1 an. Les données suivantes étaient recueillies et évaluer sur 1année : type de pemphigus, la réponse thérapeutique et les effets secondaires. Tous les patients ont reçu un traitement par Rituximab à une dose de 375 mg / m2 / semaine pendant 4 semaines, associée à une corticothérapie orale à une dose de 0,5 mg / kg / jour.

Résultats

13 patients, 11 cas de pemphigus vulgaire et 2 cas de pemphigus superficiels. L'âge moyen était de 55 ans. Le diagnostic était retenu sur les critères cliniques et immuno-histologiques. 4 patients avaient une maladie sévère, traité en 1ere intention par rituximab et 9 patients après cortico-résistance, cortico-dépendance, ou échec aux autres traitements immunosuppresseur. Dans notre série, 6 patients ont obtenu une rémission complète sur une période allant jusqu'à 23 mois. Tandis que 4 ont présenté une rémission partielle, et une rechute chez 1 patient après 6 mois de traitement. L'utilisation du rituximab a été associée à une réduction significative de la dose de corticostéroïdes au cours du suivi, et une dimunition significative de L'IFI de contrôle après 6 mois. Les effets secondaires du rituximab ont été dominés par les infections cutanées. Aucun cas de décès n'a été rencontré.

Discussion

Le rituximab est une option thérapeutique prometteuse, à la fois bien toléré et efficace pour le traitement des formes sévères de pemphigus et réfractaire aux autres traitements. Dans notre série l'utilisation du rituximab a été bénéfique chez 90 % de nos malades, avec une prédominance des infections cutanées dans 54 % des cas. Il n'y a pas de consensus sur le protocole, les doses et le nombre de cures de rituximab les plus efficaces, avec un minimum d'événements indésirables. La posologie actuellement recommandée est de 1000mg suivie d'une deuxième perfusion à 2 semaines

d'intervalle. Le rituximab est un traitement potentiellement capable de modifier l'histoire naturelle du pemphigus, mais le principal obstacle réside dans le coût élevé.

Conclusion

Nous démontrant l'intérêt et l'efficacité de rituximab en tant que traitement de première intention, et nous soulignant, la nécessité d'établir des recommandations adaptées à notre contexte marocain.

Intérêt du dermoscope dans le psoriasis unguéal : étude de 50 cas

K. Laamari, S. Elloudi, Z.Douhi, H.Baybay, FZ. Mernissi
Service de DermatologieVénérologie CHU Hassan II de Fès

Introduction

L'atteinte de l'appareil unguéal dans le psoriasis est fréquente, elle concerne 61 % des patients ayant un psoriasis cutané et 80 à 90 % de psoriasis arthropathique. Le psoriasis de l'ongle constitue une cause potentielle de morbidité significative par rapport aux troubles fonctionnels. Ces changements sont détectés à l'examen macroscopique. Par ailleurs, la dermoscopie sert d'outil diagnostique dans la detection précoce ainsi que la mise en évidence des lésions infra cliniques.

Objectif : décrire les caractéristiques dermoscopiques du psoriasis de l'ongle et déterminer l'association entre l'atteinte unguéale et cutanée.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective au service de dermatologie du CHU de FES portant sur 1 an (Mars 2018 => Mars 2019). Nous avons colligés 50 patients suivis pour psoriasis présentant une atteinte de l'ongle. À la suite d'un examen clinique, les patients ont été classés selon la sévérité du psoriasis et de l'atteinte unguéale par le score de PASI et NAPSI. Un examen dermoscopique de tous les ongles, des mains et des pieds, a été effectué.

Résultat :

Parmi les 50 patients colligés l,'âge moyen est de 43 ans avec une prédominance féminine , la durée moyenne d'évolution est de 8 ans. Le psoriasis en plaques est le type d'atteinte le plus fréquent (68%). Le score PASI moyen était de 12,3. On notait une atteinte articulaire chez 45% des patients.

Les caractéristiques dermoscopiques les plus observes étaient l'hyperkératose sous unguéale (46,66%), hémorragie filiforme (66,6%) leuconychie (16,6), l'hyperstriation longitudinale (40%), l'onycholyse distale (33,3), tâche saumonée (16,6%), l'hyperkératose de la cuticule (6,66%), l'aspect en dé à coudre (36,66%) et les pustules (3,33%). On a noté une correlation significative entre l'atteinte articulaire et la sévérité de l'atteinte unguéale (p= 0,002)

DISCUSION :

Les aspects dermoscopiques dans le psoriasis de l'ongle sont multiples. Les plus décrits dans la littérature sont le dé à coudre, l'onycholyse, la tache saumonée, l'hémorragie filiforme et l'hyperkératose sous-unguéale. Le dé à coudre, l'onycholyse distale, et la taches aumonée resultant de la parakératose. Quant à l'hémorragie filiforme, elle correspond à un saignement dans les capillaires du lit de l'ongle qui s'incorpore dans la tablette unguéale ventral. Notre étude met en évidence la supériorité du dermoscope dans l'analyse de l'atteinte unguéale au cours du psoriasis et le diagnostic d'une éventuelle atteinte infra-clinique.

Conclusion

Le psoriasis unguéal infra-clinique semble frequent. Le dermoscope joue un role dans le dépistage de ces formes, le choix et la précocité thérapeutique. Il existe une association significative entre l'atteinte unguéale et le rhumatisme psoriasique.

Fasciite nécrosante abdominale suite à des injections d'insuline

L.Omahsan[1], M.Bouziane[2], S.Dikhaye[1,3], N.Zizi[1,3]

1:Service de Dermatologie vénérélogie, CHU Mohammed premier faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda

2 : Service de chirurgie viscérale B, CHU Mohammed premier faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda

3 : Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique, faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda

Introduction

Le diabète est une pathologie chronique très fréquente. L'injection d'insuline est un des piliers principaux pour la prise en charge de cette pathologie très répondue. Nous rapportons un cas rare de fasciite nécrosante abdominale au site d'injection d'insuline et rappelons à travers cette observation l'importance de l'asepsie et de l'éducation thérapeutique des patients.

Observation

Patiente de 60 ans, analphabète et de bas niveau socio-économique, diabétique de type II depuis 20ans et sous insuline depuis 10 ans. Elle s'est présentée aux urgences pour une douleur de la fosse iliaque gauche (FIG).A l'examen clinique, on retrouvait une patiente consciente, obèse, tachycarde, fébrile à 39.5 et sa glycémie capillaire était à 1,8g/dl sans cétose. A l'examen abdominal on avait noté la présence d'un placard érythémato-érosif chaud de la FIG centré par une nécrose d'allure superficielle bien limitée en carte de géographie. La patiente rapportait par ailleurs avoir réalisé ses injections d'insuline au même site (FIG) depuis 3 ans. Au bilan biologique, la glycémie était à 1,6g/dl avec une hyperleucocytose à 14500/mm^3, une CRP à 130mg/l et une procalcitonine normale. L'échographie et la tomodensitométrie abdominale avait mis en évidence un épaississement de la paroi abdominale sans abcès ni de collections profondes. Le diagnostic retenu est celui de fasciite nécrosante. Notre patiente était traitée par une antibiothérapie à large spectre avec mise à plat et excision large. L'évolution était marquée par une bonne amélioration avec obtention de l'apyrexie dès 48h.

Discussion

La fasciite nécrosante (FN) est une infection rare des tissus cutanés aussi bien superficiels que profonds. L'augmentation de l'incidence de la FN est en hausse suite à l'augmentation de la prévalence de quelques facteurs de risques notamment le déséquilibre glycémique et l'obésité. Le taux de mortalité de cette infection est élevé, avec une progression rapide vers le choc septique et la défaillance multiviscérale. L'infection peut donc être fatale et nécessite une

prise en charge médico-chirurgicale en urgence.La localisation abdominale de la FN reste parmi les plus rares. Elle est d'autant plus exceptionnelle après des injections répétitives d'insuline au même endroit comme chez notre patiente.L'éducation thérapeutique et l'apprentissage des règles d'asepsie en particulier chez les personnes âgées et de niveau socio-économique défaillant est d'une importance fondamentale. Une bonne gestion des maladies chroniques en particulier le diabète, passe par un accompagnement comprenant une éducation thérapeutique touchant les dimensions de la personne et leurs motivations à apprendre et se soigner.

Conclusion

Cette observation est l'illustration qu'un geste simple peut mettre en péril le pronostic vital. Elle met le point sur l'intérêt du respect des règles d'asepsie chez le diabétique et sur l'intérêt de l'éducation thérapeutique.

Toxicité rétinienne des antipaludéens de synthèse en dermatologie

K. KandriRody (1), A. Ghazza(2), S. Belghmaidi (2), I.Hajji (2), A.Moutaouakil (2), S. Amal (1), O. Hocar (1)

(1) Service de Dermatologie, Hôpital Errazi, CHU Mohamed VI Marrakech.

(2) Service d'ophtalmologie, CHU Mohamed VI Marrakech.

Université Cadi Ayyad , Faculté de Médecine et de pharmacie – Marrakech

Introduction

Les antipaludéens de synthèse (APS), largement prescrits dans le cadre de nombreuses pathologies dermatologiques, peuvent être responsables d'une rétinopathie toxique pouvant conduire à la cécité.

Le but de ce travail est de décrire à travers l'expérience du service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques de l'atteinte oculaire des APS chez les patients suivis en dermatologie et de rappeler la stratégie de dépistage récemment actualisée.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au sein du service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech en collaboration avec le service d'ophtalmologie, portant sur tous les patients suivis en dermatologie et qui ont nécessité le recours aux antipaludéens de synthèse de Janvier 2015 à Mars 2019.

Résultats

Nous avons inclus dans notre étude 114 patients d'un âge moyen de 41 ans et d'un sex ratio de 1/10. L'indication des APS était principalement le lupus érythémateux disséminé (59.6%), la dermatomyosite (23.4%) et la sarcoïdose (17%). La durée moyenne de traitement était de 4 ans et 7 mois. Il s'agissait de l' hydroxychloroquine à la dose de 400 mg/j dans 84,94 % et de la chloroquine à la dose de 200 mg/j dans 15,06 % des cas.

Nos patients avaient bénéficié d'un examen ophtalmologique avec fond d'œil, un champ visuel automatisé central (10-2 centraux), et une tomographie par cohérence optique maculaire systématiquement avant l'initiation du traitement, puis répétés de façon annuelle ou plutôt si signe d'appel. L'électrorétinogramme multifocal a été réalisé chez les patients ayant une maculopathie suspectée aux examens complémentaires sus-cités.

Nous avons rapporté parmi nos patients 6 cas de toxicité oculaire soit 5,26% des cas. Elles étaient toutes des femmes d'un âge moyen de 58 ans dont 4 lupus érythémateux disséminé, une dermatomyosite et une sarcoïdose. Un cas d'insuffisance rénale associé a été noté chez une patiente dans le cadre de son lupus et aucune patiente ne prenait le tamoxifène. Une symptomatologie oculaire avait motivé le diagnostic chez 3 patientes dont 2 sous hydroxychloroquine et 1 patiente sous chloroquine après une durée moyenne de traitement de 3 ans et 7 mois. La découverte de la toxicité a été fortuite dans le cadre du bilan de dépistage chez les autres cas après une durée moyenne de traitement par hydroxychloroquine de 4 ans et 9 mois.

La conduite à tenir a consisté en l'arrêt des APS et passage à une autre alternative thérapeutique après concertation avec les ophtalmologues et la sensibilisation des patients sur l'intérêt des mesures hygiéno-diététiques à savoir une alimentation riche en luteine et zeaxanthine et la limitation de l'exposition solaire.

Un suivi régulier a été assuré après arrêt du traitement. L'évolution a été marquée par la stabilisation de la maculopathie chez tous nos malades. Aucun cas de cécité n'a été rapporté.

Discussion

L'intoxication rétinienne aux APS tient sa gravité de sa localisation à la région maculaire. Elle est irréversible au stade clinique (syndrome maculaire), pouvant même progresser après arrêt des APS. Aucun traitement n'est actuellement disponible.

La surveillance ophtalmologique doit permettre de dépister les cas d'intoxication rétinienne, au stade préclinique réversible. Dans ce cadre, un bilan clinique associé à un bilan complémentaire sont recommandés avant et au cours du traitement selon un rythme bien codifié et adapté à chaque patient selon ses facteurs de risques prédictifs.

Conclusion

Le traitement par APS exige une surveillance ophtalmologique clinique et paraclinique afin de détecter précocement une maculopathie cécitante et irréversible. Ceci impose l'information des prescripteurs du risque et de la gravité de cette pathologie iatrogène et la sensibilisation des patients sur l'importance du suivi.

Ulcération de cuir chevelu chez un diabétique âgé : la maladie de Kaposi peut être en cause !

F.Marraha (1), I.Alfaker (1), A. El hossini (2), S.Gallouj (1)

1. Service de dermatologie-vénéréologie CHU Tanger, faculté de médecine et pharmacie, Université Abdelmalek Saadi, TANGER
2. Pathonord d'anatomie et cytologie pathologiques, Tanger

Introduction

La maladie de Kaposi (MK) est une tumeur angio-prolifération provoquée par l'herpès virus humain de type 8 (HHV-8), on lui décrit 4 formes cliniques : classique qui est indolore et de bon pronostic, affecte principalement les extrémités des patients âgés ; africaine avec ses 4 sous types ; immunodéprimée et épidémique ou liée au SIDA.

Nous rapportons une observation d'un patient de 80 ans diabétique qui présente une maladie de Kaposi sous forme d'une ulcération chronique du cuir chevelu.

Observation

Il s'agit de Mr R.M âgé de 80 ans, diabétique insulino-dépendant, séronégatif, qui présente une perte de substance du cuir chevelu pariéto-occipitale droite évoluant depuis un an dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état générale, à l'examen clinique on note une ulcération unique surinfectée nauséabonde hémorragique sur un fond érythémateux nécrotique, bords déchiquetés, mesurant environ 7 cm sur 5cm, entourée d'un halo inflammatoire avec des pores fistuleux et une papule unique violacée infiltrée qui saigne au centre, les muqueuses étaient intactes et le reste de l'examen clinique était sans particularité. Il n'y avait pas de signes spécifiques à la dermoscopie et le prélèvement cutané est non fait vu que le patient était mis sous antibiotique par le médecin référent et la biopsie initiale n'est pas concluante ; hospitalisé, il a bénéficié d'une bi-antibiothérapie parentérale à base de C3G et métronidazole pendant 3 jours puis relais par voie orale et des soins locaux, la biopsie cutanée évoquait un angiosarcome ulcéré et remanié, mais le complément immuno-histochimique de confirmation était plus en faveur de maladie de Kaposi. La TDM cérébrale montrait une lésion d'épaisseur centimétrique du cuir chevelu pariéto-occipitale droite se rehaussant après injection de produit de contraste iodé, ne s'accompagnant pas de lyse osseuse en regard avec une atrophie cortico-sous corticale et des hypodensités diffuses péri-ventriculaires et des centres ovaux en rapport avec des lésions de micro-angiopathies vasculaires.

Discussion

La MK est une tumeur cutanée et systémique résultant d'une prolifération aberrante des tissus vasculaires et lymphatiques, elle se présente généralement sous forme de macules, de papules et de plaques roses à violets, avec ou sans atteinte de la muqueuse buccale, du tractus gastro-intestinal et des ganglions lymphatiques ; à notre connaissance, la forme ulcéreuse est retrouvée dans la variante africaine et l'atteinte céphalique est fréquente surtout chez les patients séropositif, Or notre cas est âgé et séronégatif. Le diagnostic est confirmé par l'histologie mais le complément immuno-histochimique est parfois nécessaire. Les autres diagnostics à considérer en fonction de la clinique et de l'histologie font appel aux tumeurs comme

l'angiosarcome cutané (AC) et le carcinome épidermoïde et les infections parasitaires (leishmaniose) et également mycosiques.

L'AC est l'une des tumeurs les plus malignes de la peau à évolution rapide et rechute locale fréquente, le diagnostic histologique est complexe d'où l'intérêt de l'immunohistochimie.

Conclusion

La MK peut être confondue avec l'AC en raison de la ressemblance histologique, mais la présentation clinique typique est différente. Ce patient démontre une présentation atypique de la MK.

Le Syndrome H : A propos de deux cas

F.Cherkaoui, F. EL Fetoiki, H.Skali, F.Hali S. Chiheb
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Rochd, Université Hassan II Casablanca

Introduction

Le syndrome H est une maladie à transmission autosomique récessive secondaire à des mutations du gène *SLC29A3* codant pour la protéine de transport nucléotidique hENT3. Encore peu connu et rare, son diagnostic est difficile. Nous en rapportons deux observations.

Observation 1

Patient de 18 ans, se présentait pour des lésions pigmentées à contours annulaires et bordure infiltrée, pileuses en leur centre, localisées de façon symétrique sur les deux jambes évoluant depuis 2 ans. Il mesurait 1,55 cm et présentait des déformations articulaires à type de pied bot à droite et des orteils en griffe. Le patient n'avait ni anomalie cardiaque, ni hépato-splénomégalie ni troubles de l'audition. L'examen histologique d'une biopsie cutanée montrait une fibrose du derme avec infiltrats lympho-plasmocytaires périvasculaires superficiels et profonds et un épiderme normal. Devant l'association de lésions cutanées pileuses et pigmentées et de déformations articulaires, le syndrome H a été suspecté. Une analyse génétique a été demandée.

Observation 2

Une fillette de 12 ans se présentait pour des lésions hyperpigmentées des membres inférieurs et de l'abdomen progressant depuis 3 ans. Elle était suivie pour maladie cœliaque et présentait une anémie avec un retard staturo-pondéral. L'examen trouvait des placards hyperpigmentés surmontés de poils par endroit, indurés et symétriques au niveau des membres inférieurs et de l'abdomen. Elle présentait également une infiltration pubienne et un hallux valgus des deux avants pieds. L'examen histopathologique démontrait un infiltrat dense en cellules histiocytaires et de multiples plasmocytes associé à de la fibrose au niveau du derme profond et du tissu adipeux. L'immunohistochimie révélait une forte expression de CD68 et S100. Devant l'image histopathologique et la clinique, nous avons retenu le diagnostic de syndrome H. La recherche de la mutation du gène *SLC29A3* est en cours. Le bilan d'extension endocrinien, cardiaque, auditif et étaient négatifs.

Discussion

Le syndrome H est une maladie rare qui se manifeste sur le plan cutané par des plaques hyperpigmentées avec hypertrichose et aspect morphéiforme aux membres inférieurs, épargnant typiquement les genoux. Les manifestations systémiques consistent en une hyperglycémie, une hypoacousie, une hépato-splénomégalie, un hypogonadisme, une petite taille et une atteinte cardiaque. Chez les hommes, une infiltration scrotale est caractéristique. Une image histopathologique similaire au syndrome de Rosai-Dorfman est retrouvée chez 20 % des patients avec syndrome H. Aucun traitement spécifique n'est disponible pour l'instant.

Conclusion

Le syndrome H, rare et peu connu de la communauté dermatologique, est important à reconnaitre pour la recherche et la prise en charge des comorbidités associées. Le clinicien devrait l'intégrer à son diagnostic différentiel de placards indurés hyperpigmentés des membres inférieurs.

Lyell et Syndrome de Stevens-Jonhson : Expérience du service de dermatologie de Rabat

M. Lakhmiri, A. Sqalli, M. Meziane, N. Ismaili, L. Benzekri, B. Hassam, K. Senouci

Service de Dermatologie-Vénéréologie CHU IBN SINA- Rabat

Introduction

Le syndrome de Steven-Johnson (SSJ) et le syndrome de Lyell ou nécrolyse épidermique toxique (NET) sont des toxidermies bulleuses graves. Leur diagnostic précoce et leur prise en charge spécialisée en milieu hospitalier sont nécessaires pour améliorer la survie.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons une étude descriptive rétrospective sur une période de 10 ans (2010- 2018) incluant tous les patients admis pour NET et SSJ au service de dermatologie du CHU IBN SINA à Rabat. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été analysées.

Résultats :

Sur cette période, 30 patients avaient été hospitalisés. Une prédominance masculine était notée. L'âge moyen lors du diagnostic était de 38 ans et la prévalence annuelle de 3 cas/ an. 18 cas de NET (60%), 8 cas de SSJ (27%) et 4 cas de syndrome de chevauchement (13%) étaient rapportés. Le délai moyen de survenue après la prise médicamenteuse était de 7,5 jours (12 heures -21 jours). La surface cutanée décollée moyenne était de 48% (5 -95 %). L'atteinte de la muqueuses buccale (100%), oculaire (90%) et génitale (70%) était fréquemment notée. L'atteinte phanérienne était rare (6%). Les atteintes systémiques les plus fréquentes étaient : hépatique à type de cytolyse (47%), hématologique (40%), pulmonaire (30%) et rénale principalement à type d'insuffisance rénale fonctionnelle (23%). Les médicaments étaient pris principalement après une intervention en neurochirurgie et par automédication. Les anti-convulsivants (30%), les AINS (26%), les sulfamides antibactériens (13%) et les pénicillines (10%) étaient les plus fréquemment retrouvés. Tous les patients avaient reçu un traitement symptomatique. La corticothérapie avait été indiquée chez un seul patient à la suite d'un syndrome d'activation macrophagique. Le SCORTEN, calculé chez tous les malades, prédisait correctement la mortalité. 5 patients étaient décédés, principalement

de choc septique et de détresse respiratoire. Parmi les 25 survivants, 20 gardaient des séquelles dont des dyschromies (19 cas), un syndrome sec oculaire (13 cas) et une opacification cornéenne (4 cas).L'étendue du décollement cutané, la présence d'une insuffisance rénale et de détresse respiratoire étaient les principaux facteurs pronostics.

Discussion :

La NET et le SSJ sont les plus rares et les plus graves des toxidermies. Notre série est caractérisée par la prédominance masculine, l'âge jeune, le délai court et le taux de mortalité élevé des patients. Les médicaments les plus incriminés étaient les anti-convulsivants dont la prescription est devenue systématique après tout chirurgie neurologique, puis les AINS dont l'utilisation par auto-médication reste très répandue.

Conclusion :

Malgré la faible incidence de la NET et du SJS, leur impact sur la santé publique n'en demeure pas moins important de par la morbi-mortalité induite. Sensibiliser d'une part la population sur les risques liés à l'automédication et d'autre part les médecins sur les risques d'une prescription médicamenteuse irréfléchie reste le meilleur moyen de prévention.

Dermatoses associées à la maladie cœliaque

M. Khallaayoune*, F. Lamarti, M. Meziane*, K. Senouci*, I. Benelbarhdadi**,**

FZ. Ajana, B. Hassam***

***** Service de dermatologie, CHU Ibn Sina**

****Service de Médecine C, CHU Ibn Sina, Rabat**

Introduction :

De nombreuses manifestations dermatologiques peuvent s'associer à la maladie cœliaque. Ces dernières sont au premier rang des manifestations extra-intestinales de la maladie et peuvent revêtir une valeur diagnostic considérable dans les formes silencieuses ou atypiques. L'objectif de ce travail est de décrire les manifestations cutanéo-muqueuses observées au cours de la

maladie cœliaque ainsi que d'évaluer l'impact du RSG sur l'évolution de certaines d'entre elles.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective s'étalant sur l'année 2018 et rétrospective descriptive sur une période de 22 ans, ayant permis de colliger 280 patients suivis ou nouvellement diagnostiqués. Le diagnostic de maladie cœliaque reposait sur trois arguments : clinique, sérologique et histologique. Le diagnostic des dermatoses associées a été retenu sur des critères cliniques et histologiques le cas échéant.

Résultats :

52.5% avaient au moins une atteinte dermatologique associée à la maladie cœliaque avec une moyenne d'âge de 30 ± 10 ans. Les troubles phanériens à type de chute de cheveux, d'alopécie ou d'onychopathie étaient notés dans 27.85% des cas. Une atteinte de la muqueuse orale sous la forme d'une glossite ou d'une aphtose a été retrouvée dans 10.35% des cas. Prurit et xérose étaient présents dans 3.57% des cas. 4 cas (1.42%) de dermatite herpétiforme ont été identifiés. Le lichen plan a été retrouvé avec une fréquence de 2.14%. La pelade et la rosacée étaient présentes dans 1.78% des cas. Acné, urticaire, eczéma, psoriasis, érythème noueux et vitiligo ont été notés dans 1.07% des cas chacun. Les autres dermatoses observées étaient l'alopécie frontale fibrosante (0.71%), l'angiome plan (0.71%), la dermatite atopique (0.35%) et la maladie de Behçet (0.35%). Les troubles phanériens (à l'exception de la pelade et l'alopécie frontale fibrosante), les atteintes muqueuses, les prurits idiopathiques et xéroses ont été traités par RSG seul avec amélioration dans 97.14% des cas. Les autres dermatoses ont bénéficié d'un traitement spécifique en plus du RSG.

Conclusion :

Dans cette étude, les atteintes phanériennes sont les plus fréquentes suivies par les aphtoses et glossites. Des mécanismes inflammatoires et/ ou métaboliques, impliquant notamment des carences, pourraient intervenir dans ces associations expliquant le rôle favorable du RSG qui peut constituer l'unique traitement. Les dermatoses inflammatoires et/ou auto-immunes les

plus fréquemment retrouvées chez les patients cœliaques de notre échantillon sont le lichen plan, la pelade, la rosacée et la dermatite herpétiforme. Les mécanismes physiopathologiques de ces associations sont mal élucidés mais le RSG a montré son efficacité dans plusieurs études.

Résumés des conférences

Arrêt sur image

Orateurs :H. Benchikhi, M. Ait Ourhroui , S. Amal , Benzekri L, N. Ismaili,S. Dikhaye , K. Cherti, FZ. El Fatoiki , El Haddadi F et A. Kelati

La session « Arrêt sur Image » va être démarrée pour la première fois cette année au Congrès National de la SMD. Les cas cliniques les plus pertinents sur le plan diagnostique ou thérapeutique ont été sélectionnés et seront présentés sous forme d'une image. L'objectif de cette session est de reconnaître des diagnostics rares, difficiles ou des formes atypiques de dermatoses connues ainsi que d'avoir de nouvelles idées de prise en charge pour certaines pathologies.

Pathologie unguéale

Orateurs : **E. Haneke, S. Chiheb ,S. Gallouj , H. BayBay**

Présentation générale :

Les pathologies unguéales sont un motif fréquent de consultation en dermatologie. Leur prise en charge passe par un diagnostic précis clinique, dermoscopique et parfois para-clinique.

Objectifs :

Dans cette séance, seront traités les thèmes suivants :
- Onychomycose, formes cliniques et diagnostic différentiel **S. Gallouj**
- Onychomycose, comment je traite ? **S. Chiheb**
- CAT devant une onycholyse. **S. Gallouj**
- Bande mélanonychique, quand faut- il s'inquiéter ? **E. Hanecke**
- Ongle incarné, quelle prise en charge en 2019 ? **E. Hanecke**
- Ongle incarné, complications post chirurgicales **S. Chiheb**

Cette séance a pour but d'actualiser les connaissances dans les pathologies (onychomycoses ,l'onycholyse ,les bandes mélanonychiques et l'ongle incarné) ainsi que la présentation des cas cliniques interactifs.

Myomodulation

Orateur : **M-P Loustalan**

Présentation générale :

La myomodulation : Un nouveau concept ou comment l'équilibre musculaire du visage et le jeu des balances entre les muscles élévateurs et les muscles abaisseurs sont modifiés par l'injection de produit de comblement.

Les conséquences du comblement sur la fonction musculaire seront observées à l'aide d'analyses photographiques et donneront lieu à réflexion…

Les cas cliniques proposés seront d'ordre esthétique mais présenteront également le traitement de la paralysie faciale avec l'espoir d'une amélioration durable dans le temps …

Objectifs :

- Principe de la myomodulation
- Myomodulation en pathologie médicale
- Myomodulation en esthétique

Non-Ablative periorbital rejuvenation

Orateur : **A.Badawi**

Periorbital area is one of the challenging cosmetic units for the laser surgeons. So far injectables are the most commonly used modality for the periorbital rejuvenation. The growing incidence of complications of injectables in this area is a good reason for laser practitioners to seek a safer and longer term solution. Laser resurfacing has been tried in the old days to correct the periorbital wrinkles and lines. Although effective, the associated downtime has offended many people to go for that. Recently, a new laser modality of laser treatment if being offered for patient. This modality is associated with minimal downtime and very acceptable efficacy. A short oral presentation will explain this new laser modality and highlight some other issues in the periorbital lesions which can be corrected with lasers.

Prévenir une cicatrice pathologique en chirurgie dermatologique

Orateur : J. El Benaye

Avoir une cicatrice pathologique après une chirurgie, surtout dermatologique et/ou plastique, reste un cauchemar pour le patient et une angoisse pour le dermatologue. En se basant sur un réel besoin quotidien, plusieurs études définissant de nouveaux protocoles, utilisant de nouveaux produits, testant de nouvelles techniques, essaient d'amener tant bien que mal une correction satisfaisante ; mais la plupart du temps onéreuse ; de ces cicatrices qu'on peut qualifier d'« induites ». Cependant, a-t-on oublié que prévenir vaux mieux que guérir ?!

A travers cette communication nous mettrons le point sur les principaux facteurs à prendre en considération lors d'une chirurgie dermatologique, afin de prévenir une cicatrice pathologique.

Cicatrices post traumatiques et chirurgicales : Laser /IPL/ traitements combinés : Le bon timing, le bon tempo

Orateur :H. Cartier

Objectifs : choix du laser et autres ondes électromagnétiques dans le cadre de cicatrice

Les cicatrices représentent un vaste ensemble dans lequel chacun peut apporter sa solution. Bien sûr, personne ne détient la clé qui permet de proposer un résultat parfait tant l'environnement du processus cicatriciel est variable et complexe. Néanmoins, chacun de nous essaye d'apporter sa contribution au même titre que les publications qui s'y rapportent : quel intérêt à utiliser les ondes électromagnétiques (OEM) ? Sur le site de la SMD, vous pourrez lire un long article rédigé en commun avec plusieurs auteurs.

Une synthèse synthétique

- Est-possible d'utiliser un laser avant de pratiquer un acte chirurgical :

oui , plutôt les lasers non ablatifs fractionnés

- Est-il possible d'utiliser un laser au décours immédiat d'une suture cicatriciel : oui , plutôt un laser diode infrarouge

- Est-il possible de proposer une OEM pendant le processus cicatriciel de la première semaine : oui, les LEDs
- Est-il possible de proposer un laser à l'ablation des fils : oui , colorant pulsé, co2
- Est-il possible de proposer un laser entre l'ablation des fils et 3 mois : oui , quasiment tous !
- Est-il possible de proposer un laser après 3 mois d'un processus cicatriciel : oui , tout dépendra de son profil : vasculaire, inflammatoire, hypertrophique, chéloïdien a risque…
- Est-il possible de proposer un laser ou EBD sur un processus cicatriciel fixé « blanc » : oui, laser ablatif fractionné ou non, Rfmicro-aiguille ou fractionné
- Est-il possible de combiner les lasers &EBD avec les inducteurs collagéniques ou la toxine botulique : oui !
- Faut-il proposer systématiquement les lasers pour tous les patients, ou juste à ceux présentant un risque de chéloïdes, d'hypertrophie ou simplement de cicatrice inesthétique ? Dans la plupart des études rapportées, il faut souligner la difficulté de l'évaluation des cicatrices inhomogènes de la face. Il y des cicatrices qui se prêtent bien aux études comme les cicatrices de thyroïdectomie pour en faire un modèle standard. Mais cela ne règle pas la problématique de nos cicatrices post-chirurgicales de la face ou d'ailleurs qui sont des cicatrices avec perte de substance nécessitant souvent des mises en tensions, déplacées par des plasties etc. Le challenge reste donc entier, mais il faut garder à l'esprit que tous les auteurs qui publient sur le sujet ne cessent de répéter que plus on traite tôt avec les lasers, meilleurs sont les résultats. Il faut ajouter que la fréquence des effets secondaires attendus ou inattendus, tels les grands classiques (infection, désunion, dyschromie) n'est pas plus élevée que si l'on s'était abstenu de traiter. Si quand bien même, il faut faire la différence entre cicatrice provoqué par un geste chirurgicale, des cicatrices d'acné et autres configurations, faut-il agir ou attendre, si le seul risque à proposer est de ne pas satisfaire un patient ?

Acne scars management in Dark skin

Orateur : A. Badawi

Acne scars represent a common challenge for Dermatologists. In many cases neither the patient nor the physician are happy with the outcome. Dealing with this problem requires a deeper consideration for the changes affecting the different lasers of the skin rather than focusing on collagen induction only. Epidermal barrier function must berestored to minimize the trans-epidermal water loss. Procedures with the objective of Collagen induction must be considered. Skin tightening might be also required if there is a degree of skin laxity. Designing the ultimate treatment plan to tackle the problemat multiple levelsis the only effective way to improve acne scars.

IMCAS-Alert SMD : Gestion des cicatrices post interventionnels (lasers / chirurgie

Orateurs : H. Cartier, FZ. Mernissi, H. BayBay

- Cas cliniques

Résumés des FMC

FMC Dermoscopie I et II

Orateurs : H. Kittler , FZ. Mernissi , H. Baybay , S. Elloudi, R. Chakiri, A. Kelati, K. Zinelabidine, M. Soughi ,M. Bounouar

Dermoscopie I

Dermoscopie de base	**H. Kittler** 30 min
Les lésions pigmentées de la face	**FZ. Mernissi** 15 min
L'entomodermoscopie	**A. Kelati** 10 min
L'inflammoscopie	**K. Zinelabidine** 10 min
Quiz	**H. Bay Bay** 10 min
	M. Bounouar 10 min

Dermoscopie II

Dermoscopie des muqueuses	**H. Kittler** 15 min
Les tumeurs kératinisantes	**S. Elloudi** 15 min
Les alopécies cicatricielles	**M. Soughi**10 min
Les alopécies non cicatricielles	**H. Ziat** 10 min
Les tumeurs annexielles	**R. Chakiri** 15 min
Quiz	**H. Kittler** 20 min

PRESENTATION GENERALE

La dermoscopie ou microscopie de surface est largement utilisée en pratique quotidienne pour le diagnostic précoce et le suivi des cancers cutanés. De nouveaux domaines de la dermoscopie se sont développés récemment comme l'inflammoscopie, l'entomodermoscopie et la trichoscopie.

LES OBJECTIFS

La première FMC de dermoscopie pour les débutants aura pour but d'initier les participants avec les bases de la dermoscopie des lésions tumorales bénignes et malignes , ainsi que la dermoscopie des lésions inflammatoires et infectieuses avec les différentes approches diagnostiques , l'analyse dermoscopique des lésions pigmentées de la face sera également traitée, dont le but principal est le diagnostic précoce du lentigo malin.
La 2eme FMC du niveau avancé sera une session variée avec comme objectifs:

l'analyse dermoscopique des lésions des muqueuses, les tumeurs kératinisantes et les tumeurs annexielles. Une partie de cette FMC sera consacrée à la trichoscopie . .
Des quiz sous formes cas cliniques et dermoscopiques seront présentées dans les 2 sessions permettant aux participants une meilleure évaluation et un entraînement à la dermoscopie.

FMC Capillaire

Orateurs : **H. Baybay, R. Chraibi, S. Gallouj, M. Meziane**

Présentation générale :

Les pathologies capillaires sont un motif fréquent de consultation en dermatologie. Leur prise en charge passe par un diagnostic précis clinique, dermoscopique et parfois paraclinique.

Objectifs :

Dans cette séance de FMC, seront traités les thèmes suivants :

- L'alopécie des cils et sourcils **H. BayBay**
- L'alopécie frontale fibrosante **R. Chraibi**
- La trichotillomanie **S. Gallouj**
- Quoi de neuf en pathologie capillaire en 2019 **M. Meziane**

Cette séance a pour but d'actualiser les connaissances dans les pathologies sus-citées tout en échangeant les expériences des participants à la FMC.

Acquis souhaites après la FMC :

Etre capable de gérer les situations cliniques en rapport avec ces pathologies capillaires tout en évitant les pièges diagnostics.

FMC Psoriasis et maladies inflammatoires

Orateur : S. Amal

OBJECTIFS :

A travers des cas cliniques interactifs comment diagnostiquer des maladies systémiques à partir des signes dermatologiques qui paraissent banals, ainsi que d'autres maladies où le diagnostic n'était pas évident et qui a nécessité une discussion multidisciplinaire pour avoir un diagnostic. Enfin comment gérer les médicaments systémiques dans les dermatoses inflammatoires et les maladies systémiques.

FMC Acné

Orateurs : H. Benchikhi, M. El Jazouli, FZ. Agharbi

- Signes dermatologiques du syndrome des OPK. **H. Benchikhi**
- Acné : Diagnostic différentiel. **M. El Jazouli**
- Acné : Actualités thérapeutiques. **FZ. Agharbi**

FMC Bulles et muqueuses

Orateurs : F. Hali, K. Senouci, N. Zizi

- Diagnostics différentiels des dermatoses bulleuses auto-immunes **F. Hali**
- Cas cliniques **N. Zizi**
- Quoi de neuf dans le pemphigus **K. Senouci**

FMC Oncodermatologie

Orateurs :F. Hali, S. Elloudi, R. Chakiri K. Zinelabidine, A. Kelati

- La gestion des effets secondaires de la chimiothérapie.**F. Hali**
- La gestion des effets secondaires des thérapies ciblées. **R. Chakiri**
- Les radiodermites, prévention et prise en charge**. K.Zinelabidine**

- L’approche thérapeutique des kératoses actiniques. **A. Kelati**
- Mycosis fongoïde versus Vitiligo inflammatoire : corrélation anatomo-clinique **S. Elloudi**

FMC Dermatologie pédiatrique

Orateurs : O. Hocar, N. Ismaili

- La dermatologie néonatale
- La dermatologie infectieuse de l'enfant
- La dermatologie inflammatoire de l’enfant et l’adolescent

FMC Troubles pigmentaires

Orateurs : L. Benzekri, M. Meziane, H. BayBay

PRESENTATION GENERALE :

Les troubles pigmentaires sont très fréquents au Maroc et affectent considérablement la qualité de vie des patients. Leur prise en charge est souvent délicate. Ainsi, une meilleure connaissance de ces troubles permet d’envisager certains traitements.

OBJECTIFS :

A travers des cas cliniques interactifs, nous discuterons des principaux diagnostics et de leur prise en charge.

ACQUIS SOUHAITES :

Les acquis sont l’amélioration de la connaissance, pour une meilleure prise en charge quotidienne des patients par les dermatologues libéraux et hospitaliers.

FMC Dermatologie esthétique

Orateurs : FZ. Belgnaoui, R. Chraibi

- Esthétique du visage et du cou : analyse artistique et éléments de choix thérapeutique. **FZ Belgnaoui**
- Toxine botulinique pour le « upper face »: de l'anatomie à la technique. **R Chraibi**
- Acide hyaluronique pour le « upper face »: de l'anatomie à la technique. **FZ Belgnaoui**

Les objectifs

- Exposer les arguments artistiques à connaître et à prendre en considération lorsqu'on a à traiter le visage et / ou le cou d'une personne, qu'elle soit de sexe féminin ou masculin.
- Discuter en mode interactif les choix thérapeutiques à préconiser dans différents cas de figures.
- Connaître les bases anatomiques et techniques nécessaires pour un traitement à la toxine botuliniques du tiers supérieur du visage.
- Connaître les bases anatomiques et techniques nécessaires pour un traitement à l'acidehyaluronique du front, des sourcils et des tempes

FMC Laser

Orateurs : H. Cartier , S. Dikhaye, K. Zouhair, K. Turki

- Laser pigmentaire **H. Cartier, S. Dikhaye**
- Laser vasculaire et épilatoire **K. Zouhair**
- Cicatrices **K. Turki**

Titres et numéros des posters acceptés

1. Complications cutanées post-allogreffe de cellules souches hématopoïétiques : À propos de 13 cas **L. ARAQI HOUSSAINI**

2. Erythème noueux révélant une hépatite b. **Y. EL ARABI**

3. Hépatite médicamenteuse sévère à l'azathioprine chez une patiente atteinte de pemphigus . **L. BENDAOUD**

4. Hyperpigmentation des plis due au busulfan : une toxidermie inhabituelle chez 2 allogreffés. **L. ARAQI HOUSSAINI**

5. Le bebe collodion : une nouvelle observation. **F. AMAAOUNE**

6. Le syndrome de stevens-johnson au service du diagnostic de l'infection à vih :

à propos d'un cas. **M. ASERMOUH**

7. Les urgences dermatologiques : une évaluation des connaissances des internes des urgences . **H. DAFLAOUI**

8. Les urticaires aiguës de l'enfant : série de 6 cas. **F. CHERKAOUI**

9. Onychodystrophie chronique des vingts ongles : amélioration spectaculaire après arrêt du valproate de sodium. **A. OULEHRI**

10. Pemphigoïde bulleuse induite par trois différentes classes d'anti-hypertenseurs .

L. ARAQI HOUSSAINI

11. Pemphigus secondaire à un ara ii. **J. ZIANI**

12. Réaction de photosensibilité induite par l'association docétaxel et trastuzumab.

W. BAHTAOUI

13. Syndrome de babouin (sdrife) secondaire à une infection à parvovirus b19.

W. BAHTAOUI

14. Toxidermie lichénoïde pigmentogène chez un sujet âgé : quel antihypertenseur incriminé ? **S. ALAMI**

15. Toxidermie lichénoide induite par les protéines en poudre pour le culturisme .

S. EL KADIRI

16. Ulcérations dues au méthotrexate chez un patient atteint de psoriasis. **J. ZIANI**

17. Une complication rare de la bléomycine : l'érythème flagellé. **W. BAHTAOUI**

18. Arthropathie tabétique : à propos de 3 cas . **S. RABBA**

19. Cryptococcose cutanée révélant la séropositivité au vih d'un jeune patient.

K. ELBOUKHARI

20. Dermatose bulleuse : pensez simple . **M. BENNANI**

21. Erysipèle et pratiques traditionnelles. **I. COUISSI**

22. Etude comparative entre la terbinafine en cure courte et le sertaconazole dans le traitement de l'intertrigo inter-digito-plantaire. **I. ANOUAR**

23. Fasciite nécrosante de la fesse compliquant des injections intra-musculaire d'anti-inflammatoires. **Z. TAZI SAOUD**

24. Herpès labial chronique récidivant révélant un syndrome myélodysplasique.

F. KETTANI

25. La fiÈvre boutonneuse mÉditerranÉenne : (a propos de 66 cas) . **H. IHSANE**

26. La folliculite fibreuse de la nuque (a propos de 26 cas). **H. IHSANE**

27. La lèpre, un mal qui sévit toujours au maroc. **M. ABOUDOURIB**

28. La leishmaniose sporotrichoÏde: une forme exceptionnelle de leishmaniose cutanÉe .

I. BOUBNANE

29. Le lupus vorax : entité rare mais toujours possible dans notre contexte.

I. BENSLIMANE KAMAL

30. Leishmaniose érysipéloïde . **M. LAKHMIRI**

31. Leishmaniose érysipéloide: forme inhabituelle de leishmaniose cutanée. **J. BENAHMED**

32. Leishmaniose cutanée et muqueuse : à propos d'une observation. **L. BENDAOUD**

33. Leishmaniose cutanée mimant une cellulite orbitaire. **S. HAMICH**

34. Leishmaniose cutanée profil clinique et efficacité du fluconazole oral à faible dose associé à l'acide trichloracétique : expérience du service de dermatologie de casablanca en 2019. **I. BENSLIMANE KAMAL**

35. Nez aplati révélant une aortite syphilitique. **I. COUISSI**

36. Profil microbiologique de l'infection en dermatologie au chu de marrakech.

S. BEN MOUSSA

37. Staphylococcie maligne de la face : à propos de 3 cas. **J. ZIANI**

38. Surinfection des dermatoses chroniques par pseudomonas aeruginosa : expérience du service de dermatologie,chu mohamed vi de marrakech. **M. ABOUDOURIB**

39. Tuberculose cutanee revelant une tuberculose multifocale chez une femme immunocompetente . **F. MARRAHA**

40. Une leishmaniose cutanÉe ligotÉe par le vih . **Z. MEHSAS**

41. Une rosacée granulomateuse pédiatrique sous une forme trompeuse. **J. ZIANI**

42. Varicelle maligne compliquée d'une pneumonie silencieuse. **J. ZIANI**

43. Étude de la survie au cours du pemphigus. **I. ALOUANI**

44. Atteinte rénale au cours du purpura rhumatoïde de l'adulte : À propos de 7 cas .

H. AIT EL HADJ

45. Blépharite du lupus érythémateux chronique . **J. BENAHMED**

46. Caracteristiques epidemio-cliniques et evolutives des morphees : etude marocaine de 23 cas . **Z. KADDIOUI**

47. Dermatomyosite amyopathique à anti-mda5 positif : deux cas marocains. **A. NGOUELE**

48. Dermatose prurigineuse révélant un vih. **C. JROUNDI**

49. Dermoscopie des manifestations cutanées de la maladie de behçet. **J. ZIANI**

50. Erythema gyratum repens suite à un pemphigus vulgaire . **L. OMAHSAN**

51. Erythrodermie psoriasique traitée par sécukinumab : a propos d'un cas. **L. BENDAOUD**

52. Facteurs influençant le risque cardio-vasculaire lié à la rosacée. **M. EL AMRAOUI**

53. Granulome annulaire, thyroïdite auto-immune et diabète type i : a propos d'un cas.

L. BENDAOUD

54. La muqueuse buccale : siège isolé d'un pemphigus . **C. AIT KHABBA**

55. La panniculite lupique : une présentation rare à connaître. **M. LAKHMIRI**

56. L'atteinte unguéale au cours de la pelade.. **N. FARID**

57. Les traitements systémiques du psoriasis dans la pratique hospitalière. **K. SOF**

58. Lichen amyloide généralisé . **S. MAOUNI**

59. Lichen plan actinique: à propos de deux cas . **N. KHEDIM**

60. Lichen plan blashko-linéaire de la face chez l'adulte : entité rare : trois observations.

N. ELAATTOUL

61. Lichen plan blashkolinéaire : un nouveau cas . **S. CAPATAS**

62. Lymphœdème vulvaire révélant une maladie de crohn: à propos de deux cas.

K. KANDRI RODY

63. Maladie de verneuil, épidémiologie, clinique et thérapeutique (a propos de 11 cas) .

Y. ELKHACHINE

64. Manifestations cutanées d'un déficit en zinc chez l'adulte . **M. MOURADI**

65. Morphée : expérience du chu mohammed vi d'oujda . **L. OMAHSAN**

66. Myélome multiple révélé par un pyoderma gangrenosum. **M. ABOUDOURIB**

67. N'oubliez pas la sérologie hiv devant un psoriasis atypique. **F. BOUIGHJDANE**

68. Panuvéite sévère dans le cadre d'un psoriasis, traitée avec succès par injection sous ténonienne de corticoïde.. **J. EL ALAMI**

69. Pelade et qualité de vie. . **F. NAFISSA**

70. Pemphigoide bulleuse et comorbidités . **I. ASSENHAJI LOUIZI**

71. Pemphigoide gestationis : a propos de 18 cas . **L. BENDAOUD**

72. Prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaires et des maladies cardio-vasculaires chez les patients marocains ayant une rosacée: étude cas témoins de 100 cas.

M. EL AMRAOUI

73. Prévalence des rhumatismes psoriasiques non diagnostiqués chez les patients atteints de psoriasis cutanés : à propos de 105 cas . **H. AIT EL HADJ**

74. Profil clinique, épidémiologique et évolutif de la maladie de verneuil au chu mohammed vi d'oujda.. **H. RAGRAGUI OUASMIN**

75. Psoriasis induit par la risperidone. **F. EL HADADI**

76. Psoriasis induit par le paclitaxel : À propos d'un cas. **H. AIT EL HADJ**

77. Psoriasis pustuleux généralisé compliqué d'une septicémie . **M. LINE**

78. Psoriasis, vitiligo, thyroïdite auto-immune et pelade chez un seul et même patient.

F. KETTANI

79. Psoriasis : faut-il dépister une dépression? . **S. SEFRAOUI**

80. Pustulose péri unguéale diffuse: infection ou auto-immunité?. **B. KARRAKCHOU**

81. Pyoderma gangrenosum malin idiopathique. **I. AL FAKER**

82. Pyoderma gangrenosum pathergique post-césarienne. **M. LAKHMIRI**

83. Qualité de vie des patients atteints de la maladie de verneuil: étude du chu de casablanca. **I. BENSLIMANE KAMAL**

84. Sarcoïdes à gros nodules de localisation pubienne. **S. SEKTAOUI**

85. Sarcoïdose poïkilodermique : un nouveau cas. **Z. TAZI SAOUD**

86. Syndrome d'hyper-igg4 révélé par une atteinte cutanée. **H. AIT EL HADJ**

87. Syndrome inflammatoire de restauration immunitaire chez un séropositif : nouveau cas d'une des rares présentations cutanées . **M. BENNANI**

88. Une épidermomycose mimant un lupus subaigu . **S. CAPATAS**

89. Une forme pseudo-tumorale unguéale de sarcoïdose. **M. ABID**

90. Vascularite cutanée associée à un syndrome myélodysplasique : a propos d'un cas .

S. CAPATAS

91 Vascularite urticarienne hypocomplémentémique révélant un lupus systémique.

W. BAHTAOUI

92. Ataxie télangiectasie:à propos de ' observations. **F. BOUIGHJDANE**

93. Diagnostic moléculaire des mutations récurrentes des gènes xpc et xpa chez les patients marocains atteints de xeroderma pigmentosum -a propos d'une série de 11 cas-.

B. KARRAKCHOU

94. Ecthyma gangrenosum post-circoncision chez un nourisson immunocompetent.

L. ARAQI HOUSSAINI

95. Fasciite à éosinophile juvénile : une nouvelle observation . **Z. KADDIOUI**

96. Forme vésiculo-bulleuse du purpura rhumatoïde de l'enfant.. **J. NTIHEBUWAYO**

97. Le déodorant : outil d'automutilation chez l'enfant. **I. BENSLIMANE KAMAL**

98. Les toxidermies chez l'enfant : expérience du chu ibn rochd de casablanca. **Z. KADDIOUI**

99. Molluscum contagiosum atypique : ne jamais oublier le vih!!. **M. KHALIDI**

100. Morphée profonde après vaccination. **M. KHALIDI**

101. Naevus épidermique verruqueux linéaire inflammatoire (ilven) : à propos de deux cas. **M. KHALIDI**

102. Nodules sous cutanés révélateurs d'un neuroblastome. **F. BOUIGHJDANE**

103. Pelade sévère de l'enfant : intérêt du méthotrexate seul ou associé à une corticothérapie orale. **Z. RACHADI**

104. Pemphigoide bulleuse sévère chez une jeune adolescente : une nouvelle observation . **G. SAMI**

105. Piebaldisme : a propos d'un cas . **A. KHOUNA**

106. Pityriasis lichénoïde chronique de l'enfant : intérêt du traitement par la clarythromycine à travers deux observations. **F. CHERKAOUI**

107. Pyoderma gangrÉnosum du visage chez l'enfant: une prÉsentation atypique .

Z. MEHSAS

108. Pyoderma gangrenosum pédiatrique à lésions multiples. **J. ZIANI**

109. Syndrome de kawasaki se manifestant par un erytheme polymorphe . **H. ABURABIE**

110. Syndrome de rothmund-thomson à expression exclusivement cutanée. **I. AL FAKER**

111. Un cas marocain du granulome annulaire profond acral de l'enfant. **M. EL AMRAOUI**

112. Un cas marocain du piebaldisme chez un nourrisson dans le cadre d'un phénotype familial. **M. EL AMRAOUI**

113. Une tumeur cutanee spectaculaire sur un syndrome de nijmegen: . **M. KHALIDI**

114. Apport de la dermoscopie dans la prise en charge du xanthogranulome juvénile.

M. MOURADI

115. Apport de la dermoscopie dans le diagnostic de la leishmaniose cutanee . **I. AL FAKER**

116. Dermoscopie de l'érythromélanose folliculaire faciale . **S. MAOUNI**

117. Dermoscopie de l'exostose sous-unguéale. **S. MAOUNI**

118. Dermoscopie du lichen plan pigmentogène facial : à propos de 30 cas. **S. EL KADIRI**

119. Dermoscopie du mycosis fongoïde : une série de 30 cas. **S. MRABAT**

120. La sarcoidose unguéale : corrélation dermatopathologie–dermatoscopie. **S. MAOUNI**

121. L'aspect dermoscopique du porocarcinome eccrine . **A. ELHARROUNI ALAOUI**

122. Les dermatoses perforantes: une présentation dermoscopique captivante.

S. AOUALI

123. Mélasma : corrélation clinico-dermoscopique. **S. EL KADIRI**

124. Un drôle de tatouage. **S. MRABAT**

125. Utilité de la dermoscopie dans le diagnostic de la trichobactériose. **S. EL KADIRI**

126. Et si ce n'est pas un simple kyste trichilemmal ?. **I. BENSLIMANE KAMAL**

127. Argyrie localisée . **S. EL KADIRI**

128. Évaluation des connaissances des medecins generalistes sur la prise en charge des ulceres de jambe . **H. ABURABIE**

129. Bleu de méthylène et lumière rouge en dermatologie . **A. ELHARROUNI ALAOUI**

130. Candidose systémique compliquant un syndrome de lyell . **S. SEKTAOUI**

131. Caractéristiques cliniques et dermoscopiques du lymphangiome circonscrit vulvaire.

S. EL KADIRI

132. Correction d'une cicatrice de trachéotomie par un lambeau du muscle stérno-cleido-mastoidien : à propos d'un cas. **G. CHERKAOUI BELMAATI**

133. Dermatofibromes eruptifs multiples chez un patient immunocompetant . **MARRAHA**

134. Dermatomyosite paranéoplasique et carcinome hépatocellulaire: une association rare. **I. BENSLIMANE KAMAL**

135. Dermatoses bulleuses : expérience du service de dermatologie du chu d'oujda.

S. BOUABDELLA

136. Dermatoses les plus fréquentes à atar : résultats d'une caravane médicale maroco-mauritanienne au profit des habitants de la ville d'atar . **H. AIT EL HADJ**

137. Efficacité de la lumière intense pulsée sur la microstomie chez les patients atteints de sclérodermie systémique: expérience du chu de casablanca. **I. BENSLIMANE KAMAL**

138. Enquête épidémiologique sur les pathologies dermatologiques au sein de la cité universitaire de marrakech. **K. KANDRI RODY**

139. Evaluation de la qualité de vie et de la comorbidité psychiatrique chez 45 patients atteints de prurigo nodulaire. **Y. SLIMANI**

140. Hamartome comedonien a debut tardif chez un patient suivi pour anemie de biermer. **H. AZENDOUR**

141. Hématome disséquant du membre inférieur chez une greffée du rein .

M. EL MANSOURI

142. Hidradenome a localisation atypique imitant un lipome. **F. MARRAHA**

143. Histiocytose langerhansienne cutanée imitant un prurigo nodulaire. **H. KHALDI**

144. Ichtyose noire : une nouvelle observation. **S. ABOUDAR**

145. Impact de la photo protection sur les taux de la vitamine d. **M. EL AMRAOUI**

146. Kpp ponctuée héréditaire et mélanome unguéal. **W. BAHTAOUI**

147. L intérêt de la thérapie par pression négative (vac) dans le traitement de l ulcère du pied : à propos de 3 cas et revue de la littérature. **S. LAHSAINI**

148. Le mois de ramadan affecte-t-il l'observance des traitements locaux en dermatologie chez les patients musulmans ? . **J. EL ALAMI**

149. Le traitement chirurgical du carcinome basocellulaire du canthus interne étendu aux deux paupières: à propos de deux cas . **G. CHERKAOUI BELMAATI**

150. Les dermatoses associées aux dysthyroïdies : à propos d'une série de 77 cas .

M. EL AMRAOUI

151. Les manifestations cutanées associées aux gammapathies monoclonales: a propos de septs observations . **E. IYDA**

152. Lichen plan éruptif révélateur d'une récidive d'un kyste hydatique du foie .

Y. ELKHACHINE

153. Lichen plan pigmentogène et maladies auto-immunes : à propos d'une étude cas - témoins. **S. EL KADIRI**

154. Maladie de riga-fede : une nouvelle observation. **Y. SLIMANI**

155. Manifestations cutanées des histiocytoses langerhansiennes de l'enfant. **H. AIT EL HADJ**

156. Manifestations cutanées et unguéales chez les patients hémodialysés chroniques .

H. AIT EL HADJ

157. Manifestations dermatologiques de l'hypocalcémie : À propos de 4 cas . **H. AIT EL HADJ**

158. Mélasma et acide tranexamique oral : étude prospective de 15 cas. **F. KETTANI**

159. Myocardite: manifestation rare au cours d'un dress syndrome. **F. CHAHBOUN**

160. Neurofibromatose type 1: un phénotype diffèrent chez des jumelles monozygotes

A. KHOUNA

161. Pemphigus végétant atypique. **S. HAMICH**

162. Pemphigus vulgaire et cirrhose biliaire primitive : association fortuite ?.

L. BENDAOUD

163. Plaque hyperkératosique: penser au pemphigus végétant!. **F. EL HADADI**

164. Prise en charge chirurgicale des gelures: à propos d'un cas. **G. CHERKAOUI BELMAATI**

165. Profil clinique et épidémiologique de la maladie de kaposi classique au chu d'oujda .

L. OMAHSAN

166. Profil epidemio-clinique, etiologique, therapeutique et evolutif des hyperhidroses au sein du service de dermatologie de l'hopital militaire d'instruction mohammed v de rabat. **M. KHALIDI**

167. Prurigo pigmentosa : à propos d'un nouveau cas . **M. KHALIDI**

168. Qualité de vie chez les patients avec une dermatose faciale: à propos de 102 cas.

S. BEN MOUSSA

169. Qualité de vie et sexualité des patients avec pemphigus. **B. NADIA**

170. Syndrome de fahr à révélation dermatologique : à propos de deux cas.

H. AIT EL HADJ

171. Syndrome de fiessinger-rendu. **S. BOUABDELLA**

172. Syndrome de klippel-trenaunay : un nouveau cas.. **S. ABOUDAR**

173. Syndrome de parry romberg associée à une épilepsie. **M. ELALAOUI**

174. Syndrome des ongles jaunes. **W. BAHTAOUI**

175. Syndrome hyperéosinophlique « pemphigoide-like » chez un patient suivi pour pemphigus : une présentation déroutante !. **M. KHALLAAYOUNE**

176. Ulcère chronique de jambe : une complication de la drépanocytose à ne pas méconnaître. **B. NADIA**

177. Ulcères de jambe et qualité de vie .. **A. KHOUNA**

178. Un cas de fibrokératome digital acquis. **F. EL HADADI**

179. Un cutis gyrata associé à une tuberculose péri-orificielle mutillante . **R. DASSOULI**

180. Un nodule vulvaire atypique : l'hidradénome papillifère. **M. KHALIDI**

181. Une étrange morphée généralisée prurigineuse révélant un adénocarcinome prostatique. **I. BENSLIMANE KAMAL**

182. Une pathomimie cutanée mimant un lupus cutané.. **J. NTIHEBUWAYO**

183. Une tumeur inhabituelle du pied : à propos d'un cas. **M. KHALIDI**

184. Utilisation du méthotrexate en milieu hospitalier . **L. OMAHSAN**

185. Validité de la version arabe des scores de qualité de vie dlqi et skindex16 : évaluation marocaine. **K. KANDRI RODY**

186. Vitiligo infantil: etude de 11 cas . **M. EL MANSOURI**

187. Maladie de paget vulvaire: une entité rare et trompeuse. **B. KARRAKCHOU**

188. Acanthosis nigricans révelateur d'une récidive ganglionnaire d'un cancer du sein.

K. LAAMARI

189. Angiofibrome intra-oral : une localisation très particulière !. **S. MAOUNI**

190. Carcinome basocellulaire térebrant : série de 10 cas. **K. LAAMARI**

191. Carcinome cutané en cuirasse: aspect peu commun des métastases cutanées .

E. IYDA

192. Carcinome de merkel de localisation exceptionnelle. **H. AZENDOUR**

193. Carcinome pulmonaire à grandes cellules révélé par un prurit chronique : à propos d'un cas . **H. ABURABIE**

194. Carcinome trichoblastique : à propos d'un cas . **H. ABURABIE**

195. Dermatofibrosarcome de darier et ferrand: à propos de 57 cas. **M. CHIGUER**

196. Dermatoses inflammatoires chroniques et carcinome épidermoide . **M. ABID**

197. Epidermodysplasie verruciforme : une génodermatose rare à hpv . **J. EL ALAMI**

198. Fibrokératome digital siamois à propos d'un cas . **M. LINE**

199. Fibromatose desmoïde du dos du pied gauche : une localisation inhabituelle.

Y. EL ARABI

200. Gaz moutarde et mycosis fongoide au nord est du maroc : . **A. KHOUNA**

201. Hidradénocarcinome développé sur un hidradénome préexistant : une nouvelle observation. **G. SAMI**

202. Human papillomavirus et oncogénicité : autour de deux observations. **S. MRABAT**

203. Kaposi iatrogene. **C. JROUNDI**

204. Kératoacanthome scrotal: une localisation exceptionnelle. **B. KARRAKCHOU**

205. La maladie de ledderhose ; présentation atypique à propos d'un cas. **M. LINE**

206. L'association mycosis fongoïde et cancers solides : une série de 3 cas. **S. MRABAT**

207. L'ulcère de marjolin : profil épidémiologique, clinique et thérapeutique: a propos de 53 cas.. **M. CHIGUER**

208. Le carcinome épidermoïde sur tumeur de buschke-löwenstein : à propos de 2 cas et revue de la littérature. **S. LAHSAINI**

209. Le carcinome de merkel : une tumeur cutanée rare et agressive . **S. ABOUDAR**

210. Le lymphome cutané b : a propos de 7 cas . **S. CAPATAS**

211. Le mélanome cutané: particularités anatomocliniques au maroc. **J. BENAHMED**

212. Le mélanome malin cutanée : étude bicentrique rétrospective sur 43 cas avec revue de littérature. **N. BAALI**

213. Le profil évolutif de kystes trichilemmaux : à travers une observation . **R. DASSOULI**

214. Les aspects cliniques de la maladie de darier a propos de trois observations .

I. EL FAQYR

215. Les tumeurs du pieds au chu d'oujda : caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives . **S. BOUABDELLA**

216. Liposarcome géant bien différencié du dos: une localisation inhabituelle. **C. MARMECH**

217. Mélanome et réaction vitiligineuse : quelle est la relation ? . **A. ELHARROUNI ALAOUI**

218. Mélanome métastatique :une série marocaine . **A. EL HARROUNI ALAOUI**

219. Métastase en cuirasse révélant un carcinome mammaire infiltrant chez une patiente ayant une nf1. **F. BOUIGHJDANE**

220. Métastase inhabituelle d'un carcinome épidermoïde de la verge : à propos d'un cas.

H. TAOUFIK

221. Métastases cutanées révélatrices du cancer broncho-pulmonaire : À propos d'un cas . **H. AIT EL HADJ**

222. Mycosis fongoïde hypopigmenté : à propos de 2 cas. **S. HAMICH**

223. Mycosis fongoïde invisible : un défi diagnostique et thérapeutique. **H. AIT EL HADJ**

224. Papulose lymphomatoïde type d associée à un mycosis fongoïde cytotoxique , àpropos d'un cas . **L. MEZNI**

225. Particularités anatomocliniques des carcinomes basocellulaires au cours du xeroderma pigmentosum . **S. SEFRAOUI**

226. Profil épidémiologique des mycosis fongoïdes au service de dermatologie du chu mohamed vi de marrakech : à propos de 39 cas . **H. AIT EL HADJ**

227. Profil épidémiologique et anatomoclinique des tumeurs malignes du cuir chevelu chez des malades opérés en chirurgie plastique sur une durée de 12 ans . **Z. RACHADI**

228. Sarcome à cellules claires des tissus mous : à propos d'un cas . **K. KANDRI RODY**

229. Ulcère cutanéo-muqueux ebv+ chez un enfant, un lymphome b immunoblastique rare. **S. BEL MOURIDA**

230. Ulcération inguinale droite révélant un carcinome épidermoïde invasif .

Z. KADDIOUI

231. Un nodule cutané révélant un carcinome à cellules claires rénales .

B. KARRAKCHOU

232. Alopécie frontale fibrosante : expérience du chu med vi d'oujda. **A. KHOUNA**

233. Alopecie frontale fibrosante et comorbitités : a propos de 22 cas. **K. LAAMARI**

234. Docteur,mon ongle ne pousse plus: pensez à l'incarnation postérieure ou rétronychie! **M. KHALIDI**

235. Kyste trichilemmal proliférant: à propos d'un cas. **F. BOUIGHJDANE**

236. La pelade : profil clinique, épidémiologique et dermoscopique et évaluation thérapeutique (à propos de 54 cas). **S. ALAMI**

237. L'atteinte unguéal au cours de la pelade. **A. RASSO**

238. Onychomycoses : connaissances et attitudes pratiques en médecine générale..

A. KHOUNA

239. Phytothérapie et pelade : expérience du service de dermatologie chu mohammed vi oujda . **H. RAGRAGUI OUASMIN**

Résumé :1

Complications cutanées post-allogreffe de cellules souches hématopoïétiques : À propos de 13 cas

Lamiae Araqi Houssaini , Hali Fouzia,Baline Kenza,Asmâa Quessar,Soumia Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques est un traitement reconnu pour les patients atteints de maladies sévères constitutionnelles ou acquises du système hématopoïétique. Par ailleurs, cet acte est toujours lié à de lourdes complications imposant une prise en charge multidisciplinaire. Notre étude décrit les complications cutanées post-allogreffe survenues au service d'hématologie du centre hospitalier universitaire de Casablanca.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective portant sur les patients allogreffés ayant présenté des complications cutanées, colligés dans le service d'hématologie de l'Hôpital 20 Août de Casablanca entre Janvier 2018 et Mai 2019.

Résultats :

13 patients ont été recensés, dont 7 hommes et 6 femmes, âgés en moyenne de 32 ans avec des extrêmes de 9 à 60 ans. Cinq patients présentaient une leucémie aigue myéloblastique, cinq une aplasie médullaire et trois une leucémie aigüe lymphoblastique. Tous les patients ont reçu une chimiothérapie d'induction (Busulfan/Fludarabine ou Busulfan/Melphalan). 4 patients présentaient une hyperpigmentation des plis suivie d'un décollement survenant en moyenne 3 semaines après la chimiothérapie d'induction, et dont l'enquête de pharmacologie et l'histologie ont retenu le diagnostic de toxidermie au Busulfan. La réaction de greffon contre l'hôte aigue était retrouvée chez 3 patients, révélée par une éruption maculeuse érythémato-violacée étendue à tout le corps, confirmée par biopsie cutanée et traitée par corticothérapie à 1 mg/kg/j avec bonne évolution chez deux patients et décès d'une patiente à la suite d'une hépatite fulminante sur GVH digestive. Une réaction du greffon contre l'hôte chronique lichénoïde était retrouvée chez 2 patients. Une infection cutanée était retrouvée chez 6 de nos patients, soit trois cas de folliculites à Malassezia, un cas de zona périnéo-scrotal et un cas de varicelle, ayant tous répondu au traitement symptomatique ; mis à part un cas de septicémie à Candida décédé à la suite d'un sepsis sévère. Une acné aggravée du visage et du tronc était également recensée, ayant bien répondue au traitement local.

Discussion :

L'allogreffe de cellules souches hématopoiétiques est pourvoyeuse de nombreuses complications. La littérature précise surtout les complications hématologiques et digestives, alors que les complications cutanées sont peu décrites. Notre série est particulière du fait qu'elle rapporte les différents types de complications cutanées pouvant survenir. Les réactions

cutanées de greffon contre l'hôte et les infections semblent prédominer. Cependant, notre échantillon est réduit d'où l'intérêt d'autres séries afin de mieux reconnaitre les complications cutanées des allogreffés et savoir les traiter.

Conclusion :

L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques peut être à l'origine de nombreuses complications cutanées qu'il faut savoir reconnaître afin d'adapter la prise en charge.

Résumé :2

Erythème noueux révélant une hépatite B

Yasmina El Arabi,Baline Kenza,Hali Fouzia,Chiheb Soumaya,
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

L'érythème noueux est le plus fréquent des dermo-hypodermites nodulaires. Il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité non spécifique à divers allergènes. Il peut être associé à de nombreuses étiologies. L'association à une hépatite B reste rare. Nous rapportons l'observation d'une patiente ayant présenté un érythème noueux révélant une infection au virus de l'hépatite B.

Observation :

Patiente de 42 ans, diabétique sous régime seul, hypertendue sous Amlodipine, admise pour des nodules sous cutanés inflammatoires en plaque de la face interne des cuisses, évoluant depuis 15 jours. La symptomatologie était associée à des arthralgies inflammatoires sans photosensibilité ni épigastralgies dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général. L'interrogatoire ne retrouve pas de prise médicamenteuse. Les ASLO, l'enzyme de conversion de l'angiotensine et l'IDR à la tuberculine sont revenus négatifs et la radiographie thoracique normale. Les sérologies virales ont révélé une hépatite B active. Le diagnostic d'un érythème noueux associé à une hépatite B a été retenu. La patiente a été mise sous traitement symptomatique et adressée en gastrologie pour prise en charge.

Discussion :

Notre observation rapporte le cas d'une étiologie rare d'érythème noueux. En effet, les étiologies fréquemment retrouvés sont l'infection par le streptocoque béta hémolytique A, la primo-infection tuberculeuse, la sarcoïdose et l'étiologie médicamenteuse. A notre connaissance, seuls 7 cas d'érythème noueux associés à une hépatite B sont retrouvés dans la littérature. La prise en charge thérapeutique fait appel à un traitement étiologique de l'hépatite B et à un traitement symptomatique.

Conclusion :

L'érythème noueux est un motif fréquent de consultation en dermatologie. L'infection à hépatite B en est une étiologie rare mais qu'il faut impérativement rechercher au cours de l'enquête étiologique.

Résumé :3

Hépatite médicamenteuse sévère à l'Azathioprine chez une patiente atteinte de pemphigus

Layla Bendaoud, Iyda Elfaqyr,Hasna Ait El Hadj,ouafa hocar,said amal
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

L'azathioprine (AZA) est un immunosuppresseur utilisé dans le traitement des maladies auto-immunes, connu par ses effets secondaires digestifs, hématologiques et rarement hépatiques. Nous rapportons le cas d'une hépatite toxique secondaire à l'azathioprine chez une patiente traitée pour pemphigus foliacé.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 47 ans, sans antécédents pathologiques, présentant un pemphigus foliacé. Le bilan pré-thérapeutique était sans anomalies. La patiente a été mise sous corticothérapie orale à 1mg/kg/j et sous azathioprine à la dose de 150 mg/j. A J 18, elle a présenté un ictère cutanéomuqueux cholestatique, des courbatures, et une asthénie. Le bilan a révélé une cytolyse majeure :ALAT à 1370 UI/l (42N), ASAT à 725 UI/l (20N), une cholestase sévère :GGT à 2370 UI/l (56N), PAL à 778 UI/l (7N), bilirubine totale augmentée à prédominance conjuguée, avec un TP correct à 97%. Les sérologies virales des hépatites A, B, C, E et de CMV, EBV étaient négatives. Le bilan d'hépatopathie auto-immune était négatif. L'échographie hépatique et la BILI-IRM n'ont pas montré d'anomalies. Devant le tableau clinique, et la négativité du bilan virologique, immunologique et radiologique, l'origine toxique à l'azathioprine a été retenue. La décision thérapeutique a consisté en ; l'arrêt de l'azathioprine et la surveillance clinico-biologique. Trois mois plus tard, l'ictère cholestatique a nettement régressé, avec une amélioration de la cytolyse (ALAT à 151 UI/l, ASAT à 131 UI/l) et la cholestase est en diminution progressive (GGT à 800 UI/l, PAL à 300 UI/l). Actuellement la patiente est sous corticothérapie avec une surveillance biologique régulière

Discussion :

Le pemphigus foliacé est une dermatose intra-épidermique, d'origine auto-immune, dont le traitement se base principalement sur les immunosuppresseurs. L'azathioprine est un des immunosuppresseurs utilisés, son métabolisme implique 3 voies enzymatiques compétitives, l'une de ces voies est catalysée par la Thiopurine méthyl transférase (TPMT) dont l'activité est corrélée à l'efficacité, à la toxicité de l'AZA, et varie selon l'expression du gène polymorphe. Les effets secondaires précoces de l'AZA sont représentés par une fièvre, une éruption cutanée, des signes digestifs, des arthralgies, ou spécifiquement une pancréatite, une myélosuppression, et plus rarement, une hépatotoxicité résultant d'une hypersensibilité, ou d'anomalie idiosyncrasique et qui peut se révéler soit par une cytolyse, une cholestase soit par les deux. A long terme, l'incidence de l'atteinte hépatique varie entre 3 et 10%, et elle est moins sévère que celle apparue à court terme.

Conclusion :

Une meilleure connaissance des effets secondaires hépatiques de l'AZA permet son arrêt immédiat au moindre signe.

Résumé :4

Hyperpigmentation des plis due au Busulfan : une toxidermie inhabituelle chez 2 allogreffés

Lamiae Araqi Houssaini,Hali Fouzia,Kenza Baline,Rime Farhane,Asmâa Quessar,Soumia Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le Busulfan est un agent alkylant utilisé dans la prise en charge de conditionnements des allo et autogreffes de moelle et dans le traitement des leucémies myéloïdes chroniques. Ses effets secondaires sont le plus souvent hématologiques, hépatiques et respiratoires ; ceux d'origine cutanée sont exceptionnels. Nous rapportons deux cas de toxidermies à type d'hyperpigmentation des plis induites par le Busulfan.

Observation :

Observation 1 : Patiente de 26 ans, suivie au service d'hématologie pour leucémie aigue myéloblastique. Une allogreffe a été programmée avec chimiothérapie d'induction au Busulfan. Elle a présenté à J-27 de l'induction, une hyperpigmentation des plis axillaires, sous-mammaires, inguinaux et de la face cutanée des grandes lèvres ; évoluant vers un décollement au niveau des mêmes zones. La biopsie cutanée a objectivé la présence de corps apoptotiques avec incontinence pigmentaire compatible avec une toxidermie. Il est à noter qu'un aspect de syringométaplasie eccrine est présent sur quelques canaux mais reste non significatif pour expliquer les lésions cliniques. L'évolution sous traitement symptomatique était favorable avec épidermisation. Le recul actuel est de 4 mois. Observation 2 : Patiente de 32 ans, suivie au service d'hématologie pour leucémie aigue lymphoblastique chromosome Philadelphia positif. Une allogreffe a été programmée avec chimiothérapie d'induction au Busulfan. Elle a présenté à J-22 de l'induction, une hyperpigmentation des plis axillaires, sous-mammaires, inguinaux, vulvaires et en péri-anal avec un décollement au niveau des mêmes zones. Une biopsie cutanée n'a pas pu être réalisée. La patiente a bien évolué sous traitement symptomatique avec un recul d'un mois et demi.

Discussion :

Les effets secondaires cutanés de la chimiothérapie sont décrits dans la littérature comme « érythème toxique de la chimiothérapie ». Nos observations représentent des cas de toxidermie au Busulfan à type d'hyperpigmentation des plis retenue devant l'aspect clinique, la notion de prise médicamenteuse et l'absence d'une autre cause évidente. La présence de signes de toxidermie à l'examen histo-pathologique réconforte notre diagnostic. Par ailleurs, la présence de métaplasie au niveau de l'épithélium de quelques canaux eccrines, en faveur de la syringométaplasie eccrine squameuse est due probablement à l'excrétion du Busulfan par les canaux eccrines et donc leurs altérations par ce dernier. La syringométaplasie eccrine n'est donc qu'une conséquence de la toxicité du Busulfan au niveau de ces glandes.

Conclusion :

Nos observations présentent un double intérêt clinique et histologique. La toxidermie induite par la chimiothérapie peut se présenter sous forme d'hyperpigmentation et pas seulement sous forme d'érythème comme fréquemment décrit. De plus, la syringométaplasie eccrine n'est pas

responsable directement de l'hyperpigmentation et n'est en fait qu'une évolution possible de la toxidermie.

Résumé :5

LE BEBE COLLODION : UNE NOUVELLE OBSERVATION

Fatima amaaoune, Chakiri radia
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le bébé collodion désigne un état cutané néonatal transitoire caractérisé par une modification de la surface épidermique qui apparaît comme recouverte d'une enveloppe comparée à du collodion séché. Cet état collodionné est le premier signe de différentes ichtyoses ou de maladies dysmétaboliques. Nous rapportons une observation de bébé collodion chez un Nouveau-né à J3 de vie

Observation :

Il s'agit d'un Nouveau-né de sexe féminin à J3 de vie ayant comme antécédent un diabète chez la mère. Le nouveau-né est né à terme par césarienne avec un poids de naissance à 2kg900. L'examen général trouvait un nouveau-né stable sur le plan hémodynamique et respiratoire et apyrétique. L'examen dermatologique objectivait une peau recouverte d'une membrane vernissée avec des fissures et des érosions par endroits, desquamative en larges lambeaux sur tous le corps ainsi que le visage. Le reste de l'examen clinique notait l'absence de cils avec ectropion des 2 yeux et des oreilles mal ourlées. Devant cet aspect clinique le diagnostic de bébé collodion a été posé. La prise en charge était d'hospitaliser le Nouveau-né en unité de néonatologie, surveillance de l'état hémodynamique et de la température, des bains quotidiens pour lutter contre l'infection, une crème cicatrisante à base de cuivre et de zinc pour les érosions cutanées avec une crème hydratante pour tous le corps.

Discussion :

Le phénotype bébé Collodion est rare, estimé entre 1 pour 50 000 et 1 pour 100 000 naissances. Les séries de la littérature sont rares et rapportent de manière rétrospective au maximum une trentaine de cas. Il s'agit d'un état néonatal transitoire mais qui peut engager le pronostic vital à court terme en raison des complications. La mortalité est difficile à chiffrer précisément et a diminué au cours des années avec les avancées de la néonatologie. Les chiffres selon les publications varient entre 5 % et 24 %. Le pronostic à long terme dépend de la maladie de la kératinisation sous-jacente, le plus souvent sévère, mais des issues favorables existent. Sur le plan clinique la peau est érythémateuse, luisante, tendue et vernissée responsable d'un ectropion, éclabion, d'un hélix aplati et d'une flexion des doigts et des orteils comme c'était le cas chez notre patient. Les plis sont fissurés, parfois érosifs. Les semi muqueuses, les ongles et les cheveux sont normaux.
L'essentiel du traitement est symptomatique. Il vise à réduire l'hyperkératose et à contrôler les possibles complications tant à la période néonatale qu'ultérieurement. Ce traitement repose sur l'hydratation, la lubrification (émollients) et la kératolyse (les kératolytiques). Le clinicien ne limitera pas son action à l'atteinte cutanée, mais s'attachera à prévenir les conséquences (fonctionnelles, sensorielles et psychologiques) pouvant être très affichantes

pour l'avenir de ces enfants. La prise en charge doit être spécialisée. Elle englobe toute la famille, avec une consultation de génétique comportant une information aux possibilités actuelles de diagnostic anténatal pour les grossesses ultérieures.

Conclusion :

Le diagnostic de bébé collodion est uniquement clinique. L'aspect du nouveau-né dès les premières heures de vie est caractéristique. La naissance d'un bébé collodion représente une prise en charge lourde pour la famille et la société. Son dépistage anténatal est une question critique.

Résumé :6

Le syndrome de stevens-jonhson au service du diagnostic de l'infection a vih

ASERMOUH MARWA,Chaimae Ait Khabba,Karima Senouci,Leila Benzekri,Nadia Ismaili,Meriem Meziane,Badreddine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le syndrome de Stevens-Johnson (SSJ) est une toxidermie rare mais particulièrement grave. Cette réaction d'hypersensibilité cutanée, se caractérise par une nécrose de l'épiderme et des muqueuses et un grand polymorphisme clinique. La fréquence de cette toxidermie, n'a cessé de croître avec le développement de l'infection par le VIH. Nous allons rapporter un nouveau cas d'infection à VIH révélé au décours d'un SSJ.

Observation :

Patient de 46ans ayant comme antécédent un abcès de la fesse droite drainé puis mis sous Ciprofloxacine et Métronidazole. Admis, 8j plus tard, dans un tableau de toxidermie; L'examen clinique retrouvait un patient cachectique, apyrétique, avec présence de macules purpuriques disséminées, des érosions au niveau du nez, avec un signe de Nikolsky positif. La SC décollée était < 10%(Figure 1). On notait également une atteinte des muqueuses (Figure 2) et des adénopathies périphériques. Les médicaments en cause ont été immédiatement arrêtés et notifiés. Le bilan biologique de retentissement était sans particularité. La biopsie cutanée a confirmé le SSJ. Sur le plan thérapeutique, le patient bénéficiait de soins locaux quotidiens, et de Tobramycine en collyre. L'évolution fut marquée par l'amélioration des lésions et l'apparition d'une dermatite séborrhéique explosive au niveau du visage.(Figure 3) Ce tableau a motivé la réalisation d'une sérologie HIV qui était positive, avec une charge virale à 275206 copies/ml et un taux de CD4 à 13 éléments/mm3. Le patient fut alors transféré au service de médecine interne où un bilan à la recherche d'infections opportunistes a été fait et où un traitement par antirétroviraux a été démarré.

Discussion :

Le Syndrome de Stevens-Johnson (SSJ), est une réaction d'hypersensibilité cutanée aiguë mettant en jeu le pronostic vital. Sa physiopathologie est encore mal connue. Le SSJ est lié à une prise médicamenteuse dans plus de 95% des cas. Le délai d'induction est de 4 à 28jours. Les signes cliniques, peuvent être faits de signes généraux, de lésions cutanées sous forme de macules purpuriques, pseudo-cocardes, bulles, un signe de Nikolsky ou un décollement <

10% de la surface corporelle et d'atteinte des muqueuses. Le SSJ se caractérise à l'histologie par une apoptose kératinocytaire des épithéliums cutanés et muqueux. Le diagnostic repose sur l'histologie et surtout sur la démarche d'imputabilité faite par le centre de pharmacovigilance. L'incidence globale de cette toxidermie est de 1,2 -6 cas/million hab/an. Celle-ci, varie significativement dans le monde et est influencée par certains facteurs dont l'infection par le VIH. En effet, l'incidence est 10 à 100 fois plus élevée au cours de l'infection par le VIH. Au cours de cette infection, les formes graves sont plus fréquentes et la mortalité plus élevée avoisinant dans certains cas les 70% en Afrique.

Conclusion :

Le SSJ est une toxidermie rare mais grave pouvant engager le pronostic vital et fonctionnel du patient. Comme les autres toxidermies, il est plus fréquent au cours de l'infection par le VIH. Ainsi, on peut retenir l'intervention de plusieurs facteurs dans le déterminisme d'une toxidermie: le patient avec sa génétique, son immunité, l'infection virale à VIH, le médicament et l'environnement.

Résumé :7

Les urgences dermatologiques : Une évaluation des connaissances des internes des urgences

Hanane daflaoui, Afaf khouna,Hazim aburabie
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

L'urgence en dermatologie n'a pas de définition consensuelle, couvrant de nombreuses affections, les internes et les urgentistes étant les médecins de 1ère ligne, notre étude avait comme objective l'évaluation de leurs connaissances dans la prise en charge des urgences les plus fréquentes dans notre contexte.

Matériels et méthodes :

Une étude descriptive transversale avec un questionnaire anonyme, de 41 questions, conçu avec le logiciel Google-Forms qui était envoyé à travers des réseaux sociaux aux internes du CHU Med VI Oujda et de périphérie, avec des informations sociodémographiques, et une évaluation sur leurs connaissances théoriques et pratiques.

Résultats :

Quatre-vingt-six médecins ont répondu au questionnaire, leur sexe ratio F/H était de 1.83, 57% d'entre eux étaient des 7ème années, 33% en 6ème année, et 10% des nouveaux résidents. La moitié avaient bénéficié d'une formation en dermatologie durant les stages d'externat, 56.5% jugent insuffisante leur connaissance, contre 6% qui la qualifient de suffisante, les 2/3 sollicitent souvent un avis spécialisé. Concernant la corticothérapie, elle est d'usage systématique dans les dermatoses bulleuses chez les 2/3 des internes, par 10% dans les brulures, et 71% en cas d'urticaire, En fin 95% des médecins désirent bénéficier d'une formation supplémentaire.

Discussion :

Notre étude objective l'insuffisance des connaissances concernant les urgences dermatologiques par les internes des urgences, et la mise en évidence de la fréquence du

recourt à la corticothérapie. En fin, la méconnaissance des urgentistes est responsable d'une mauvaise prise en charge.

Conclusion :

Les urgences dermatologiques représentent une part non négligeable de la pratique médicale, les résultats de notre étude confirment la nécessité de formations supplémentaires.

Résumé :8

Les urticaires aiguës de l'enfant : série de 6 cas

Fairouz Cherkaoui, FatimaZahra El Fetoïki,Hayat Skali,Hali Fouzia,Soumyia Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

L'urticaire est une maladie fréquente qui touche les enfants et les adultes. C'est une maladie des mastocytes, d'origine allergique IgE dans certains cas, mais plus souvent non allergique en raison d'une « fragilité » des mastocytes qui sont activés par divers stimuli. Les données chez l'enfant sont éparses et souvent extrapolées à partir des informations obtenues chez l'adulte.

Matériels et méthodes :

Nous avons colligé tous les cas d'urticaire aiguë observés chez les enfants ayant consulté entre janvier 2017 et Juillet 2019 au centre de consultation du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Notre série comporte 6 cas

Résultats:

L'âge moyen de nos patients était de 3 ans, il n'y avait pas de prédominance de sexe (sexe ratio de 1), l'origine virale était confirmée chez 5 de nos patients, chez un seul patient l'étiologie alimentaire a été suspectée. L'aspect clinique prédominant était une éruption annulaire généralisée à centre ecchymotique chez 5 de nos patients, chez un seul patient l'éruption était localisée aux membres inférieurs. L'évolution était favorable sous antihistaminiques chez tous nos patients.

Discussion :

L'urticaire, quelque soit son type, semble plus rare chez l'enfant, avec une prévalence de 3-5% versus 25% chez l'adulte. L'urticaire pédiatrique apparaît entre 6 et 11 ans. Contrairement aux adultes, l'urticaire chez l'enfant affecte autant les garçons et les filles comme observé dans notre série. La présentation pédiatrique est souvent spectaculaire, avec des lésions volontiers ecchymotiques. L'urticaire aiguë spontanée est la présentation clinique la plus fréquente chez les enfants, souvent déclenchée par une infection virale d'origine respiratoire. La grande majorité des urticaires aiguës dure quelques jours puis régresse sans séquelles. Les médicaments sont ensuite la seconde cause d'urticaire aiguë chez l'enfant (12,4% des cas), Seuls 0,1-0,3% évoluent vers une urticaire chronique.

Conclusion :

L'urticaire est une affection dermatologique fréquente, sa présentation clinique est particulière chez l'enfant avec un aspect annulaire ecchymotique, son traitement repose sur les antihistaminique

Résumé :9

Onychodystrophie Chronique Des Vingts Ongles : Amélioration Spectaculaire Après Arrêt Du Valproate de Sodium.

Aida Oulehri, Sara Elloudi,Zakia Douhi,Baybay Hanane,Mernissi Fatima zahra
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

IL existe peu de cas rapportés dans la littérature de toxicité unguéale secondaire au traitement par le valproate de sodium (VS), et ce, malgré le large champ de prescription de ce médicament. Nous rapportons le cas d'une patiente qui présentait une onychodystrophie diffuse d'évolution chronique et qui s'est améliorée de façon spectaculaire après l'arrêt du VS.

Observation :

Il s'agit d'une femme âgée de 43 ans suivie depuis 02 ans pour épilepsie sous VS depuis 18 mois et qui présentait une onychodystrophie des vingt ongles évoluant depuis 1 an. La patiente était très gênée surtout par l'atteinte des doigts des mains qui était responsable d'un retentissement psychique majeur. La patiente a été mise sous Terbinafine pendant cinq mois sans amélioration. L'examen dermatologique a montré une onycholyse de la moitié distale des doigts des mains avec une xanthonychie et une hyperkératose sous unguéale. Pour les ongles des orteils nous avons objectivé une pachyxanthonychie diffuse avec une hyperkératose sous unguéale. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Après une revue de la littérature sur le sujet, nous avons décidé de ne pas réaliser initialement de biopsie unguéale et de faire une épreuve thérapeutique par arrêt du Valproate de sodium qui a été remplacé par une autre famille d'antiépileptique (La lamotrigine). Après six semaines, on a objectivé une disparition complète des anomalies unguéales des doigts des mains et une amélioration très significative au niveau des orteils. Nous disposons jusqu'à ce jour d'un recul de 06 mois avec un aspect normal des doigts des mains et une amélioration plus progressive au niveau des ongles des orteils. La déclaration à la pharmacovigilance a été réalisée confirmant l'imputabilité de la Dépakine.

Discussion :

Les anomalies unguéales dues au VS rapportées dans la littérature sont l'onycholyse, l'onychomadése, la xanthonychie, la leuconychie et la trachyonichie. Ces modifications semblent être indépendants de la dose, peuvent être développées à tout moment du traitement, et s'améliorent rapidement après son arrêt .La pathogénie n'est pas connue. Une carence en zinc a été suggérée, cependant, cela n'a pas été confirmé dans les études.

Conclusion :

Devant une onychodystrophie unguéale diffuse, le praticien doit penser à l'étiologie toxique et réaliser d'abord un interrogatoire minutieux avant d'indiquer une biopsie unguéale qui reste un geste non dénué de séquelles dystrophiques.

Résumé :10

Pemphigoïde bulleuse induite par trois différentes classes d'anti-hypertenseurs

Lamiae Araqi Houssaini, Baline Kenza,Hali Fouzia,Farida Marnissi,Soumia Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse (PB) médico-induite est une entité rare décrite surtout quand la prise médicamenteuse est récente. Nous rapportons le cas d'une PB induite par trois classes d'anti-hypertenseurs.

Observation :

Patiente de 62 ans présentait 10 jours après la prise d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), des bulles tendues étendues et des érosions endo-buccales. La biopsie cutanée avec immunofluorescence directe et indirecte était en faveur d'une PB ; avec un score d'imputabilité I5B4 pour les IEC en faveur d'une PB induite par les IEC. Elle était mise sous dermocorticoïdes et les IEC étaient substitués par les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA 2), avec bonne amélioration. Un mois après, il y a eu réapparition de lésions bulleuses tendues avec hyperéosinophilie à 3960. Les ARA 2 étaient également incriminés, ils ont été arrêtés et remplacés par les B-bloquants. La patiente était mise sous corticothérapie avec blanchiment. Une deuxième rechute est survenue 3 semaines après. L'étude d'imputabilité incriminait les B-bloquants qui ont été arrêtés avec surveillance de la TA et régime seuls. La patiente a été mise sous corticothérapie, azathioprine et dermocorticoïdes avec bonne évolution.

Discussion :

Différents effets secondaires cutanés sont observés sous antihypertenseurs mais rarement à type de PB selon la littérature. Certains auteurs ont proposé des critères distinguant une simple PB d'une PB médico-induite. Cette dernière est caractérisée par sa survenue à un âge plus jeune, la présence d'une atteinte muqueuse inhabituelle dans une PB classique, l'amélioration après arrêt du médicament imputable et l'hyperéosinophilie sanguine marquée. Tous ces éléments étaient notés chez notre patiente. De plus, le délai entre la prise médicamenteuse et l'apparition des lésions était respectivement de 10 jours (IEC), 30 jours (ARA 2) et 20 jours (B-bloquant), ce qui est semblable aux données de la littérature : la prise médicamenteuse devant être récente (délai inférieur à 6 semaines). Notre cas trouve aussi son originalité dans le fait que notre patiente a développé une PB à trois différentes classes thérapeutiques. Selon les données de la littérature, toutes les classes thérapeutiques peuvent déclencher une PB, mais il n'existe pas de preuves pouvant prédire de l'apparition de cette entité avec une classe ou une autre. Etant donné que notre patiente présentait une PB induite successivement par trois anti-hypertenseurs, nous avons arrêté tout traitement avec surveillance de la TA et mesures hygiéno-diététiques ; afin de prévenir une immunisation avec une autre classe thérapeutique.

Conclusion :

La survenue d'une PB avec des caractères inhabituels (atteinte muqueuse, hyperéosinophilie marquée) doit faire rechercher une prise d'anti-hypertenseurs, sans oublier que toute substitution peut également déclencher la maladie.

Résumé :11

Pemphigus secondaire à un ARA II

JIHANE ZIANI,ZAKIA DOUHI,SAGHA OUKARFI,HANANE BAYBAY ,SARA ElIOUDI,FATIMA ZAHRAE MERNISSI
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le pemphigus induit par les médicaments est une entité rare mais bien connue 1. Le Losartan potassium est une forme orale d'un antagoniste des récepteurs non peptidiques de l'angiotensine II (ARA II), indiqué dans le traitement de l'hypertension 2. Nous rapportons le cas d'un pemphigus induit par Losartan chez une femme atteinte d'hypertension artérielle essentielle

Observation :

Une femme de 66 ans hypertendue, mise sous 50 mg de Losartan par jour pendant deux ans. Deux mois après, la patiente a présenté des érosions étendues, généralisées et croûteuses au niveau du visage, du cuir chevelu, du tronc et des extrémités, progressivement résolues sous stéroïdes topiques. Néanmoins, la patiente a été hospitalisée avec une exacerbation de sa maladie évoluant depuis 2 semaines. L'examen physique a révélé des bulles flasques et de multiples érosions superficielles, principalement sur le tronc. Le signe de Nikolsky était positif. L'examen histologique et immunologique avait confirmé le diagnostic de pemphigus. La patiente a été hospitalisée et mise sous corticostéroïdes par voie intraveineuse avec relai par voie oral. Après la réponse de la pharmacovigilance incriminant le rôle inducteur du traitement antihypertenseur, le Losartan fut interrompu. L'évolution a été marquée par un blanchiment complet des lésions à 1 mois du control, le patient fut décédé 2 mois après d'une embolie pulmonaire

Discussion :

Le terme pemphigus fait référence à un groupe de maladies auto-immunes intra-épidermiques de la peau et des muqueuses 1. La présentation caractéristique du pemphigus est la présence de bulles flasques étendues et d'érosions cutanée et des muqueuses et lésions buccales qui peuvent se développer entre 1 jour et 6 mois après l'administration du médicament coupable lorsque la maladie est induite. Le diagnostic est basé sur le tableau clinique, les résultats histopathologiques et la présence d'auto-anticorps détectés directement ou indirectement par immunofluorescence 2. Le pemphigus induit par le médicament imite le pemphigus idiopathique cliniquement, histopathologiquement et immunologiquement. Il a était rapporté que les antihypertenseurs causent le pemphigus vulgaire ou foliacé (PF) qui est le variant le plus commun du pemphigus induits. Le diagnostic de pemphigus d'origine médicamenteuse est difficile 3. Le traitement commence par le retrait immédiat du médicament soupçonné. Une dose moyenne à élever de stéroïdes systémiques est habituellement recommandée jusqu'à disparition de tous les symptômes de la maladie. La rémission peut être obtenue en quelques semaines et les doses de stéroïdes peuvent être progressivement réduites 2

Conclusion :

Nous suggérons qu'un pemphigus survenant chez un sujet âgé, résistant au traitement et précédé par la prise d'un médicament, est probablement un pemphigus induit, dans notre cas il l'était au Losartan.

Résumé :12

Réaction de photosensibilité induite par l'association Docétaxel et Trastuzumab

Wafaa Bahtaoui, K.Baline,F.Hali,S.Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le docétaxel est une chimiothérapie appartenant au groupe des taxanes. Il est utilisé en association avec le Trastuzumab (anti-HER-2) dans le traitement du cancer du sein métastatique. Ses effets secondaires cutanés sont nombreux, la photosensibilié reste toutefois rare et de mécanisme inconnu. Nous en rapportons un cas.

Observation :

Patiente âgée de 50 ans, sans antécédents particuliers, suivie pour un cancer du sein traité par chirurgie puis chimiothérapie à base de l'association Docétaxel et Trastuzumab. A la dernière cure, la patiente a présenté un érythème peu prurigineux des zones photoexposées (visage et dos des mains), associé à un œdème local. Une photosensibilité au Docetaxel a été évoquée. L'évolution était favorable sous photoprotection après fin des cures de chimiothérapie, avec disparition de l'érythème avec fine desquamation, sans séquelles pigmentaires

Discussion :

La photosensibilité est un effet secondaire cutané rare du Docétaxel, de mécanisme inconnu. Chez notre malade, l'association au Trastuzumab a probablement potentialisé cet effet. La connaissance de cet effet indésirable permettra d'instaurer des mesures préventives chez ces patients, se basant sur la photoprotection.

Conclusion :

Le docétaxel peut rarement être pourvoyeur de réactions de photosensiblité. C'est un effet indésirable à connaître et à prévenir

Résumé :13

Syndrome de Babouin (SDRIFE) secondaire à une infection à Parvovirus B19

Wafaa Bahtaoui, Fatima Zahra El Fetoiki,Fouzia Hali,Farida Marnissi,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema (SDRIFE) désigne une toxidermie flexurale peu fréquente. Moins de 100 cas sont publiés dans la littérature. Nous rapportons un cas survenu en dehors d'une prise médicamenteuse, secondaire à une infection virale.

Observation :

Patiente de 34 ans sans antécédents pathologiques particuliers a présenté une éruption prurigineuse érythémato-purpurique des plis évoluant depuis 6 jours sans notion de prise

médicamenteuse antérieure, précédée d'un syndrome grippal. L'examen clinique objectivait des placards érythémato-purpuriques confluents et symétriques au niveau des plis de flexion, bien délimités, sans atteinte muqueuse associée, ni fièvre, ni adénopathies. Le bilan a retrouvé un syndrome inflammatoire, la recherche d'anticorps anti nucléaires et d'ANCA et les sérologies hépatitiques et rétroviral étaient négatives. La biopsie cutanée de Lésions purpuriques concluait à une vascularite leucocytoclasique avec infiltrat neutrophile et une immunofluorescence directe négative. La sérologie du parvovirus B19 révélait un titre d'IgM élevé avec des IgG négatifs. Sur le plan thérapeutique, la malade n'avait recu qu'un traitement symptomatique fait d'antihistaminiques et antalgiques. L'évolution fut marquée par la régression spontanée des lésions sans cicatrices résiduelles.

Discussion :

Le syndrome Babouin ou SDRIFE était auparavant considéré comme une toxidermie. Il est actuellement rapporté à plusieurs autres étiologies dont la dermite de contact et les infections. Notre cas était lié à une infection au parvovirus B19. La symptomatologie dermatologique de la primo-infection par le parvovirus B19 est variable. Notre cas était également particulier par le caractère purpurique des lésions.

Conclusion :

le syndrome babouin est rapporté à plusieurs étiologies parmi lesquelles l'infection à Parvovirus B19 mérite d'être considérée.

Résumé :14

Toxidermie lichénoïde pigmentogène chez un sujet âgé : quel antihypertenseur incriminé ?

Sofia Alami,Karima Senouci,Nadia Ismaili,Myriam Lakhmiri,Badreddine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Les réactions cutanées indésirables aux antihypertenseurs sont courantes. Le temps d'apparition et la présentation sont très variables. La toxidermie lichénoïde est une réaction indésirable rare, classiquement corrélée à la prise d'antihypertenseurs, mais également aux antipaludiques, aux diurétiques et aux bêta-bloqueurs. Nous rapportons ici un cas de toxidermie lichénoïde pigmentogène (TLP), induite par un inhibiteur de l'enzyme de conversion (captopril®).

Observation :

Un homme de 90 ans, suivi pour une cardiomyopathie dilatée depuis 5 ans, sous captopril® et amlodipine®, à la posologie de 75 mg/j et 10 mg/j respectivement, se présente en consultation pour une éruption apparue depuis un an, très prurigineuse, d'aggravation progressive, et d'évolution pigmentaire. L'examen retrouvait une infiltration érythémateuse strictement photo distribuée, surmontée d'une hyperpigmentation diffuse. L'étude histologique de la peau confirmait le diagnostic de toxidermie lichénoïde pigmentogène. Les deux antihypertenseurs, sont pourvoyeurs d'une telle toxidermie, avec le même score d'imputabilité : C1S1B3. Le captopril® fut retenu comme médicament inducteur, vu l'aggravation des lésions malgré l'arrêt de l'amlodipine®.

Discussion :

La prise de plusieurs antihypertenseurs est classique chez les sujets âgés souffrant de cardiopathies. Chez ce patient, le diagnostic de TLP, a été retenu sur des arguments cliniques et anatomopathologiques. Pour ce qui est de l'imputabilité de l'un ou de l'autre antihypertenseur, c'est la chronologie des évènements qui nous a permis de retenir le captopril® comme responsable de cette toxidermie.

Conclusion :

La toxidermie lichénoïde est imputable à plusieurs médicaments couramment utilisés chez le sujet âgé. Ce cas montre la difficulté de prise en charge des toxidermies chez les sujets âgés, car la recherche du médicament causal nécessite parfois de la perspicacité. Nous rapportons à travers cette observation, un cas très rare de toxidermie lichénoïde pigmentogène au captopril®.

Résumé :15

Toxidermie lichénoide induite par les protéines en poudre pour le culturisme

SELMA EL KADIRI, zakia douhi,rhizlane chaoui ,sara elloudi,hanane bay bay ,fatim zahra mernissi

CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Les toxidermies lichénoides constituent des réactions cutanées médicamenteuses rares. Nous rapportons une observation de toxidermie lichénoide induite par les protéines en poudre pour la musculation.

Observation :

Un patient âgé de 22 ans sans antécédent pathologique, rapportait depuis 2 ans la consommation régulière de protéines en poudre à base de caséine pour la prise de masse musculaire sans autre prise médicamenteuse. 3 mois après, le patient a développé une éruption cutanée prurigineuse de la partie haute du tronc et du dos. A l'interrogatoire, le patient nous décrivait l'aggravation récente après la consommation du lait et de ses dérivés. L'examen dermatologique objectivait des papules violines, arrondies, à surface brillante avec des excoriations post grattage de la partie haute du tronc épargnant les muqueuses. La dermoscopie n'objectivait pas de stries de wickham. Une étude histologique des lésions a objectivé une hyperkératose orthokératosique, une couche granuleuse pluristratifiée, un infiltrat inflammatoire lymphocytaire à disposition péri-vasculaire et une nécrose kératinocytaire en faveur d'une toxidermie lichénoide. Un arrêt définitif de ces compléments avec éviction des protéines de lait de vache a été préconisé et le patient fut mis sous dermocorticoïdes en occlusion avec bonne amélioration après 3 mois .

Discussion :

La toxidermie lichénoide ou lichen induit se manifeste par des lésions lichénoides, psoriasiformes des zones photo-distribuées. De nombreux médicaments sont reconnus comme inducteurs : les bétabloquants, les antipaludéens de synthèse, les sels d'or, la pénicillamine, la terbinafine, etc. Il se localise le plus souvent au niveau du tronc avec atteinte inconstante de

la muqueuse buccale. La dermoscopie permet d'objectiver l'absence des stries de wickham .La biopsie cutanée permet de mettre en évidence une parakératose focale et un infiltrat polymorphe péri-vasculaire profond. La caséine entrant dans la composition de ces compléments est une protéine qui constitue la majeure partie de protéines azotées du lait. Concernant les effets secondaires rapportés sont des lésions eczématiformes associées à des signes digestifs à type de crampes, ballonnement abdominal et diarrhée.

Conclusion :

Nous rapportons un cas original de toxidermie lichénoide secondaire au compléments protéinés en poudre à base de caséine à ajouter aux données de la littérature.

Résumé :16

Ulcérations dues au méthotrexate chez un patient atteint de psoriasis

JIHANE ZIANI, SARA ElIOUDI,MOUNIA BENNANI,HANANE BAYBAY ,ZAKIA DOUHI,FATIMA ZAHRAE MERNISSI
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le méthotrexate (MTX) est l'un des médicaments les plus utilisés dans le traitement du psoriasis. Les effets secondaires cutanés et muqueux rencontrés sont décrits dans les propriétés pharmacologiques du traitement en luimême et qui peuvent survenir en cas de surdosage. Nous signalons le cas d'un patient souffrant d'un psoriasis sévère qui a présenté des ulcérations cutanées et de la muqueuse génitale après traitement par MTX.

Observation :

Patient trisomique âgé de 26 ans, ayant comme antécédents des plaques érythémato-squameuses évoluant par poussées/rémissions depuis l'enfance. Admis dans notre service pour prise en charge d'un psoriasis érythrodermique confirmé histologiquement. Le patient a bénéficié d'un traitement local et systémique. Ce dernier consistait à des injections de MTX hebdomadaire à la dose de 0.3mg/Kg/sem en IM. Le malade avait reçu 4 injections au total soit une dose cumulée de 60mg. Après la 3ème injection, le patient a présenté des ulcérations cutanés douloureuses bien taillées à surface propre intéressant les membres, le tronc et au niveau scrotale. Le bilan biologique a objectivé une hypoalbuminémie à 25g/l. Le reste du bilan rénal et hépatique était corrects. Une pharmacovigilance fut signalée incriminant le méthotrexate. L'évolution fut marquée par une cicatrisation des ulcérations après arrêt du méthotrexate et sous traitement local cicatrisant. Le malade était mis sous biothérapie pour la prise en charge de son psoriasis et le recul est toujours en cours.

Discussion :

Le méthotrexate (MTX) est un antimétabolite utilisé dans le traitement du cancer et des maladies autoimmunes. Le MTX inhibe la synthèse de l'ADN par inhibition compétitive de la dihydrofolate réductase dans les cellules immunologiquement actives. Il diminue également l'inflammation par d'autres mécanismes. La toxicité cutanée est habituellement liée à la dose et survient généralement lorsque les recommandations sont ignorées ou lorsqu'il y a diminution de l'excrétion rénale. Le méthotrexate est partiellement lié à l'albumine sérique, et sa toxicité risque de s'accroître en cas d'hypoalbuminémie responsable ainsi d'un surdosage.

Les signes de toxicité du MTX comprennent la suppression de la moelle osseuse, l'hépatotoxicité et la toxicité mucocutanée. Des érosions douloureuses des plaques psoriasiques et, moins fréquemment, des érosions chez les patients sans psoriasis ont été signalées comme un signe précoce de toxicité du MTX. Notre cas a présenté une toxicité cutanée au MTX malgré le respect des recommandations et l'administration d'une posologie adéquate cela suggère que le risque de surdosage rencontré chez notre malade était plutôt secondaire au taux d'albumine bas occasionnant des taux élevé de MTX circulant

Conclusion :

Le méthotrexate est une option thérapeutique de grande valeur dans le traitement du psoriasis. Le patient doit être parfaitement conscient des risques et des effets secondaires. Les ulcérations cutanées dues à la toxicité aiguë en MTX sont rares, précoces, dont le diagnostic est essentiellement clinique et peuvent survenir même en absence de facteur de risque évident et ceci en cas d'un surdosage lié à une diminution du taux d'albumine sérique. Ceci impose donc une surveillance clinique rugueuse.

Résumé :17

Une complication rare de la bléomycine : l'érythème flagellé

Wafaa Bahtaoui, Kenza Baline,Fouzia Hali,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La bléomycine est un médicament cytotoxique aux effets secondaires multiples. L'érythème flagellé est un effet secondaire rare mais spécifique. Nous en rapportons un nouveau cas.

Observation :

Patiente âgée de 50 ans, suivie pour uvéite sous corticothérapie et azathioprine, a présenté une maladie de Kaposi iatrogène confirmée à l'histologie avec étude immunohistochimique. Avec sérologie HIV négative, sans atteinte muqueuse ni viscérale. Un traitement par bléomycine a été démarré à raison de 15 mg/15 jours associé à une électronthérapie avec bonne évolution. L'examen clinique à 3 mois de traitement retrouvait une éruption linéaire en coup de fouet au niveau de la partie supérieure du dos, compatible avec un érythème flagellé. Après la fin du traitement par bléomycine, l'évolution a été marquée par une légère amélioration

Discussion :

L'intérêt de notre observation réside en la rareté de l'érythème flagellé à la bléomycine. Il s'agit d'un effet secondaire spécifique de cette molécule, indépendant de la dose reçue et de la modalité d'administration, et qui justifie une surveillance attentive des patients recevant ce traitement.

Conclusion :

L'érythème flagellé est un effet secondaire rare et spécifique de la bléomycine, indépendant de la dose et de la durée d'administration

Résumé :18

Arthropathie tabétique : À propos de 3 cas

Sabrine Rabba,Kenza Baline,Fouzia Hali,Mohamed Rahmi,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

L'arthropathie tabétique est une maladie grave devenue exceptionnelle grâce au traitement précoce de la syphilis. Dans notre contexte, elle constitue toujours un problème d'actualité. L'aspect radiologique est caractéristique et la sérologie syphilitique positive dans le liquide articulaire, le sang ou le LCR sont essentiels pour confirmer le diagnostic. La prise en charge de l'arthropathie tabétique reste difficile. Nous rapportons 3 cas d'arthropathie tabétique.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective menée entre janvier 2018 et juin 2019. Critère d'inclusion : positivité de la sérologie syphilitique dans le sang, le LCR et/ou le liquide articulaire, les lésions de destruction et le contraste entre les déformations articulaires et l'indolence.

Résultats :

L'âge moyen des malades était de 58 ans, tous de sexe masculin. L'articulation touchée était le genou (bilatérale dans 02 cas, unilatérale dans 01 cas). Le diagnostic d'arthropathie tabétique était posé sur les critères cliniques, radiologiques et biologiques. Le contraste entre l'importance des déformations articulaires et l'indolence était frappant. La sérologie syphilitique était positive dans le liquide articulaire chez 02 patients, dans le sang chez tous les patients et dans le liquide céphalorachidien chez 02 patients. L'aspect radiologique associait des lésions de destruction et de construction. Le traitement était essentiellement médical à base de Pénicilline 20 M UI/jour en IV pendant 14 jours avec une prise en charge chirurgicale antérieure.

Discussion :

Nos 3 cas illustrent tous des stades tardifs d'arthropathie tabétique. Cette arthropathie dite "neurogène" apparait dans 1 à 10% des cas de tabès. Elle touche le plus fréquemment le genou (42,5%), c'est le cas d'ailleurs de nos malades. Elle est dûe à la démyélinisation des nerfs sensitifs dans les colonnes dorsales de la moelle épinière, les articulations sont ainsi privées de leur innervation sensitive douloureuse et proprioceptive et continuellement soumises aux traumatismes de la vie courante. Environ la moitié des patients souffrant d'arthropathie tabétique ont eu des symptômes de syphilis primaire. L'intervalle entre la primo-infection et le développement d'une arthropathie tabétique varie de 3 à 66 ans, avec une moyenne de 25 ans. Dans notre série cet intervalle était de 15 ans (extrêmes : 8 ; 25 ans). Dans une série du service colligeant 14 cas entre janvier 1983 et juin 2012, l'arthropathie tabétique représentait 43% des cas du tabès, et concerne une population plus jeune que celle rapportée dans la littérature avec un âge moyen de 46 ans, 60 ans dans la littérature.

Conclusion :

Ceci dit, devant la gravité de l'atteinte articulaire de cette entité, invalidante sur le plan fonctionnel, le traitement précoce de la syphilis reste le seul garant pour prévenir l'évolution vers une arthropathie tabétique.

Résumé :19

Cryptococcose cutanée révélant la séropositivité au VIH d'un jeune patient

KHADIJA ELBOUKHARI,ELLOUDI SARA ,BAYBAY HANANE,DOUHI ZAKIA,MERNISSI FATIMA ZAHRA
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La cryptococcose est une infection mycosique rare dont l'agent responsible est le Cryptococcus Neoformans, et qui atteint les patient ayant un déficit de l'immunité à médiation cellulaire. L'atteinte pulmonaire et cérébrale est la plus fréquente, l'atteinte cutanée est rare et non spécifique pouvant parfois décliner une immunodépression liée au VIH comme était le cas de notre patient.

Observation :

Patient de 36ans, sans antécédents pathologiques notables qui présente depuis un mois une altération de l'état général, avec apparition insidieuse sur deux mois de lésions cutanées asymptomatiques. A l'examen clinique le patient était cachectique très altéré et obnubilé . A l'examen dermatologique on a trouvé des papules ombiliquées de couleur chair surmonté de croutes hémorragiques siégeant sur le visage au niveau des joues front et menton, et sur les faces dorsales des mains et avant-bras. On a trouvé aussi un muguet buccal très manifeste. Le patient a bénéficié alors d'une biopsie cutanée avec étude histologique et mycologique ayant mis en évidence le Cryptococcus Neoformans et la recherche sanguine de son antigène était positive confirmant ainsi notre diagnostic. Le patient avait dégradé son état de conscience avec apparition de signes de souffrance méningée, la décision était alors de réaliser une ponction lombaire qui a confirmé une méningite cryptococcique et le patient fut mis alors sous amphotéricine B à la dose de 1mg/kg/jr et a décédé après 3 jours après aggravation neurologique et respiratoire.

Discussion :

Cryptococcus neoformans est une levure encapsulée qui se trouve dans crottes aviaires dans le monde entier (1). L'organisme a une Capsule mucoïde épaisse qui est typiquement mucicarmine positive le distinguant des champignons fongiques histologiquement similaires (histoplasma etblastomycose). L'infection à Cryptococcus survient généralement après l'inhalation et dépots de spores du Champignon dans les alvéoles pulmonaires(1). Chez les individus immunocompétents, l'organisme développe une capsule polysaccharidique aboutissant à la reconnaissance par les phagocytes et leurs opsonisation . En cas de déficit de l'immunité cellulaire, il peut y avoir une dissémination hématogène particulièrement vers le système nerveux central, mais aussi aux reins, aux os et à la peau (2). L'atteinte cutanée et des tissus mous est relativement rare (10% -20%) et considérée comme un marqueur dissémination de la maladie, et peut parfois précéder le diagnostic d'infection systémique comme est le cas chez notre patient. La présentation clinique cutanée est variée; il peut y avoir des papules, pustules, nodules, abcès, œdème, panniculite ou des ulcères . Sur le plan thérapeutique, l'amphotéricine B, et le fluconazole restent des traitements fongicides de référence dans cette affection (3).

Conclusion :

La cryptococcose est une infection opportuniste devenant de plus en plus rare chez les patients HIV positifs depuis l'émergence de la tripple association antirétrovirale, toute fois elle peut révéler la SIDA maladie comme était le cas chez notre patient.

Résumé :20

Dermatose bulleuse : pensez simple

Mounia Bennani, Hanane Baybay,Rhizlane Chaoui ,Zakia Douhi ,Sara Elloudi ,Fatima Zahra Mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Les dermatoses bulleuse sont un groupe de maladie très hétérogène, il regroupe plusieurs pathologies de gravité variable Nous rapportons une cas d'une dermatose bulleuse courante de présentation atypique

Observation :

Patient de 56 ans, sans antécédents pathologiques notables, particulièrement pas de prise médicamenteuse récente. Il était agriculteur de profession, admis pour une éruption cutanée apparue 14 jours avant son admission au niveau du tronc, le dos, le cou et les membres supérieurs. L'examen clinique objectivait des placards érosifs, étendus, humides, surmontés par endroit des croutes mélicériques et par d'autres par la présence de bulles à contenu purulents, avec un signe de Nikolsky négatif. On notait également une conjonctivite purulente et des croutes mélicérique en périnarinaire et péribuccal sans atteinte muqueuse (Figures 1 et 2). L'histologie avait objectivé la présence d'un décollement sous corné (Figure 3) , avec en son sein des COCCI grame + (Figure 4), et l'immunofluorescence directe était négative. Le diagnostic retenu est un impétigo bulleux, le malade fut mis sous antiobiothérapie a base d'amoxicilline – acide clavulanique pendant 10 jours , avec disparition totale des lésions sans récidive après 1 an de suivi (Figure 5)

Discussion :

L'impétigo bulleux est une infection cutanée au staphylocoque aureus, qui se fois surtout chez les enfants, et très rarement chez l'adulte, chez notre malade l'histologique et les résultats microbiologiques ont permis d'éliminer les diagnostics différentiels tels que une toxidermie bulleuse, un lupus bulleux, un eczéma systémique. La présence d'un clivage sous cornée associé à un infiltrat riche en polynucléaires neutrophiles avec la présence de Cocci GRAM + au niveau de la couche cornée et au sein du décollement ont écarté le SSSS. L'IFD a éliminé un pemphigus foliacé. Les prélèvements cutané et nasal ont permis l'isolement d'un staphylocoque aureus, et L'évolution favorable sous antibiothérapie a renforcé notre diagnostic.

Conclusion :

Nous rapportons à notre connaissance le premier cas d'impétigo bulleux disséminés dans la littérature, pensons qu'il faudrait peut être l'ajouter à la liste des diagnostics à évoquer devant une dermatose bulleuse , même chez l'adulte

Résumé :21

Erysipèle et pratiques traditionnelles

Imane Couissi,Sara El Loudi, Zakia Douhi, Hanane Baybay, Fatima Zahra Mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'érysipèle est une dermo hypodermite aiguë non nécrosante d'origine bactérienne essentiellement streptococcique, la principale porte d'entrée de cet agent bactérien est l'intertrigo inter orteil d'origine généralement mycosique. Cependant, d'autres portes d'entrée sont rapportées dans la littérature et qui sont parfois particulières par leur contexte. Nous rapportons le résumé de 3 observations d'érysipèles à portes d'entrée particulières.

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective menée dans le service de dermatologie du centre hospitalier Hassan II de Fès Maroc, incluant 3 patients présentants un érysipèle sur scarification et par points de feux.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 54 6 ans, ils étaient au nombre de trois Une patiente était porteuse de tares type cardiopathie non documentée, et diabète. On note deux portes d'entrée type scarification et une type points de feux .Deux patients avaient des signes de gravité le siège (creux axillaire), et les bulles. On a retenu le diagnostic d'érysipèle grave chez deux patients et d'érysipèle simple chez une. Tous avaient un bilan inflammatoire perturbé. L'attitude thérapeutique reposait principalement sur une antibiothérapie par voie injectable chez deux patients et une antibiothérapie orale chez l'autre. L'évolution était favorable dans tous les cas, sans séquelles ni récidive.

Discussion :

L'érysipèle est due dans 85% des cas au streptocoque β hémolytique du groupe A, d'autres germes peuvent être incriminés tel que le staphylocoque.C'est une affection fréquente siégeant dans 85% des cas aux membres inférieurs. De nombreux facteurs locaux et régionaux peuvent favoriser sa survenue, notamment l'intertrigo inter orteil qui constitue la principale porte d'entrée de cette dermo hypodermite infectieuse. En Afrique subsaharienne, la médecine traditionnelle garde une place quel que soit le statut socioéconomique de la population.Les scarifications rituelles peuvent revêtir des sens et des usages bien différents notamment être en rapport avec le traitement d'une maladie ou de symptômes locorégionaux. Elles sont couramment réalisées avec des lames de rasoir, des pièces métalliques affûtées ou même chauffées sur une zone douloureuse Ces pratiques peuvent entrainer un risque de surinfection bactérienne (streptocoque, Mycobacterium tuberculosis) de transmission de maladies virales (virus de l'hépatite B, VIH, Treponema pallidum, Papillomavirus) et parasitaires mais aussi jouer le rôle de porte d'entrée à d'autres agents pathogènes comme le cas de nos malades.

Conclusion :

L'érysipèle par scarification et autres est rare, cependant il est dans l'obligation de sensibiliser la population de ces pratiques, à risque de transmission d'infections potentiellement sévères. De ce fait il est indispensable d'instituer un contrôle sanitaire des officines des tradipraticiens afin de les sensibiliser aux dangers de ces pratiques sans mesures d'hygiène.

Résumé :22

Etude comparative entre la terbinafine en cure courte et le sertaconazole dans le traitement de l'intertrigo inter-digito-plantaire

Ilyass Anouar,Rachid Frikh,Naoufal Hjira
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

Le traitement de l'intertrigo inter-digito-plantaire (IIDP) se base sur des préparations d'imidazolés appliquées topiquement pendant 2 à 4 semaines. De telles durées de thérapie n'encouragent pas une bonne observance. Afin d'évaluer les avantages possibles d'un traitement oral court dans les infections fongiques cutanées moins sévères, nous avons comparé 1 semaine de traitement par terbinafine orale à la dose de 250 mg / jour avec 4 semaines de traitement avec du sertaconazole 2% de crème appliquée deux fois tous les jours dans le traitement de l'IIDP.

Matériels et méthodes :

C'est une étude prospective menée au département de dermatologie de l'hôpital militaire Mohammed V de Rabat incluant des sujets âgés de 15 ans ou plus et présentant un IIDP. Les sujets avec un IIDP de type mocassin ou plantaire ou avec une onychomycose étais systématiquement exclus. Si des hyphes fongiques n'ont pas été trouvés lors de l'examen mycologique subséquent, ces sujets ont été appelés « exclusions retardées » et n'ont pas été inclus dans l'analyse d'efficacité. Les sujets ont été répartis en 2 groupes (terbinafine et sertaconazole) avec évaluation de l'efficacité du traitement à 4 et 8 semaines.

Résultats :

Un total de 74 sujets avec un diagnostic clinique d'IIDP ont été enrôlés dans l'étude. Parmi ceux-ci, 48 étaient évaluables pour l'efficacité (infection à dermatophyte mycologiquement confirmée par culture et microscopie) ; 24 dans le groupe terbinafine et 24 dans le groupe sertaconazole. Les sujets dans les deux groupes de traitement étaient bien appariés pour l'âge, la durée de l'infection et le type de dermatophyte. La majorité des infections ont été causées par Trichophyton rubrum et T. mentagrophytes, comme on pouvait s'y attendre. Sur les 48 sujets qui ont été randomisés au jour 1, un total de 36 ont complété les 4 semaines de traitement et 8 semaines de suivi ; 8 se sont retirés prématurément du groupe terbinafine et 4 du groupe sertaconazole. En ce qui concerne l'évaluation globale de l'efficacité par le clinicien et le patient, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes de traitement. Cependant, à la semaine 1, les patients traités par la terbinafine se sont mieux comportés en termes d'amélioration plus rapide des signes cliniques et des symptômes.

Discussion :

Cette étude démontre qu'il y avait peu de différence en termes d'efficacité entre la terbinafine à une dose de 250 mg / jour et 4 semaines de sertaconazole 2% de crème appliquée deux fois par jour. Les seules différences qui ont pu être détectées étaient une réponse clinique plus rapide en termes de prurit et de signes cliniques et de symptômes dans le groupe terbinafine. En pratique clinique, les avantages possibles d'une thérapie orale fongicide de 1 semaine dans les mycoses superficielles sont que les patients sont plus susceptibles de se conformer et que les zones portant une charge d'infection sans signes cliniques seront guéries. Dans

l'ensemble, cela devrait se traduire par un taux de guérison élevé et un taux de rechute faible, empêchant les patients de revenir encore et encore pour le traitement.

Conclusion :

Ainsi, un traitement de courte durée par voie orale peut être un moyen plus pratique de traiter l'IIDP permettant une amélioration plus rapide et une meilleure adhérence du patient au traitement.

Résumé :23

Fasciite nécrosante de la fesse compliquant des injections intra-musculaire d'anti-inflammatoires

Zineb TAZI SAOUD, Rkia AJAAOUANI,Fatim Zahra EL FATOIKI,Hayat SKALI DAHBI,Fouzia HALI,Soumiya CHIHEB
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La fasciite nécrosante est une infection des tissus mous évoluant rapidement qui implique la graisse sous-cutanée et se propage le long des plans fasciaux. Cette maladie a une issue potentiellement fatale si elle n'est pas reconnue tôt. Quelques cas d'association possible entre l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et le développement ou l'aggravation d'une fasciite nécrosante ont été rapportés. Nous relatons le cas d'une patiente, hospitalisée pour pancréatite stade C, ayant développé une fasciite nécrosante de la fesse, apparue après des injections intramusculaires d'anti-inflammatoires non stéroïdiens pour des arthralgies.

Observation :

Une patiente âgée de 50 ans, tabagique et alcoolique, hospitalisée dans un service de chirurgie pour pancréatite stade C d'origine lithiasique, présentait depuis 10 jours, un placard bullo-hémorragique et nécrotique de la fesse gauche, évoluant dans un contexte fébrile. L'interrogatoire retrouvait la notion d'injection intramusculaires au niveau de la région fessière, d'anti-inflammatoires pour des arthralgies. L'examen dermatologique retrouvait un placard inflammatoire de la fesse gauche, surmonté de bulles hémorragiques et de plages de nécrose, avec hyperesthésie et induration profonde. Par ailleurs, la biologie retrouvait une hyperleucocytose à 18360 et une CRP élevée à 191. La patiente a bénéficié d'un débridement chirurgical approfondi et nécrosectomie rapide, avec adjonction d'une tri-antibiothérapie par voie intra-veineuse. La culture des prélèvements bactériologiques est en cours.

Discussion :

Selon la littérature, seuls 19 cas de fasciite nécrosante après injections intramusculaires ont été rapportés, et quelques cas seulement après injections d'anti-inflammatoires. Le site de l'injection intramusculaire était majoritairement la fesse et la nécrose est apparue dans le même site que l'injection, comme le cas de notre patiente. Les AINS et les corticostéroïdes pourraient jouer un rôle important dans l'apparition des fasciites nécrosantes, potentialisés par un état d'immunodépression, en l'occurrence le terrain toxique chez notre patiente. Par ailleurs, ils peuvent masquer la progression de la maladie en supprimant fièvre et douleur par

inhibition de la synthèse des prostaglandines. Le traitement est possible avec un diagnostic précoce, une antibiothérapie appropriée et une intervention chirurgicale rapide.

Conclusion :

Les injections intramusculaires peuvent provoquer des lésions tissulaires graves représentant une porte d'entrée locale, même si elles sont correctement administrées.

Résumé :24

Herpès labial chronique récidivant révélant un syndrome myélodysplasique

Fatima-zohra Kettani,Kenza Baline,Fouzia Hali,Farida Marnissi,Soumia Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Une infection herpétique chronique peut poser un problème thérapeutique surtout sur un terrain d'immunodépression. Nous rapportons le cas d'une ulcération buccale chronique faisant découvrir un herpès labial chronique et récidivant évoluant dans un contexte d'immunodépression secondaire à une myélodysplasie.

Observation :

Patient âgé de 62 ans, consultait pour une ulcération buccale évoluant depuis 2 mois. L'examen clinique trouvait une large ulcération croûteuse et impétginisée prenant la commissure labiale gauche et toute la partie gauche du vermillon. Le reste de l'examen objectivait une pâleur cutanéo-muqueuse. Devant la chronicité, une biopsie cutanée a été réalisée éliminant une origine tumorale et un cytodiagnostic de Tzank réalisé ne montrait pas de cellules ballonisantes. Le patient était mis sous aciclovir (ACV) par voie orale pendant 10 jours. L'évolution fut marquée par un début de cicatrisation puis reprise des lésions dès l'arrêt de l'ACV. Devant ce tableau, un bilan biologique demandé trouvait une anémie normochrome normocytaire et une sérologie HSV1 positive. Une biopsie ostéo-médullaire réalisée révélait un syndrome myélodysplasique. Le diagnostic d'herpès labial chronique sur terrain d'immunodépression a été retenu. L'ACV était maintenu pendant 1 mois jusqu'à cicatrisation complète de l'ulcération.

Discussion :

À notre connaissance, les cas d'herpès chronique récidivant et révélateur d'une myélodysplasie sont très rares. Les quelques cas rapportés d'infections herpétiques révélant des hémopathies étaient plutôt résistants à l'ACV par voie orale et intraveineuse, ayant nécessité le recours au foscarnet. Il existe des formes d'infections herpétiques résistantes à l'ACV dont la prévalence est de 0,32 % chez le sujet immunocompétent et atteint 3,5 % chez le patient immunodéprimé. Dans notre cas, ce n'était pas une résistance à l'ACV mais une évolution très lente justifiant le maintien du traitement jusqu'à cicatrisation complète.

Conclusion :

Devant un herpès chronique et récidivant, il convient de rechercher une pathologie sous-jacente telle qu'une hémopathie, un cancer solide, une maladie auto-immune ou la prise de médicaments immunosuppresseurs afin d'adapter la prise en charge.

Résumé :25

LA FIÈVRE BOUTONNEUSE MÉDITERRANÉENNE : (a propos de 66 cas)

Hallab Ihsane, EL Khachine Younes, Jallal El Bennaye, M. El Haouri
Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès

Introduction :

La fièvre boutonneuse méditerranéenne est une zoonose ;due à Rickettsia conorri, transmise par la piqure de la tique brune du chien nommée Rhipicephalus sanguineus. Elle sévit sous forme endemique en afrique(1) c est une affection non contagieuse ;de déclaration obligatoire au Maroc

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective réalisée au service dermatologie de l hôpital militaire de Meknès entre 2006 – 2014. Le recueil de données a été fait à partir d'une fiche standardisée permettant de recueillir les informations sur l'age ;le sexe ;la profession ; la notion d animaux dans l'entourage ; les éléments cliniques et le traitement prescrit .

Résultats :

66 patients ont été déclarés sur une période de 8 ans .Un pic de 28 cas durant 2011. Une prédominance masculine (89 %) ;Sur la tranche d âge entre 20 -30 ans. La durée moyenne d 'évolution avant la consultation était de 5.7 jours avec des extrêmes entre 2 et 10 jours. La maladie prend un caractère saisonnier, prédominant en période estivale. En effet, 95% des cas sont observés entre les mois de Mai et Aout Les patients proviennent du milieu urbain et sururbain.il n ya pas de différence entre les milieux urbain et rural . 93% des patients ont été vue aux urgences . On note une incubation moyenne de 6 jours, avec des prodromes faits de fièvre .Asthénie ;céphalées ; arthro myalgies . la forme classique de la maladie est un rash maculo papuleux érythémateux (100%).purpura (40 %) et un seul escarre (83 %) ;siégeant au niveau du tronc et des membres inférieurs dans la majorité des cas . Dans notre série, nous assistons à 9% de forme sévères avec des complications type conjonctivite (50%);ictère (3%); céphalées(90%); et 10% des formes malignes multi viscérales . Dans ces forme, des facteurs de risques ont été identifiés type le sexe masculin ;l âge avancé; le tabagisme chronique ; le diabète ;l hypertension artérielle et la prise d antibiotiques inappropriés.Aucun examen bactériologique n'a été effectuée . le traitement par Les cycline seuls (60%) ; une association avec les fluoroquinolones (40%).Une bonne évolution a été notée chez tous les patients avec un seul décès.

Discussion :

La FBM est une pathologie de l adulte jeune . A prédominance masculine ; De survenue saisonnière. Le diagnostic est posé sur un faisceau d'arguments anamnestiques et cliniques. Les formes malignes restent rares .Son traitement fait appel aux cyclines seuls dans la majorité des cas ;parfois associés aux fluoro quinolones . L évolution sous traitement est favorable dans tous les cas .

Conclusion :

La FBM est une rickettsiose éruptive ;tres fréquente .Sa présentation clinique est parfois déroutante. Au Maroc elle sévit sous forme endémique d ou L intérêt des mesures préventives dans le contrôle de ce fléau par la lutte contre le vecteur et surtout contre le réservoir par abattage systématique des chiens errants et le contrôle sérologique des chiens domestiques et semi-errants.

Résumé :26

La folliculite fibreuse de la nuque (a propos de 26 cas)

Hallab Ihsane, EL khachine younes ,Abdessamad sakkah,jalal el benaye
Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès

Introduction :

La folliculite fibreuse de la nuque est une inflammation chronique du follicule pileux ;sa physiopathologie reste mal élucidée . Elle affecte surtout l homme jeune. Son diagnostic est clinique . Son évolution demeure favorable ;mais elle reste parfois préoccupante, par les suppurations chroniques et les préjudices esthétiques et moraux dont elle peut être responsable .

Matériels et méthodes :

Il s 'agit d'une étude rétrospective descriptive des différents aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la folliculite fibreuse de la nuque chez des patients ayant consultés au service de dermatologie de l hôpital militaire Moulay Ismail à Meknès durant la période de janvier 2005 à décembre 2014.

Résultats :

26 cas ont été recrutés durant une période de 10 ans .L age moyen de nos patients était de 40 ans. la prédominance masculine était de 90%..la durée moyenne d évolution était de 4 ans. Les facteurs aggravants retrouvés était le rasage et le col montant (93%) .Un cas familial similaire a été retrouvé chez 3 cas seulement . 1/2 des patients avaient consultés au stade 2 de la maladie.La démangeaison était le signe clinique retrouvé chez 89% des patients .1/2 des cas ont bénéficié de prélèvements bactériologiques .La biopsie cutanée a été réalisée chez 10 % des patients seulement .Les 2/3 des patients ont été traités par les cyclines par voie orale .la chirurgie ;la cryotherapie ;et les infiltrations de corticoides ont ete utiles chez 9 patients . l évolution était favorable (73.1% des cas);une alopécie cicatricielle était exceptionnelle(11;5% des cas).

Discussion :

La folliculite fibreuse de la nuque reste une affection de l homme jeune déclenchée le plus souvent par un rasage répété des cheveux, sur un terrain génétiquement prédisposé. Le diagnostic est clinique .Les cyclines restent le traitement de choix . l évolution est bénigne . les complications restent rares .

Conclusion :

La folliculite fibreuse de la nuque est une pathologie chronique ; sous diagnostiquée ; encore mal connue dans notre population. Son impact psychique et économique sur la population

jeune et active exige un diagnostic précoce,et un traitement bien adapté ;toutefois les mesures préventives passant par une bonne éducation du malade gardent toujours un intérêt capital pour une bonne prise en charge

Résumé :27

La lèpre, un mal qui sévit toujours au Maroc

Maryem ABOUDOURIB, MAHHOU Meriem,AKHDARI Nadia,AMAL Said,HOCAR ouafa
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

La lèpre est une maladie infectieuse due à Mycobacterium leprae et atteignant préférentiellement la peau et certains nerfs périphériques. Au Maroc, grâce aux efforts fournis depuis plusieurs décennies, notre pays a atteint l'objectif d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique en 1991. Malgré ces efforts accomplis, des nouveaux cas de lèpre sont encore enregistrés. Les objectifs de cette étude, étaient de tracer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des nouveaux cas de lèpre dans la région de Marrakech Safi, au Maroc.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude transversale, rétrospective, de type descriptif, à partir des dossiers d'une série de nouveaux cas de lèpre confirmés et déclarés, entre Janvier 2002 et Janvier2019, au niveau de l'unité régionale d'épidémiologie, de la région de Marrakech Safi.

Résultats :

Nous avons recensé 22 nouveaux cas sur une période de 17 ans. La prévalence de la lèpre variait d'une année à l'autre avec un pic de 5 cas en 2004, passant à 1 cas en 2018. L'âge moyen de nos patients était de 33,95 ans avec des extrêmes de 10 et53 ans dont 1 enfant. Le sex-ratio H/F était de 4,5.La plupart de nos malades (86,36%) étaient issus du milieu rural et avaient un bas niveau socio économique, 1 cas était un étudiant originaire des iles Comores (zone d'endémie de la lèpre). Un antécédent familial de lèpre était noté chez 18, 18 % des patients. Sur le plan clinique, 15 malades avaient une forme lépromateuse (figure 1) et 7malades présentaient une forme tuberculoïde (Figure 2). Un patient avait consulté au stade d'infirmité de degré 2 (mal perforant plantaire, griffe cubitale et cécité). Tous les cas étaient confirmés par Histologie et/ou bacilloscopie sur prélèvement de mucus nasal, de suc dermique (lobes des oreilles) et frottis biopsie sur une lésion cutanée. Ainsi, Sur l'ensemble des nouveaux cas notifiés, on notait 68,18 % de lèpre multi bacillaire (MB) contre 27,3 % de type pauci bacillaire (PB). Les malades ont été mis sous traitement par polychimiothérapie selon le schéma thérapeutique de l'OMS. La chimioprophylaxie des contacts par une seule dose de Rifampicine a été introduite au profit de 29 contacts domiciliaires de ces cas de lèpre. Sur le plan évolutif, nous avons compté 20 cas de guérison, 1 cas en cours de traitement et 1 cas de rechute sous forme neurologique pure.

Discussion :

Nos résultats ne peuvent certes pas représenter l'ensemble des malades de lèpre au Maroc, mais ils donnent une idée sur la situation épidémiologique de cette maladie dans une des grandes régions marocaines.

Conclusion :

Cette étude montre une tendance à la baisse des cas de lèpre au Maroc. Toutefois l'importance des formes multi bacillaires parmi les nouveaux cas de lèpre constitue un facteur de propagation de la maladie. Une surveillance épidémiologique de cette maladie, devrait être toujours renforcée.

Résumé :28

La leishmaniose sporotrichoïde: une forme exceptionnelle de leishmaniose cutanée

IBTISSAME BOUBNANE,F.ELHADADI,Z.MEHSAS,K.SENOUCI,L.BENZEKRI,N.ISMAILI,B.HASSAM
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La leishmaniose sporotrichoïde est une forme inhabituelle de la leishmaniose cutanée, caractérisée par l'association aux lésions primitives d'inoculation, de nodules dermo-hypodermiques secondaires étagés suivant les axes lymphatiques. Elle est classiquement liée à la Leishmania major . Nous rapportons une observation d'une forme rare de leishmaniose cutanée dite sporotrichoïde .

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 44 ans ,sans antécédent particulier, originaire de Zagoura , qui a présenté 7 mois avant son admission une lésion ulcéro-croûteuse au niveau de la face dorsale de la main gauche, associée à des nodules sous-cutanés du membre supérieur gauche apparus dans un délai d'un mois après la lésion initiale. L'examen cutané trouvait une plaque papulo-nodulaire , d'allure cicatricielle, infiltrée , bien limitée, à bords nets , mesurant 3,5x2 cm de diamètre sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche. Cette lésion était associée à une quinzaine de nodules sous cutanés indolores , mobiles et de taille variable disposés en chapelet tout le long du membre supérieur gauche jusqu'à l'épaule . Le reste de l'examen était sans particularité. Le bilan biologique était sans anomalies notamment la sérologie VIH. L'histologie confirmait le diagnostic en mettant en évidence un infiltrat inflammatoire polymorphe lympho-histiocytaire riche en plasmocytes , au sein duquel des corps de Leishman ont été observés notamment à la coloration par la Giemsa .
Après 21 jours d'antimoniate de N-méthylglucamine en intramusculaire à la dose de 40 mg/kg/jr , une cicatrisation de la lésion initiale et un début d'affaissement des nodules sous-cutanés étaient obtenus.

Discussion :

La leishmaniose cutanée (LC) est présentée de façon endémo-épidémique au Maroc, et caractérisée par un grand polymorphisme clinique et une évolution en règle générale favorable sous traitement. En dehors de la forme localisée ulcéro-croûteuse classique de la leishmaniose cutanée, d'autres formes cliniques atypiques sont de plus en plus décrites. Parmi ces formes, on cite la forme sporotrichoïde considérée comme une forme de dissémination lymphatique régionale des leishmanies . Bien que rare au Maroc, cette variété clinique a été

fréquemment décrite dans le nouveau monde avec L. braziliensis ou L. mexicana mais aussi dans la LC de l'ancien monde en particulier dans le centre et le sud tunisiens (18 % des cas de LC), Soudan (22 %) et en Arabie Saoudite (10 %), avec quasi-exclusivement L. major. Dans notre cas, le diagnostic de Leishmaniose a été rapidement évoqué devant la notion de séjour en zone d'endémie et la présentation clinique typique. Mais dans des régions non endémiques elle reste souvent méconnue et pose problème de diagnostic différentiel, parfois difficile à résoudre, avec les autres lymphangites nodulaires.

Conclusion :

Notre observation illustre une forme rare de leishmaniose cutanée qui mérite d'être connue par les cliniciens pour éviter le retard diagnostique et de prise en charge thérapeutique.

Résumé :29

Le lupus vorax : entité rare mais toujours possible dans notre contexte

Ibtissam BENSLIMANE KAMAL, BALINE Kenza ,HALI Fouzia,MARNISSI Farida,CHIHEB Soumiya
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le lupus vorax (LV) est une forme rarement décrite du lupus tuberculeux (LT). Nous rapportons un cas de LT dans sa forme vorax avec une destruction nasale chez une jeune femme marocaine.

Observation :

Patiente de 18 ans sans aucun antécédent médical, ayant présenté 3 mois avant de consulter une lésion rapidement progressive et destructrice de la pointe du nez. L'examen clinique objectivait un granulome centrofacial ulcéro-bourgeonnant mutilant, nécrotique et impétiginisé occupant toute la pointe du nez et arrivant jusqu'à la lèvre supérieure. Le reste de l'examen clinique objectivait des adénopathies cervicales centimétriques, l'état général était conservé. Une biopsie cutanée montrait un granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséeuse évoquant une tuberculose cutanée. L'intradermo réaction à la tuberculine était à 15mm. L'échographie cervicale objectivait de grosses adénopathies, la radiographie thoracique était normale et il n'y avait pas de lymphopénie. Un traitement antibacillaire était démarré, avec une très bonne évolution clinique.

Discussion :

Notre observation est particulière du fait qu'il s'agit d'une forme ulcéro-bourgeonnante ou vorax d'un lupus tuberculeux considéré comme une forme très rarement décrite au Maroc. Le LV se caractérise par son agressivité et la présence de lésions mutilantes ayant tendance à s'ulcérer et à provoquer une nécrose. La tuberculose (TBK) reste malheureusement une maladie endémique au Maroc malgré la vaccination. Cependant, l'incidence globale du lupus tuberculeux est faible.

Conclusion :

Le diagnostic du LV n'est pas facile, car il s'agit d'une présentation rare et paucibacillaire de la tuberculose, avec un diagnostic microbiologique difficile.

Résumé :30

Leishmaniose érysipéloïde

Myriam Lakhmiri, Meziane Mariame,Ismaili Nadia,Benzekri Laïla,Hassam Badr ,Senouci Karima
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La leishmaniose est une anthropozoonose endémo-épidémique au Maroc. Elle est causée principalement par Leishmania major et tropica. Les lésions cliniques sont polymorphes et parfois trompeuses. Nous rapportons une forme érysipéloïde du visage, rare et déroutante.

Observation :

Une femme de 64 ans, ménopausée, originaire de la région de Zagora, consultait pour un placard érythémateux œdémateux en ailes de papillon sur le nez et les joues apparu 4 mois plus tôt. Ce placard était surmonté de croûtes sur la pointe du nez et de lésions pseudo-comédoniennes sur les joues. L'examen de la muqueuse sous-jacente était normal. Par ailleurs des lésions ulcéro-croûteuses étaient notées sur les membres. La patiente était asymptomatique, en bon état général mais ne s'améliorait pas sous antibiotiques. Le frottis et la biopsie cutanée confirmaient le diagnostic de leishmaniose cutanée. La clarithromycine (15mg/kg/j) pendant 10 jours chaque mois en association à de la chlortétracycline pommade étaient indiquées. Les lésions avaient régressé après 6 mois de traitement avec une hyperpigmentation séquellaire.

Discussion :

La leishmaniose cutanée érysipéloïde est une forme atypique peu connue des praticiens. Les premiers cas ont été rapportés en Iran, Pakistan, Turquie et Tunisie. Les lésions se manifestent par un placard érythémateux infiltré de la face couvrant le nez et les deux joues, le plus souvent chez des femmes âgées. L'étiopathogénie est mal élucidée. Toutefois plusieurs hypothèses ont été suggérées : perturbations hormonales liées à la ménopause, altération de l'immunité et de la qualité du tissu cutané liée au vieillissement, parasite particulier. Les traumatismes et la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens seraient aussi des facteurs favorisants. Notre patiente présente les caractéristiques épidémiologiques caractérisant cette forme particulière: originaire d'une zone d'endémie, âge avancé et ménopausée. Le diagnostic repose sur la mise en évidence du parasite au frottis et à la biopsie cutanée et de l'ADN parasitaire sur la PCR. Cette dernière technique n'est pas de pratique courante au Maroc. Le traitement de référence est l'antimoniate de méglumine par voie intra-musculaire. Cependant, vu la gravité de ses effets secondaires et l'efficacité rapportée de la clarithromycine dans d'autres formes de leishmaniose cutanée, nous avons privilégié cette alternative thérapeutique dont les résultats se sont révélés satisfaisants.

Conclusion :

La leishmaniose érysipéloïde doit être évoquée devant un placard érythémateux oedémateux asymptomatique chez des patients vivants ou ayant séjourné en zone d'endémie. L'efficacité de la clarithromycine dans cette forme particulière de leishmaniose doit être confirmée par d'autres cas.

Résumé :31

Leishmaniose érysipéloide: forme inhabituelle de leishmaniose cutanée

Jihane BENAHMED, Ismaili Nadia,Benzekri Laila,Senouci Karima, Hassam Badreddine
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La leishmaniose est une anthropozoonose due à des protozoaires flagellés du genre Leishmania, transmis par piqûre d'un phlébotome. Elle se manifeste par un polymorphisme clinique. La forme érysipéloide est une forme rare et inhabituelle. Nous rapportons un cas de leishmaniose cutanée érysipéloide du membre supérieur.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 80 ans, ayant comme antécédent une hypertension artérielle sous inhibiteur calcique. Il a consulté pour un placard érythémateux indolore du membre supérieur gauche évoluant depuis 2 mois, squameux et infiltré sans signes généraux associés. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Le patient était apyrétique et le bilan inflammatoire était normale. Une biopsie cutanée est réalisée. L'examen histologique a révélé la présence de granulomes épithélïodes non nécrosants au niveau de l'hypoderme et de corps de leishmanies, également objectivés au frottis cutané. Un traitement par la clarythromycine est instauré (à la dose de 15mg/kg/j, 10j/mois pendant 6 mois) avec évolution favorable.

Discussion :

La leishmaniose érysipéloide est une forme particulière de leishmaniose. Dans la littérature, Elle a été rapportée en Iran, au Pakistan, en Turquie et en Tunisie où elle se manifeste par un placard érythémateux infiltré de la face et touchant préférentiellement les sujets âgés. L'atteinte localisée au niveau du membre est exceptionnelle. La biopsie permet d'éliminer les diagnostics différentiels : tuberculose, lymphome cutané T, psoriasis et pseudolymphome. Le diagnostic de leishmaniose cutanée a été confirmé par le frottis cutané qui a objectivé des formes amastigotes de leishmanies.

Conclusion :

La leishmaniose cutanée continue à poser un vrai problème de santé publique au Maroc. Elle peut se présenter sous différentes formes cliniques. La forme érysipéloide est rare et reste peu diagnostiquée. Il faut l'évoquer devant tout placard érythémateux ressemblant à un érysipèle chez un sujet ayant séjourné dans une zone endémique de leishmaniose.

Résumé :32

Leishmaniose cutanée et muqueuse : à propos d'une observation

Layla Bendaoud, Nadia Baali,Hocar Ouafa,Said Amal,
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

La leishmaniose est une parasitose due à des protozoaires du genre leishmania (L) transmis par piqure de phlébotome. Au Maroc, il existe 3 espèces : L. infantum, L. major, L. tropica, responsables le plus souvent des formes cutanées et viscérales, l'atteinte muqueuse est rare. Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant une leishmaniose de localisation cutanéomuqueuse.

Observation :

Une patiente de 19 ans, originaire du Sud (la province d'Essaouira), sans antécédents personnels particuliers, ayant un père traité pour leishmaniose cutanée il y a 1 an, et qui consultait pour des lésions cutanées et muqueuses apparues il y a 8 mois, indolores, non prurigineuses, débutant initialement par une papule érythémateuse qui augmente progressivement de taille, à surface ulcérocrouteuse, et à base infiltrée, au nombre de 2 au niveau de la lèvre inférieure, et 10 réparties entre les 2 avant-bras et les 2 jambes. L'examen direct à la recherche de corps de Leishmanies était positif sur les 2 lésions de la muqueuse buccale et sur une autre au niveau cutané. Sérologie VIH était négative. La PCR est en cours. La patiente a bénéficié des injections de glucantime en intramusculaire pendant 21 jours associées à des séances de cryothérapie avec une bonne évolution cutanée et muqueuse sans aucun effet secondaire décelable.

Discussion :

La Leishmaniose cutanéomuqueuse (LCM) est une forme exceptionnelle au pourtour méditerranéen, cependant elle est endémique en Amérique centrale et du Sud, responsable des lésions invasives, destructrices et résistantes au traitement. Notre observation de LCM présente des caractéristiques épidémiologiques et cliniques différentes à celles du nouveau Monde.

Conclusion :

Nous avons rapporté un nouveau cas de LCM chez un sujet immunocompétent, d'où l'intérêt de mener de nouvelles études épidémiologiques plus larges.

Résumé :33

Leishmaniose cutanée mimant une cellulite orbitaire

Soumaya Hamich,Badredine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La leishmaniose est une anthropo-zoonose due à des protozoaires flagellés de type Leishmania, et transmise par le phlébotome. La localisation cutanée est la plus fréquente, et est caractérisée par un grand polymorphisme clinique. Nous rapportons un cas rare de leishmaniose cutanée mimant une cellulite orbitaire.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 70 ans, ayant comme antécédent un diabète depuis 4 ans sous insuline, et une cataracte de l'œil gauche opérée il y a 3 ans. Elle a été adressée dans notre service de dermatologie pour œdème palpébral persistant et évoluant depuis 4 mois ayant été traité par antibiothérapie intraveineuse comme cellulite pré septale au service

d'ophtalmologie. L'examen clinique retrouve deux papules finement squameuses au niveau de la face gauche de la racine du nez et sous l'extrémité externe du sourcil gauche, associées à un œdème important des deux paupières supérieure et inférieure, s'étendant jusqu'au niveau de la joue. Par ailleurs la patiente est apyrétique, et ne rapporte pas de signe fonctionnel à type de douleur ou de prurit. Le reste de l'examen clinique retrouve deux nodules érythémato-squameux au niveau de l'avant-bras gauche. L'interrogatoire retrouvait une notion de séjour en zone d'endémie de leishmaniose (Errachidia) 8 mois auparavant, avec sensation de piqure au niveau de l'avant-bras. Un frottis des lésions a été fait et a objectivé la présence des formes amastigotes de Leishmania. Vu l'importance de l'œdème et la localisation périorificielle, un traitement général par Antimoine pentavalent en intramusculaire a été entrepris, avec nette amélioration clinique.

Discussion :

Nous rapportons un cas rare de leishmaniose cutanée mimant une cellulite orbitaire. Les formes cliniques de leishmaniose sont très nombreuses, comprenant par exemple la forme sèche, ulcéreuse, crouteuse, végétante, sporotrichoide, papuleuse, et impetigoide. Les formes erysipèle-like ou mimant une cellulite ont été rarement rapportées. A.M. Ceyhan et al. ont rapporté le cas d'une patiente de 66 ans qui a présenté une leishmaniose de la joue mimant une cellulite faciale, et ce dans une zone non endémique. Clayton et Grabczynska ont signalé un cas similaire, d'une jeune fille de 18 ans présentant une leishmaniose cutanéomuqueuse débutant au niveau nasal avec extension aux joues. Dans notre cas, le diagnostic de Leishmaniose a été rapidement évoqué devant la notion de séjour en zone d'endémie et les autres lésions cutanées typiques. Mais ceci peut s'avérer difficile dans des régions non endémiques où la leishmaniose constituerait une maladie d'importation, et au cas où la lésion cutanée est isolée.

Conclusion :

La leishmaniose cutanée peut être considérée comme une « grande simulatrice » . Ses manifestations cliniques sont polymorphes, il faut y penser devant un aspect de cellulite avec peu de signes généraux et ne s'améliorant pas sous antibiothérapie générale, afin d'établir un diagnostic précoce pour éviter une réelle surinfection bactérienne qui prolongera la durée de la maladie et entrainera une destruction tissulaire avec éventuelle nécrose.

Résumé :34

Leishmaniose cutanée profil clinique et efficacité du fluconazole oral à faible dose associé à l'acide trichloracétique : expérience du service de dermatologie de Casablanca en 2019

BENSLIMANE KAMAL Ibtissam, Nesrine KHEDDIM ,Kenza BALINE,Fouzia HALI,Dounia DARIF ,Salma BENABDERAHMANE,Meriem RYAD ,Soumiya CHIHEB
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La leishmaniose cutanée (LC) est une anthropo-zoonose endémique dans certaines régions du Maroc. Son traitement de première intention est l'antimoniate de méglumine (AM), toutefois

ce traitement ne peut toujours être administré. Le fluconazole à de forte dose en monothérapie et l'acide trichloracétique (TCA) peuvent être une alternative thérapeutique. Nous rapportons dans ce travail notre expérience avec le fluconazole à faible dose associé simultanément au TCA 50% dans le traitement de la LC.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective s'étalant sur une durée de 5 mois, du mois de Janvier 2019 au mois de Mai 2019, menée au CHU Ibn Rochd de Casablanca au Maroc. Les données sociodémographiques, épidémiologiques et cliniques étaient recueillies. Les patients avaient bénéficié d'un examen direct du frottis sur lame, une culture sur milieu RPMI 1640 et une étude du génome par PCR. Les patients inclus dans l'étude étaient tous atteints de la LC et n'ayant pas pu recevoir un traitement par AM. Le protocole établi était basé sur une dose de 150mg/semaine de fluconazole, associée à des attouchements une fois par semaine au TCA solution dosé à 50%. Le traitement était maintenu pendant 6 semaines consécutives. Un bilan hépatique avant le début du traitement et la fin des 6 semaines était demandé.

Résultats :

Un total de 49 patients présentait une LC dont 10 patients (20,4%) étaient inclus dans l'étude. Age moyen était de 50,3±18,05 ans. La présentation clinique des lésions était sous forme de papule et de nodule dans 80% des cas. Les membres supérieurs étaient atteints chez 90% des cas. Le traitement a pu être instauré chez 6 sur les 10 patients inclus dans l'étude (3 patients étaient perdus de vue et 1 refusait le traitement). 4 patients sur les 6 ayant reçus le traitement avaient bien évolué après les 6 semaines du traitement (affaissement totale des lésions laissant place à des macules pigmentées). Les 2 autres patients avaient présenté une résistance au traitement. Aucun patient n'avait présenté des anomalies au bilan hépatique de contrôle.

Discussion :

Nous rapportons un cas rare de leishmaniose cutanée mimant une cellulite orbitaire. Les formes cliniques de leishmaniose sont très nombreuses, comprenant par exemple la forme sèche, ulcéreuse, crouteuse, végétante, sporotrichoide, papuleuse, et impetigoide. Les formes erysipèle-like ou mimant une cellulite ont été rarement rapportées. A.M. Ceyhan et al. ont rapporté le cas d'une patiente de 66 ans qui a présenté une leishmaniose de la joue mimant une cellulite faciale, et ce dans une zone non endémique. Clayton et Grabczynska ont signalé un cas similaire, d'une jeune fille de 18 ans présentant une leishmaniose cutanéomuqueuse débutant au niveau nasal avec extension aux joues. Dans notre cas, le diagnostic de Leishmaniose a été rapidement évoqué devant la notion de séjour en zone d'endémie et les autres lésions cutanées typiques. Mais ceci peut s'avérer difficile dans des régions non endémiques où la leishmaniose constituerait une maladie d'importation, et au cas où la lésion cutanée est isolée.

Conclusion :

La leishmaniose cutanée peut être considérée comme une « grande simulatrice » . Ses manifestations cliniques sont polymorphes, il faut y penser devant un aspect de cellulite avec peu de signes généraux et ne s'améliorant pas sous antibiothérapie générale, afin d'établir un diagnostic précoce pour éviter une réelle surinfection bactérienne qui prolongera la durée de la maladie et entrainera une destruction tissulaire avec éventuelle nécrose.

Résumé :35

Nez aplati révélant une aortite syphilitique

Imane Couissi, Zakia Douhi,Hajar El Bennaye,Sara Elloudi,Hanane Baybay,Fatima Zahra Mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La syphilis, avant l'ère des antibiotiques régnait parmi les premières causes des maladies cardiovasculaires [1]. À sa phase tertiaire, elle peut être responsable de plusieurs manifestations vasculaires de sévérité variables. Elle survient chez 30% des patients non traités au cours de la phase primaire, symptomatique chez 10 à 15 % de cas [2]. Nous illustrons à travers cette observation un cas d'aortite syphilitique révélé par aspect aplati du nez.

Observation :

Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans, sans histoire médicale particulière vu en consultation dermatologique pour des plaques nécrotiques arrondies au niveau de la jambe et le pied gauche avec un oedème bilatérale et des pouls périphériques faibles. L'examen clinique trouve un affaissement de la racine du nez non constaté par le patient non objectivé dans ses anciennes photos , le diagnostic de syphilis tertiaire a été suspecté et confirmé par une sérologie syphilitique (VDRL 1/16 TPHA > à 2560) . L'évolution a été marquée par une extension des lésions prenant toute la jambe et le pied gauche, surmontée par endroit par des croûtes hémorragiques et mélicériques avec issu de pus . L'examen vasculaire trouve une abolition des pouls périphériques et fémoraux. Un angioscanner abdominal fut réalisé objectivant une occlusion aorto bi- iliaque d'aspect chronique, pour lequel il a bénéficié d'une amputation trans-fémorale et mis sous statine, anti agrégant plaquettaire, anticoagulation préventive et extencilline à raison de deux injections de 1.2 MUI chaque semaine pendant trois semaines en intra musculaire .

Discussion :

La syphilis est une maladie infectieuse sexuellement transmissible et contagieuse due au Treponema pallidum. On distingue actuellement la syphilis récente regroupant la syphilis primo-secondaire et la syphilis latente de moins d'un an pour les anglo-saxon ou de deux ans pour les américains et la syphilis tardive regroupant la syphilis latente de plus d'un an ou deux ans et la syphilis tertiaire. Il faut souligner, cependant qu'à moins de disposer d'une antériorité sérologique, il est souvent difficile de dater avec précision une syphilis latente [4]. Les manifestations cutanées de la syphilis tertiaire sont dominées par : les gommes, les ulcérations chroniques et les tubercules. Cependant les manifestations cardio-vasculaires les plus cité dans la littérature sont : l'anévrysme sacculaire , insuffisance aortique et la sténose ostiale coronaire. L'occlusion aortique a été rarement rapporté dans la littérature, mais reste très bruyante sur le plan clinique.

Conclusion :

Grâce à l'aspect caractéristique du nez « affaissement » on a pu suspecter une syphilis tertiaire qui a été confirmé sur le plan sérologique

Résumé :36

Profil microbiologique de l'infection en Dermatologie au CHU de Marrakech

Soundous BEN MOUSSA, AMADDAH Radia,HOCAR Ouafa,AKHDARI Nadia,SORAA Nabila,AMAL Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

La peau constitue une barrière séparant notre organisme du milieu extérieur. Cette protection se fait grâce à plusieurs mécanismes de défense: mécanique, chimique et biologique par la présence constante du microbiome. La survenue d'une infection bactérienne est souvent la conséquence d'une altération d'un ou plusieurs de ces mécanismes de défense.

Matériels et méthodes :

Etude descriptive réalisée sur une période de 2 ans (Janvier 2017 - Décembre 2018) menée au CHU Mohammed VI de MARRAKECH. Ont été inclus toutes les infections documentées chez les patients hospitalisés au service de dermatologie. Les différents prélèvements à visée diagnostique ont été adressés au service de Microbiologie du CHU pour étude bactériologique. Le but de notre travail est d'étudier les aspects épidémiologiques des infections et leurs particularités au service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech, les germes incriminés, leur profil de sensibilité aux antibiotiques et les pathologies associées.

Résultats :

Au total, 925 prélèvements ont été faits au service de dermatologie et colligés entre Janvier 2017 et Décembre 2018. Il s'agissait principalement de suspicions d'infections urinaires dans 73% des cas (668 ECBU), de suspicions d'infections cutanées dans 25 % des cas (237 Pus) et de suspicion de bactériémie dans 2% des demandes (20 Hémocultures). La prévalence de l'infection en dermatologie était de 27% (n=207). Cette prévalence a varié selon le site infectieux. L'infection cutanée a été documentée dans 60% des cas (n=152). L'infection urinaire a été retenu dans 10% des suspicions d'infections urinaires (n=48) et le diagnostic d'une bactériémie a été confirmé dans 50 % des bactériémies suspectées. Une nette prédominance féminine a été retrouvée avec un sexe ratio H/F de 0,53. L'âge moyen était de 48,2ans. Le profil clinique des patients était dominé par les dermatoses bulleuses dans 35% des cas suivi par les ulcérations cutanées (20 %), les dermatoses infectieuses (16%), les lymphomes cutanés (10%) et 5% des patients pris en charge pour un pyoderma gangrenosum.

Discussion :

Le profil bactériologique des infections en dermatologie a montré une diversité microbienne avec la prédominance des entérobactéries dans les infections urinaires et du Pseudomonas aeruginosa et Staphylococcus aureus dans les infections cutanées. La difficulté en dermatologie est de différencier une simple colonisation de l'infection authentique. Une confrontation clinico biologique est fondamentale pour poser le diagnostic et adapter les schémas thérapeutiques au profil de sensibilité aux antibiotiques des germes incriminés.

Conclusion :

La nécessité de pratiquer des prélèvements à visée bactériologique pour isoler et identifier le germe en cause est fondamentale pour prescrire les mesures thérapeutiques ou prophylactiques adaptées.

Résumé :37

Staphylococcie maligne de la face : à propos de 3 cas

JIHANE ZIANI,SARA ElIOUDI,SEMA BENKIRANE,HANANE BAYBAY,ZAKIA DOUHI,FATIMA ZAHRAE MERNISSI
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La Staphylococcie maligne de la face (SMF) est une infection exceptionnelle et grave secondaire au staphylocoque, ayant un potentiel rapidement extensif. Elle engage ainsi le pronostic fonctionnel et vital par thrombophlébite cérébrale. Nous en rapportant 3 cas de SMF à différentes évolutions.

Observation :

: Mr. B âgé de 26 ans, sans antécédents, victime d'une piqûre d'insecte à la pointe du nez, avec apparition 12h après d'une phlyctène purulente. Après manipulation, il développa un œdème et érythème du visage. L'examen trouvait un patient fébrile à 41C, un important œdème inflammatoire centro-facial et un placard érythémateux mal limité, chaud, douloureux surmonté de croûtes melicériques s'étendant aux paupières et front. L'examen ophtalmologique a démontré une cécité de l'œil gauche, le bilan des GB à 19000/mm3, CRP à 300 mg/l, et une angio-IRM avec des signes indirects de thrombose du sinus caverneux. L'instauration de traitement anticoagulant curatif et d'une antibiothérapie était démise avec bonne évolution, mais une cécité unilatérale gauche était définitive. Le second malade de 28 ans avec notion de piqure d'insecte et de manipulation occasionnant chez lui le même tableau avec un érythème centro facial associé à une fièvre. Les tableaux clinique, biologique et radiologique étaient ceux d'une SMF. Le malade fut pris en charge à temps avec une bonne évolution. Le dernier cas dramatique d'un patient de 36 ans, admis aux urgences dans un état de septicémie à début facial. La lésion est apparue 3 jours après manipulation d'un furoncle de la pointe du nez, avec l'aspect d'un placard érythémateux oedémateux occupant les deux joues et paupières, d'extension très rapide. A l'examen neurologique un GCS à 13 et une lourdeur de l'hémicorps droit. L'imagerie cérébrale et faciale objectivait une thrombose veineuse du sinus caverneux cérébral. Une triantibiothérapie antistaphylococcique et une héparinothérapie était instaurée en urgence, néanmoins l'évolution était mortelle après 48h

Discussion :

Le diagnostic de SMF est clinique, La porte d'entrée est généralement un furoncle, les germes étant véhiculés par voie veineuse. La survenue est brutale d'un tableau dramatique d'érythème violacé sans bourrelet périphérique, un œdème du visage, un état septicémique, une thrombose du sinus caverneux et un risque d'atteinte méningée. L'altération générale est de règle avec troubles de la conscience allant au coma agité et fébrile. Malgré un arsenal thérapeutique à temps, la SMF reste de pronostic très sombre surtout chez le diabétique. Chez nos patients, la piqûre d'insecte était faussement rassurante pour les patients et leurs

entourages à l'origine d'un retard de consultation spécialisée. Seule la prévention en évitant toute manipulation manuelle des lésions de la face pourrait éviter une telle évolution

Conclusion :

Toute infection cutanée sévère de la face doit faire suspecter une SMF et rechercher une thrombose sousjacente. Ceci justifierait une anticoagulation efficace combinée à une antibiothérapie adaptée, seuls garants d'une prévention des risques fonctionnel et vital.

Résumé :38

Surinfection des Dermatoses chroniques par Pseudomonas aeruginosa : Expérience du service de Dermatologie,CHU Mohamed VI de Marrakech

Maryem ABOUDOURIB, ZAHID Sara,HOCAR ouafa,AKHDARI Nadia,SORAA Nabila,AMAL Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Pseudomonas aeruginosa, microorganisme bacille Gram négatif ubiquitaire, caractérisé par sa couleur verdâtre et son odeur douceâtre, est à l'origine de dermatoses potentiellement sévères. Cette bactérie colonise fréquemment les plaies chroniques ou brûlures graves, les dermatoses spongiotiques ou acantholytiques surtout lorsqu'elles sont étendues et localisées dans les plis. L'objectif de ce travail est de rapporter les caractéristiques cliniques, paracliniques ,thérapeutique et évolutives, des patients présentant une surinfection de leur dermatose par Pseudomonas aeruginosa.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, du janvier 2017 au Janvier 2019, portant sur les dossiers des patients hospitalisés au service de Dermatologie, du CHU Mohamed VI de Marrakech, pour une dermatose chronique, et chez qui le prélèvement des lésions cliniquement surinfectées, avait isolé un Pseudomonas aeruginosa.

Résultats :

Nous avons colligés 22 malades, la moyenne d'âge était 54,5 ans (27 -88ans) avec un sex ratio H/F à 2. On notait un diabète chez 22,72% des cas. Les dermatoses surinfectées par Pseudomonas aeruginosa étaient : 4 cas de Pemphigus, 1 cas de pemphigoide bulleuse, 3 cas d'érythrodermie, 3 ulcères de jambe, 3 carcinomes épidermoides, 2 cas de Pyoderma gangrenusum,2 lymhomes cutanés,1 cas de mycétome,1 cas de carcinome basocellulaire et 1 cas de fistule de la paroi thoracique. Tous les malades avaient des signes cliniques locaux de surinfection, avec l'aspect verdâtre typique chez 17malades et avaient bénéficié d'un prélèvement de pus. Le délai entre la date de l'hospitalisation et le prélèvement était 24h chez 72,72%. L'étude bactériologique avait objectivé un Pseudomonas aeruginosa sensible à la ceftazidime chez 21 malades, et multirésistant sensible à l'amikacine et colistine.Le bilan biologique infectieux était positif chez 3 malades et l'hémoculture avait isolé Pseudomonas aeruginosa chez 1 seul patient. Pour le traitement, Tous les patients avaient bénéficié de soins locaux et pansements quotidiens à la sulfadiazine argentique. 11 malades avaient reçu une antibiothérapie selon l'antibiogramme. L'évolution était favorable chez tous les patients.

Discussion :

La mise en évidence précoce d'une colonisation de la peau et des tissus mous par P. aeruginosa a une importance primordiale car elle oriente le diagnostic des complications et leur prise en charge. Une dermohypodermite, voire une septicémie à point de départ cutané, devront être traitées de façon très ciblée selon l'antibiogramme et le contexte général. Souvent, en l'absence de signes cliniques d'infection des tissus mous sous-jacents chez le sujet immunocompétent, un traitement antibiotique n'est pas nécessaire et les soins locaux suffisent pour la guérison, car la colonisation de la plaie peut simplement être liée au caractère ubiquitaire de P. aeruginosa. Au vu de sa pathogénécité complexe et des résistances croissantes aux antibiotiques, toute infection à P. aeruginosa devra bénéficier d'un avis spécialisé.

Conclusion :

L'infection et la colonisation doivent être distinguées. Seule l'infection doit être traitée de façon ciblée selon l'antibiogramme L'obstacle majeur au traitement des infections cutanées à P. aeruginosa est la résistance aux antibiotiques

Résumé :39

Tuberculose cutanee revelant une tuberculose multifocale chez une femme immunocompetente

Farah Marraha, Ibtissam al faker ,soukaina kabbou ,rimani mouna ,salim gallouj
CHU Tanger

Introduction :

La tuberculose (TB) est une maladie infectieuse endémique où l'atteinte pulmonaire occupe la première place ; la localisation cutanée est rare et occupe la 5ème place. Cette dernière est généralement limitée à la peau, mais peut être multifocale, en particulier chez les patients immunodéprimés. Nous rapportons un cas de tuberculose multifocale chez une patiente immunocompétente.

Observation :

La patiente Habiba E. âgée de 50 ans, a été hospitalisée pour des lésions végétantes de l'index de la main droite, 2ème orteil du pied gauche et au niveau de la face latérale de la cuisse droite. L'anamnèse n'a pas trouvé la notion de contage tuberculeux. A l'admission, l'examen clinique a retrouvé une patiente avec un état général altéré, apyrétique. L'examen de la peau a objectivé des Végétations de couleur jaune verdâtre avec des berges érythémateuses, douloureuse à la palpation avec une émission de pus à triple localisations. L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR), la recherche des BK dans les crachats ainsi que la sérologie (VIH) étaient négatives. Les radiographies de la main droite et pied gauche ont évoquées une lyse osseuse de la phalange distale de l'index et des deux phalanges du deuxième orteil. La biopsie de la lésion de l'orteil a objectivé une dermite granulomateuse spécifique végétante et ulcérée avec atteinte cartilagineuse en faveur d'une étiologie infectieuse et en premier tuberculeuse. Le diagnostic de la tuberculose multifocale avec atteinte cutanée et osseuse chez une patiente immunocompétente a été retenu.

Discussion :

La tuberculose est une maladie bactérienne due au M. tuberculosis, pouvant toucher plusieurs organes. Au Maroc, la tuberculose représente un véritable problème de santé publique. La TB systémique multifocale se définie par la présence de deux lésions ou plus au niveau des sites extra-pulmonaires, avec ou sans atteinte pulmonaire. Ces formes représentent moins de 10% des cas de tuberculose. L'association avec une atteinte cutanée est plus rare et peu de cas sont rapportés dans la littérature, encore plus chez des sujets immunocompétents. Pour le diagnostic de la TB cutanée, la mise en évidence du BK dans les lésions est le seul moyen qui permettra un diagnostic de certitude. La preuve de la tuberculose est parfois non apportée, et son diagnostic se base sur un faisceau d'argument. Les examens radiologiques sont importants pour détecter une atteinte précoce de plusieurs organes. Dans le cas de notre patiente, l'histologie n'a pu mettre en évidence ni les bacilles tuberculeux ni la nécrose caséeuse. La radiologie a objectivé une lyse osseuse. Le diagnostic a été retenu en se basant sur les données clinico-anatomopathologiques et la bonne réponse aux traitements anti-bacillaires.

Conclusion :

La tuberculose reste une maladie d'actualité. Parmi les formes extrapulmonaires, la tuberculose cutanée présente une évolution lente, de diagnostic difficile car elle est souvent méconnue. TB cutanée peut présenter les mêmes signes cliniques de certaines mycobactérioses environnementale et peut être révélatrice d'une localisation viscérale dans un nombre non négligeable de cas.

Résumé :40

Une leishmaniose cutanée ligotée par le vih

ZOUBIDA MEHSAS

S.SEKTAOUI,I.BOUBNANE,K.SENOUCI,L.BENZEKRI,N.ISMAILI,B.HASSAM

CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La leishmaniose cutanée (LC) est une maladie parasitaire due à un protozoaire flagellé appartenant au genre leishmania. La Leishmaniose viscérale est la forme la plus fréquemment associée au V I H, toute fois certains cas de leishmaniose cutanée associés au V I H ont été également décrits. Nous rapportons l'observation d'une leishmaniose cutanée révélant une infection par le VIH chez un patient bien portant.

Observation :

Un patient âgé de 39 ans, originaire d'Errachidia , sans antécédent , consultait au service de dermatologie pour des lésions ulcérées des deux avant-bras évoluant depuis 4 mois. L'examen clinique trouvait 2 lésions ulcérées circonférentielles en menotte non douloureuses bien limitées des deux poignets, les bords étaient érythémateux et souples avec un fond fibrineux propre. On notait également la présence d'un nodule érythémateux ulcéré au centre mesurant 3 cm de diamètre au niveau de l'avant-bras droit. Le reste de l'examen physique était sans particularité. L'examen parasitologique des lésions par raclage mettait en évidence à l'examen direct des formes amastigotes de leishmania. L'hémogramme et le reste du bilan biologique ne montrait pas d'anomalies. La sérologie rétrovirale était positive pour le VIH 1 sur deux prélèvements confirmée sur le test western Blot , Avec une charge virale à 399 000

copies/ml et un taux de CD4 à 89 e/mm3. Le reste des sérologies HVB , HVC et syphilis étaient négatives. La radiographie de poumon et l'échographie des aires ganglionnaires ainsi que la Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne étaient sans particularités. Pour sa leishmaniose, un dérivé de l'antimoine (Glucantime®) était administré par voie intramusculaire à raison de 40 mg/kg/jr pendant 21 jours. Le patient a été mis sous trithérapie (Efavirenz, Emtricitabine, Tenofovir) associée à une prophylaxie des infections opportunistes par le Triméthoprine/Sulfaméthoxazole. L'évolution était marquée par un début de cicatrisation des lésions cutanées au bout de 21 jours de traitement.

Discussion :

Cette observation de leishmaniose cutanée est originale par la localisation, le caractère creusant et extensif des lésions permettant de diagnostiquer une infection à VIH chez un patient bien portant asymptomatique. La co-infection leishmaniose-VIH est considérée actuellement comme une maladie émergente. L'OMS estime que 1.5 à 9% des malades ayant un sida sont atteints d'une leishmaniose viscérale. La forme de leishmaniose cutanée la plus retrouvée est la leishmaniose cutanée diffuse, elle est de plus en plus décrite au cours de l'infection au VIH. Cependant la forme localisée reste rare. Les manifestations cutanées de la leishmaniose sont déterminées par la qualité de la réponse immunitaire de l'hôte. Chez notre malade, la leishmaniose était cutanée et localisée au niveau des avant-bras , sans localisations secondaires., le taux effondré de lymphocytes T CD4 (89 cellules/mm3) expose le patient à un risque de rechute, mais aussi de syndrome de restauration immunitaire : en effet, la levée de l'immunodépression lors du traitement de l'infection rétrovirale pourrait favoriser une réactivation inflammatoire autour d'une leishmaniose latente d'où l'intérêt d'un suivi rapproché.

Conclusion :

Notre observation est originale car elle rapporte une leishmaniose cutanée localisée révélant une infection par le virus d'immunodéficience humaine chez un patient bien portant. Cela incite à pratiquer un test rapide pour le VIH devant toute forme inhabituelle de LC .

Résumé :41

Une rosacée granulomateuse pédiatrique sous une forme trompeuse

JIHANE ZIANI ,SARA ElIOUDI,SELMA BENKIRANE,HANANE BAYBAY ,ZAKIA DOUHI ,FATIMA ZAHRAE MERNISSI
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La rosacée granulomateuse (RG) ou lipoïde est une variante clinique de la rosacée caractérisée par des papules et des nodules jaunâtres qui peuvent laisser des cicatrices atrophiques. Ces lésions sont moins inflammatoires que dans la rosacée conventionnelle et sont posées sur une peau non érythémateuse et non couperosique. L'aspect clinique est souvent trompeur et peut imiter une sarcoïdose cutanée. Nous rapportons un cas de rosacé pédiatrique sous une forme trompeuse

Observation :

Enfant de 14 ans, sans antécédents, consultait pour des lésions faciales qui évoluaient depuis 2 mois. A l'examen une papule et nodule érythémateux avec un aspect lipoïdique à la vitro pression reposant sur un petit fond inflammatoire dans les paupières supérieure et inférieure. Une biopsie cutanée a révélé une infiltration lympho-plasmocytaire abondante associée à des granulomes épithéliaux sans nécrose caséeuse. Le diagnostic de RG a été retenu. Le patient a reçu 100 mg/jour de cyclines combinées à une photoprotection pendant 3 mois avec une régression complète des lésions, et une rémission depuis 10 mois.

Discussion :

La RG est une forme clinique rare et atypique de rosacée qui peut simuler cliniquement et histologiquement plusieurs granulomateuses notamment la sarcoïdose cutanée. La prise en charge des deux maladies est très différente d'où la nécessité d'un examen complet et examens complémentaires si doute. Cliniquement, les nodulo-papules avec l'aspect lipoïdique à la vitro pression, sont localisés de façon préférentielle aux zones périorificielle et aux régions malaires. De plus, l'association avec les signes classiques de la maladie manquent, rendent encore plus difficile le diagnostic différentiel avec les sarcoïdes. Au moindre doute, un panel d'évaluations biologiques et radiologiques est nécessaire. La biopsie cutanée des papules du visage confirme cette hypothèse en objectivant des granulomes épithéliaux giganto cellulaire sans nécrose caséeuse dans 10% des cas selon la littérature, imitant ainsi la sarcoïdose. Cependant, ce granulome est moins bien limité et souvent plus polymorphe que celui de la sarcoïdose qui est composé de nombreux petits granulomes ronds ou ovalaires et bien individualisés. La gestion d'une RG n'est pas standardisée. Cette forme est généralement très résistante aux traitements habituels de la rosacée. Les molécules qui ont donné les meilleurs résultats dans la littérature sont : le pimécrolimus topique, l'isotrétinoïne et la dapsone. Notre patient fut mis sous cyclines à la dose de 100mg/jr avec une régression complète des lésions au bout de 3 mois

Conclusion :

La RG est une dermatose faciale qui pose un problème diagnostique avec d'autres maladies granulomateuses telle que la sarcoïdose. L'histologie n'est pas toujours contributive. Un interrogatoire attentif et un examen clinique conduisent souvent à un diagnostic correct.

Résumé :42

Varicelle maligne compliquée d'une pneumonie silencieuse

JIHANE ZIANI ,ZAKIA DOUHI,HANANE BAYBAY ,SARA ElIOUDI,FATIMA ZAHRAE MERNISSI
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La varicelle est une maladie infectieuse éruptive due au virus varicelle zona survenant surtout pendant la petite enfance, souvent considérée comme bénigne chez l'enfant en bonne santé 1.Cependant des formes graves, mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel, peuvent survenir même chez les enfants sains 2. L'intérêt de cette observation est de souligner le risque de complication chez un enfant sain porteur de varicelle

Observation :

Il s'agit d'une fille de 11 ans n'ayant pas reçue de vaccin de la varicelle, avec notion de contage virale chez deux cousins et une petite sœur atteints de varicelle, pas de notion de prise d'Ibuprofène. Qui a présenté 6 jours avant sa consultation un syndrome pseudo grippal, des douleurs abdominales associée à une fièvre, 48 heures après elle a fait apparaitre des lésions vésiculeuses a contenu clair devenant étendues sur l'ensemble du corps. L'examen clinique a révélé une fièvre à 38,5 °C, de multiples vésicules ombiliquées par endroit et bulles dispersées sur tout le corps ; visage, lisière frontale, cou, tronc, membres et faces palmo-plantaires ; des lésions d'âge diffèrent, associés à des érosions gingivale et génitale. L'évolution était marquée par une fièvre prolongée résistante au traitement antipyrétique avec à la radiographie thoracique la présence d'opacités alvéolointerstitielles bilatérales et diffuses aux deux champs pulmonaires. L'amélioration clinique était notée après instauration du traitement antiviral avec un bilan d'évaluation du terrain revenu normal et une évolution clinique favorable.

Discussion :

L'analyse de ce cas démontre qu'une varicelle maligne compliquée d'une pneumonie varicelleuse survient même en absence de signe respiratoire chez les enfants sains, il faut y penser si persistance d'une fièvre après l'éruption des lésions initiales. La varicelle maligne associe plusieurs atteintes viscérales; pulmonaire, neurologique, hématologique, hépatique, myocardique, pouvant mettre en jeu le pronostic vital 1. La pneumonie varicelleuse est la complication la plus préoccupante, elle est rare mais sévère et dont le diagnostic peut être porté devant l'association, sur un terrain à risque, d'une atteinte pulmonaire, dont les signes radiologiques révélatrices d'une infection respiratoire, à une éruption cutanée évocatrice de varicelle 3. Sous traitement antiviral associé parfois à une oxygénothérapie, l'évolution est favorable sur le plan clinique, biologique et radiologique 4

Conclusion :

La varicelle est souvent bénigne chez l'enfant en bonne santé mais des cas de forme maligne compliquée fut rapportée 5 d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'un traitement antiviral dans ces situations afin, d'éviter tout morbidité et mortalité 5

Résumé :43

Étude de la survie au cours du pemphigus

Alouani Imane, Zizi Nada,Dikhaye Siham

CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune sévère, ses complications peuvent mettre en jeu le pronostic vital des patients. L'objectif de notre étude était d'étudier la survie chez les patients atteints de pemphigus. Nous avons également souhaité établir un profil épidémiologique, clinique et thérapeutique du pemphigus dans la région de l'Oriental au Maroc et identifier les facteurs liés à la mortalité dans notre population.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude cohorte historico-prospective, descriptive et analytique de juin 2014 à avril 2019 où nous avons inclus tous les cas de pemphigus suivis dans notre centre. Nous avons réalisé une étude des facteurs liés à la mortalité ($p<0,05$) puis une étude de la survie selon la méthode Kaplan-Meier.

Résultats:

Nous avons colligé un total de 35 patients (20 femmes et 15 hommes). L'âge moyen des patients lors du diagnostic de la pathologie était de 54 ans. Nous comptions 13 décès (37%) dans notre série. Les facteurs liés à la mortalité identifiés étaient : l'âge avancé ($p = 0,042$), l'étendu du décollement cutanéomuqueux ($p = 0,039$), la présence de troubles hydro électrolytiques associés ($p < 0,001$), un taux de CRP élevé ($p = 0,011$) et la présence d'une infection au moment du diagnostic ($p = 0,032$). Les distributions de survie étaient différentes en fonction des caractéristiques cliniques. La survie était meilleure chez les patients : âgés de moins de 65 ans, non diabétiques, ayant une surface décollée < 5%, un signe de Nickolski négatif et ne présentant aucune infection évolutive au moment du diagnostic du pemphigus.

Discussion :

A notre connaissance, il s'agit de la première étude cohorte de patients marocains atteints de pemphigus avec une étude de la survie. Nos résultats rejoignent les différentes séries publiées où le pemphigus est associé à des taux élevés de mortalité allant de 5 à 40% sur différentes périodes de suivi. Les facteurs liés à la mortalité identifiés, souvent cités dans les différentes séries de littérature, doivent être pris en considération lors de la charge initiale et le suivi de ces patients.

Conclusion :

Notre étude souligne la nécessité d'une prise en charge urgente et prolongée des patients atteints de pemphigus. Le pronostic est sévère, il est conditionné par l'évolutivité de la maladie et les complications notamment infectieuses potentialisées par les traitements immunosuppresseurs. L'avènement des biothérapies annonce une nouvelle ère dans la prise en charge de cette pathologie.

Résumé :44

Atteinte rénale au cours du purpura rhumatoïde de l'adulte : À propos de 7 cas

Hasna AIT EL HADJ, Bouchemla Nadia,Labrassi Maryem,Chettati Mariam,Fadili Wafaa ,Laouad Inass,Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Amal Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le purpura rhumatoïde ou purpura de Schönlein-Henoch est une vascularite systémique des petits vaisseaux en rapport avec des dépôts de complexes immuns contenant des immunoglobulines A (IgA). Il est caractérisé par l'association de signes cutanés, articulaires et gastro-intestinaux pouvant survenir par poussées successives. Une atteinte rénale est parfois associée à ces signes et sa fréquence est extrêmement variable selon les séries. Elle paraît plus fréquente chez l'adulte.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 7 cas de purpura rhumatoïde de l'adulte avec atteinte rénale sur une période de 2 ans (2017– 2019).

Résultats :

Il s'agit de 4 hommes et 3 femmes, d'âge moyen de 42.5 ans avec des extrêmes de 18 et 66 ans. Un purpura pétéchial infiltré, symétrique, déclive des membres inférieurs était présent dans tous les cas, avec des pétéchies vélo- palatin dans un cas, associé à une atteinte articulaire dans tous les cas, atteinte digestive à type de douleurs abdominales dans 6 cas, associées à des hémorragies digestives dans 3 cas. Tous les patients ont présenté les signes rénaux au moment du diagnostic de la vascularite. Les manifestations rénales étaient à type d'hématurie dans 5 cas, de protéinurie dans tous les cas associées à une leucocyturie dans 5 cas. Le syndrome néphrotique impur a été noté dans 2 cas. Deux cas d'HTA ont été signalés, et un cas d'insuffisance rénale a été noté initialement. L'analyse histologique de la biopsie cutanée a été réalisée dans tous les cas concluant à une vascularite leucocytoclasique dans 5 cas. La lésion la plus fréquente à l'histologie rénale était la glomérulonéphrite proliférative endocapillaire retrouvée dans 6 cas, associée à la présence de dépôts d'Ig A à l'IF dans 6 cas et un rein optiquement normal dans un cas. Sur le plan thérapeutique, 5 patients ont bénéficié d'une corticothérapie à forte dose associée à un immunosuppresseur (cylcophosphamide) dans 3 cas puis Azathioprine dans 2 cas. Un traitement par colchicine a été associé dans un cas.

Discussion :

Une atteinte rénale survient dans 20 à 54 % des cas de purpura rhumatoïde chez l'enfant et dans 45 à 85 % chez l'adulte. L'incidence varie selon les séries, en fonction du mode de recrutement des malades et des critères diagnostiques retenus pour affirmer l'atteinte rénale. Chez l'adulte, l'atteinte rénale du purpura rhumatoïde ne représenterait que 0,6 à 2 % des néphropathies. La néphropathie du purpura rhumatoïde est une néphropathie glomérulaire à dépôts d'Ig A comparable à celle observée au cours de la maladie de Berger. Seul le contexte clinique permet de les distinguer. Les lésions observées au cours du purpura rhumatoïde seraient plus inflammatoires et nécrotiques. Cela peut être expliqué par le fait que, contrairement à la maladie de Berger, la biopsie est généralement pratiquée à la phase aigue de la maladie. Chez l'adulte, le risque de développer une insuffisance rénale chronique est fréquent, de 8 à 68 %.

Conclusion :

Le diagnostic de purpura rhumatoïde aidé par les données histologiques rénales et cutanées, reste essentiellement clinique. Les atteintes cutanées, articulaires et digestives observées chez l'adulte sont comparables à celles de l'enfant. En revanche, les lésions rénales sont plus fréquentes, sévères et d'évolution chronique semblent dominer le pronostic de la maladie

Résumé :45

Blépharite du lupus érythémateux chronique

Jihane BENAHMED, Ismaili Nadia,Benzekri Laila,Senouci Karima,Hassam Badreddine
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le lupus érythémateux chronique est une dermatose auto-immune touchant habituellement le visage, le cuir chevelu et les oreilles. L'atteinte palpébrale est rarement décrite. Nous rapportons ici le cas d'un lupus érythémateux chronique associé à une blépharite chronique.

Observation :

Une patiente de 39 ans avait un antécédent de blépharite chronique bilatérale depuis 4 ans évoluant par poussées, traitée par des corticoides locaux. Elle consulte pour des lésions érythémateuses discoides du visage et une alopécie du cuir chevelu évoluant depuis 1 an. Une biopsie cutanée est réalisée objectivant un aspect histologique de lupus érythémateux chronique. Le bilan de systématisation était sans particularité. La patiente a été mise sous hydroxychloroquine (200mg/j), corticoides locaux et mesures de photoprotection. L'évolution a été marquée par la régression des lésions cutanéo-muqueuses et l'installation d'un ectropion cicatriciel bilatéral.

Discussion :

L'atteinte palpébrale est rare dans le lupus. Ces lésions palpébrales sont plus fréquentes au niveau de la paupière inférieure. L'aspect sémiologique est très évocateur de lupus érythémateux chronique quand ces 3 lésions élémentaires coexistent : l'érythème, l'hyperkératose ponctuée et l'atrophie cicatricielle . Dans notre cas, la blépharite chronique constituait la seule lésion cutanéo-muqueuse depuis 4 ans, avant que des lésions discoides du visage et une alopécie du cuir chevelu permettent le diagnostic de lupus.

Conclusion :

La blépharite chronique associée au lupus érythémateux chronique est rarement décrite. La précocité du diagnostic et du traitement évite l'évolution spontanée vers des lésions cicatricielles et des complications ophtalmologiques telles qu' un ectropion. Le traitement repose sur les antipaludéens de synthèse associées à une corticothérapie locale et mesures de photoprotection.

Résumé :46

CARACTERISTIQUES EPIDEMIO-CLINIQUES ET EVOLUTIVES DES MORPHEES : ETUDE MAROCAINE DE 23 CAS

Zina Kaddioui, Kenza baline,Hali Fouzia ,Farida Marnissi ,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La morphée est une induration scléreuse circonscrite de la peau. Le diagnostic est clinique avec une atteinte quasi exclusive de la peau. Nous décrivons les caractéristiques

épidémiologiques, la présentation clinique, la réponse thérapeutique et identifions les facteurs pronostiques à partir d'une série monocentrique marocaine.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective incluant tous les patients suivis pour morphée au service de dermatologie de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca sur une période allant de 2013–2018.

Résultats :

Vingt trois patients étaient inclus : 20 femmes et 3 hommes (sex-ratio F/H=6.7). L'âge moyen était de 35.58 ans. La durée d'évolution avant la première consultation était de 2.06 ans en moyenne (0.16-5 ans). Les Formes cliniques étaient : en plaque (12 cas), monomélique (7 cas), coup de sabre (2 cas), Parry Romberg (1 cas), généralisée (5 cas) et 1 cas de moprhée pansclérotique. L'association de 2 formes cliniques était notée chez 5 patients, 3 cas d'association morphée en plaque et morphée monomélique, 1 cas de morphée en plaque et coup de sabre et 1 cas de morphée en plaque et Parry Romberg. La localisation aux membres était la plus fréquente (15 cas). Les lésions étaient multiples dans 95.65%, et unique dans 4.5%. Les troubles fonctionnels étaient retrouvés chez 4 patients, 1 cas de morphée en coup de sabre et 3 cas de morphée monoméliques. Les anticorps antinucléaires étaient positifs dans 2 cas, à type d'anticorps anti-nucléosome dans une morphée monomélique et d'anticorps anti-RNP dans une morphée généralisée. Le traitement par dermocorticoïdes seuls était utilisé dans 3 cas, une corticothérapie générale (11 cas), le méthotrexate seul (4 cas), le méthotrexate associé à la corticothérapie (7 cas). Une bonne évolution des lésions était notée chez 9 patients et stationnaire chez 7. L'échec thérapeutique était noté chez 2 cas de morphée, une monomélique pansclérotique et l'autre généralisée. La symptomatologie a démarré à un âge précoce (2 ans) dans les 2 cas. 5 cas ont été perdus de vue. Une reprise évolutive dans 1 cas de morphée généralisée après un délai de 2 ans était noté. Une kinésithérapie de rééducation fonctionnelle était préconisée chez 4 patients.

Discussion :

Les morphées sont rares, la prédominance féminine dans notre série concorde avec les données de la littérature. La forme en plaques, est la forme prédominante dans notre série, survient essentiellement chez les adultes par contre la forme linéaire prédomine chez l'enfant. La positivité des AAN est probablement liée à l'étendue et à la profondeur des lésions. Le traitement des morphées est empirique afin de limiter l'extension des lésions et éviter le gêne esthétique. La corticothérapie générale associée au méthotrexate est la pierre angulaire de la prise en charge. Les meilleurs résultats sont obtenus avec les morphées en plaques, ce qui rejoint les données de la littérature. Le début précoce et la profondeur de la sclérose représentent les principaux facteurs d'échec thérapeutique dans notre série

Conclusion :

les morphées sont des entités rares . Dans notre série la forme en plaque prédomine . La corticothérapie générale associé au méthotrexate est la pierre angulaire du traitement .

Résumé :47

Dermatomyosite amyopathique à anti-Mda5 positif : deux cas marocains

Amadride Ngouele,Baline Kenza,Hali Fouzia,Araqi H. Lamia,Chiheb Soumiya
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La dermatomyosite(DM) à anticorps anti Mda5 est rare, associant une atteinte cutanée, pulmonaire rapidement progressive et musculaire minime voire absente. Elle touche particulièrement la population asiatique et caucasienne. Nous rapportons deux nouveaux cas marocains.

Observation :

Observation 1: Patiente de 52 ans, hospitalisée pour des arthralgies, un érythème des paupières inférieures, des faces d'extensions des genoux et coudes, des papules de Gottron et une faiblesse musculaire minime. L'électromyogramme a montré un syndrome myogène, les enzymes musculaires étaient peu élevées, le bilan immunologique était négatif. Elle a été traitée par l'hydroxychloroquine (APS), prednisone et bolus de cyclophosphamide sans amélioration clinique. Deux mois plus tard, d'autres lésions apparaissaient à type de papules hyperkératosiques des plis palmaires, associées à des ulcérations nécrotiques douloureuses avec un aspect livédoïde en regard des papules de Gottron et en palmo-plantaire, ainsi qu'une dyspnée au moindre effort. La TDM thoracique a révélé une fibrose pulmonaire bilatérale. L'EFR a montré un trouble ventilatoire restrictif à 64%. L'anti-Mda5 était positif. La patiente a été traitée par mycophénolate mofétil (1.5g/j), avec bonne amélioration et un recul d'une année. Le contrôle de la TDM thoracique a montré un aspect stable de la fibrose. Observation 2: Patiente de 38 ans, suivie pour DM amyopathique, avec à l'examen, un érythème des paupières, des papules de Gottron, des lésions de panniculite des bras, sans déficit musculaire. Les enzymes et la biopsie musculaire, ainsi que le bilan immunologique étaient sans anomalies. Une pneumopathie interstitielle diffuse était notée. Un traitement par corticostéroïdes avec APS était initié. Six mois plus tard, on notait l'apparition d'ulcérations en regard des papules de Gottron et des plis palmaires, associées à une dyspnée. L'anti-Mda5 était positif. La patiente a été traitée par du MMF (1.5g/j), avec bonne évolution clinique. Le recul est de 8 mois.

Discussion :

Chez nos deux patientes, le caractère amyopathique associé à des ulcérations cutanées nécrotiques, douloureuses et à une atteinte pulmonaire rapidement progressive, nous a fait penser à une DM à anti-mda5, confirmée par la présence de l'anticorps anti-mda5. Cette entité, est très peu décrite au sein de la population non-caucasienne, en l'occurrence maghrébine (un cas en Tunisie et un cas en Algérie). A notre connaissance, cette entité n'a jamais été décrite auparavant au Maroc. Il s'agit, d'une entité rare (10%), caractérisée par un syndrome cutanéo-pulmonaire dont l'évolution est sévère comme en témoigne nos deux cas. L'atteinte pulmonaire peut engager le pronostic vital même sous traitement (taux de survie de 6 mois entre 40,8 et 45%). Selon les données actuelles de la littérature, les résultats obtenus avec un traitement par MMF sont discordants. Nos deux cas ont bien évolué sous MMF, avec un recul assez important (8mois-1an).

Conclusion :

Devant une DM amyopathique associée à des ulcérations nécrotiques douloureuses et une atteinte pulmonaire rapidement progressive, il faut savoir évoquer une DM à anti-mda5, afin d'initier rapidement un traitement et d'éviter l'évolution fatale. D'autres études sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité du MMF en matière de DM à anti-mda5.

Résumé :48

Dermatose prurigineuse révélant un VIH

Chaymae Jroundi, Hanane Baybay,Hajar El Bennaye,Imane Couissi,Sara Elloudi,Fatima Zahra Mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'éruption papuleuse prurigineuse (EPP) décrite au cours du VIH est une dermatose occasionnant un prurit chronique et rencontrée uniquement chez les sujets HIV. Il s'agit le plus souvent d'un signe de profond déficit immunitaire. Nous rapportons le cas d'un patient qui présente une EPP révélant un VIH.

Observation :

Un patient âgé de 42ans; présentait depuis 1an des lésions érythémateuses, prurigineuse siégeant au niveau du tronc et des membres avec aggravation sous dermocorticoides. L'examen dermatologique avait retrouvé des papulonodules érythémateuses, inflammatoires au niveau du visage et quelques pustules au niveau du nez, du front et des bras, sans atteinte palmoplantaire. On notait également des papules et des plaques érythémateuses diffuses sur tous le corps, purpuriques par endroit, centrées par des poils au niveau du tronc. L'examen des muqueuses a objectivé une leucoplasie endojugale avec leucoplasie chevelu de la langue et deux érosions au niveau de la verge. Une sérologie VIH a été demandée et s'est révélée positive. Une biopsie cutanée avait objectivé une éruption papuleuse, prurigineuse définitivement liée à l'HIV. Un bilan biologique a objectivé un taux de CD4 à 234, un traitement antirétroviral a été démarré. Le patient a été perdu de vue par la suite.

Discussion :

L'EPP est une éruption chronique faite de lésions papuleuses et prurigineuses d'étiologie inconnue, rencontrée uniquement chez les patients séropositif au VIH et souvent associée à une morbidité importante. L'EPP peut être le premier marqueur du VIH. Elle touche autant les femmes que les hommes et peut se voir chez les enfants. La lésion élémentaire est une papule urticarienne discrète, ferme, érythémateuse, parfois une pustule très prurigineuse, initialement au niveau des bras et jambes. L'éruption, localisée dans 95% des cas aux extrémités, atteint surtout le tronc et la face épargnant les paumes, les plantes et la muqueuse buccale tel est le cas de notre patient. Des excoriations douloureuses péniennes ou vulvaires sont parfois décrites. L'évolution est dominée par le prurit, l'apparition et la disparition spontanée des lésions. Le taux de CD4 est souvent inférieur à 250-300 cellules/mm3. En histologie, on retrouve un infiltrat inflammatoire lymphohistiocytaire à prédominance périvasculaire et périannexielle avec un nombre variable d'éosinophiles. De nombreux traitements ont été essayés sans succès. L'UVB thérapie semble être la méthode la plus

performante. La régression a été notée dans certains cas après la mise en route du traitement antirétroviral.

Conclusion :

L'EPP est parfois le premier marqueur du VIH et indique un état d'immunodéficience avancé. Ainsi, reconnaître l'EPP aide à introduire un traitement précoce du VIH. L'EPP a un impact majeur sur la qualité de vie des patients et augmente la morbidité. Son traitement se base sur le traitement antirétroviral et la photothérapie avec une amélioration aléatoire.

Résumé :49

Dermoscopie des manifestations cutanées de la maladie de Behçet

JIHANE ZIANI, SARA ElIOUDI,ASMAE RASSO ,HANANE BAYBAY ,ZAKIA DOUHI,FATIMA ZAHRAE MERNISSI
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La maladie de Behcet est une maladie multisystémique avec des atteintes systémiques variables. Le diagnostic est basé sur des critères cliniques ; un résultat positif du test de pathergie, aphtoses bipolaires, atteinte oculaire. Permettant de retenir le diagnostic de la maladie. L'objectif de notre résumé est d'exposer l'aspect dermatoscopique des manifestations cutané de la maladie de Behçet.

Observation :

Nous rapportons quatre patients ayant comme histoire une maladie de Behcet retenue. L'âge moyen de notre échantillon était de 20,5 ans avec une prédominance féminine sexe ratio h/F=0,33, qui présentaient cliniquement des ulcérations cutanée, en moyenne le nombre d'ulcérations était 3 avec des localisations multiples tronc, jambes, pubis, de tailles variables allons de quelques millimètres à 8cm pour la plus grande, les ulcérations était bien limités de contours irréguliers tantôt à fond bourgeonnant à surface propre, tantôt surmonté de croutes hémorragiques. L'examen dermoscopique de différentes lésions cutanées a révélé des similitudes et à des stades évolutifs chez les différents patients de notre échantillon. On a noté une érosion centrale entourée par d'un cercle avec un fond rose-blanc avec un halo rayonnant blanc, des vaisseaux linéaires et en épingle à cheveux centraux, ainsi que des vaisseaux glomérulaires à la périphérie réalisant une image globale en étoile ou en cible.

Discussion :

La maladie de Behçet est une vascularite systémique caractérisée par des épisodes d'inflammation aiguë, qui peut toucher presque tous les organes vascularisées du corps notamment la peau. La dermoscopie des lésions cutanées de la maladie de Behcet n'a jamais était rapporté dans la littérature à part celle décrivant la lésion de papule après réalisation du test de pathergie et qui est similaire à celles de nos malades. L'examen histopathologique révèle une infiltration inflammatoire avec prédominance de cellules mononucléaires autour des vaisseaux dermiques et une augmentation du nombre de mastocytes. Une réaction vasculaire neutrophile peut également être présente réalisant une vascularite leucocytoclasique laissant supposer que cet infiltrat est responsable de l'image

dermoscopique. On suggère que l'érosion centrale correspond à une nécrose fibrinoide secondaire au thrombus intravasculaire, la vascularisation en épingle à cheveux à l'infiltration en superficiels et en profondeur de cellules inflammatoires en périvasculaire notamment par des lymphocytes et des neutrophiles et la vascularisation glomérulaire au reflet réalisé par le gonflement des cellules endothéliales

Conclusion :

En conclusion, l'étude dermoscopique des lésions cutanée de la maladie de Behcet, s'est avérée révélatrice de signes qui peuvent être qualifiés de spécifique de la maladie. Des études sur des séries plus riches avec une confrontation anatomopathologiques et dermoscopique sont nécessaires.

Résumé :50

Erythema gyratum repens suite à un pemphigus vulgaire

LOUBAB OMAHSAN, AHMED ALIHUSSEIN,SARA BOUABDELLA,NADA ZIZI,SIHAM DIKHAYE
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

L'érythema gyratum repens (EGR) est une dermatose rare et de présentation clinique impressionnante. Son diagnostic positif est principalement clinique. Initialement, décrite comme une pathologie obligatoirement paranéoplasique. Récemment d'autres étiologies ont été individualisés. A travers cette observation nous illustrons le premier cas d'EGR associé à un pemphigus vulgaire.

Observation :

Patiente de 34 ans, ayant comme antécédent une épilepsie sous Dépakine. Elle s'est présentée aux urgences pour des lésions bulleuses flasques, d'autres érosives siégeant sur une peau saine avec un signe de nikolsky positif. Le diagnostic de pemphigus vulgaire était retenu sur les données clinique, histologique et immunologique. Le score PDAI initial était à 55% témoignant d'un pemphigus sévère. Après un bilan infectieux normal, la patiente était traitée par prédnisone 1,5mg/kg/j avec traitement adjuvant. 1 mois plus tard la patiente a présenté un changement des lésions cutanées, devenant ondulées, serpigineuses au niveau du tronc et de la partie proximale des membres évoquant un EGR. Une biopsie cutanée était réalisée, ainsi qu'un bilan étiologique.

Discussion :

L'EGR est une dermatose exceptionnelle, prédominant chez les hommes avec un sex ratio de 2H/1F. Elle se manifeste par une éruption spectaculaire prurigineuse du tronc et de la partie proximale des membres. Elle est formée de bandes érythémateuses de 1 à 3 cm de largeur, volontiers parallèles, prenant un aspect ondulé, serpigineux évoquant des "nervures de bois". L'histologie est non spécifique et quand elle est réalisée, elle peut mettre en évidence une hyperkératose parakératosique et un infiltrat périvasculaire concentré autour des vaisseaux du derme superficiel et moyen fait principalement de lymphocytes et de macrophage. Vue la forte association entre l'EGR et une néoplasie interne, un bilan radio-endoscopique à la

recherche de pathologies tumorales est fortement recommandé. Récemment plusieurs auteurs ont décrit l'association d'EGR à des pathologies non tumorales notamment à des pathologies bulleuses comme la pemphigoide bulleuse. A notre connaissance aucun cas n'a été décrit associant un EGR et un pemphigus.

Conclusion :

L'EGR est une pathologie dite initialement obligatoirement paranéoplasique. Actuellement plusieurs auteurs ont décrits son association à des pathologies infectieuses ou auto-immune comme l'illustre clairement notre observation.

Résumé :51

Erythrodermie psoriasique traitée par Sécukinumab : A propos d'un cas

Layla Bendaoud, Ayda Elfaqyr,Hasna Ait El Hadj,Ouafa Hocar,Said Amal
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

L'érythrodermie psoriasique (EP) est une forme clinique sévère du psoriasis, dont le traitement est difficile et n'est pas encore codifié, le traitement biologique constitue une option thérapeutique. Nous rapportons l'observation d'un patient ayant une EP traité par Sécukinumab avec une bonne efficacité.

Observation :

Un patient de 65ans, hypertendu sous antihypertenseur, suivi depuis 20 ans pour psoriasis vulgaire, mis sous divers traitements : dermocorticoïdes, méthotrexate et des séances de photothérapie, sans amélioration. Depuis 3 mois, il présentait une EP (PASI : 39.8, DLQI : 26). Devant la sévérité de l'atteinte cutanée et la résistance aux traitements conventionnels, Sécukinumab a été indiqué, et initié à la dose de 300 mg à S 0,1,2,3,4 puis chaque 4 semaines. A la 8ème semaine du traitement, une amélioration clinique a été notée avec une diminution significative du score PASI (PASI : 1.9). Après 9 mois de traitement, le patient est toujours en rémission clinique avec un score de PASI à 0 et DLQI à 0, sans aucun effet secondaire.

Discussion :

L'érythrodermie psoriasique est rare, touchant 1 à 2% des patients psoriasiques, définie par un érythème généralisé ≥90%. Son traitement est souvent insuffisant, les plus utilisés sont : Méthotrexate, Ciclosporine, et Rétinoides. Sécukinumab est un anticorps monolonal humain neutralisant sélectivement l'IL-17A, indiqué dans le traitement du psoriasis en plaque modéré à sévère et du rhumatisme psoriasis, mais pas pour l'EP. Des séries de cas d'EP, traités par Sécukinumab, ont montré une réponse thérapeutique favorable.

Conclusion :

L'efficacité du Sécukinumab chez notre patient suggère son rôle dans le traitement de l'EP résistant aux traitements usuels.

Résumé :52

Facteurs influençant le risque cardio-vasculaire lié à la rosacée

EL AMRAOUI Mohamed, Naoufal HJIRA,Mohammed BOUI

Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

le risque cardiovasculaire lié à la rosacée est de plus en plus confirmé par de nombreuses études récentes. Notre étude a comme objectifs d'essayer de chercher les principaux facteurs influençant ce risque.

Matériels et méthodes :

étude prospective descriptive, menée sur une durée de 18 mois au sein de service de dermatologie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V, qui a consisté a la recherche des principaux facteurs de risque cardio-vasculaires (FDR CV) (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie et obésité androïde) chez 100 patients ayant une rosacée et la distribution de ces facteurs de risque selon l'âge, le sexe, la chronicité de la maladie, le stade, le nombre des facteurs étiopathogéniques et la présence d'une éventuelle atteinte ophtalmique.

Résultats :

on a enregistré 87 facteurs de risque cardiovasculaires (FDR CV) dont : HTA : 21 cas, diabète : 16 cas, dyslipidémie : 25 cas et obésité androïde : 23 cas. 48 patients avaient un âge entre 20 et 40 ans et avaient 16 FDR CV, 35 patients avaient un âge entre 40 et 60 ans et avaient 49 FDR CV, alors que 15 patients avaient un âge supérieur à 60 ans et avaient 19 FDR CV. Les femmes étaient majoritaires avec un effectif de 80 et chez qui on a noté 65 FDR CV alors qu'on noté 20 FDR CV chez les vingt hommes. 48 patients avaient une rosacée qui évoluait depuis moins de 5 ans et avaient 22 FDR CV, 28 avaient une rosacée qui évoluait entre 5 et 10 ans et avaient 22 FDR CV, 10 patients avaient une rosacée qui évoluait entre 10 et 15 ans et avaient 14 FDR CV alors que 14 patients avaient une rosacée qui évoluait depuis plus de 15 ans et avaient 27 FDR CV. 4 patients avaient un stade I sans aucun FDR CV, 58 patients avaient un stade II avec 45 FDR CV, 36 cas avaient un stade III avec 34 FDR CV et 2 patients avaient un stade IV avec 6 FDR CV. 26 patients avaient moins de 3 facteurs étiopathogéniques avec 12 FDR CV, 69 patients avaient entre 3 et 5 facteurs étiopathogéniques avec 71 FDR CV et 5 patients avaient plus de 5 facteurs étiopathogéniques avec 8 FDR CV. 36 patients avaient une atteinte ophtalmique avec 57 FDR CV et 64 patients sans atteint ophtalmique avec 28 FDR CV.

Discussion :

Le risque cardiovasculaire augmente avec l'âge avec un risque relatif de 0,33 pour la tranche d'âge de 20 à 40, de 1,4 pour la tranche de 40 à 60 ans et de 1,27 pour la tranche de plus de 60 ans. Même si les femmes sont les plus touchées mais les hommes ont un risque plus élevé (risque relatif de 1 versus 0,81 pour les femmes). Ce risque augmente également avec la chronicité de la maladie avec des risque relatifs de 0,46 (<5ans), 0,78 (5-10 ans), 1,4 (10-15 ans) et 1,93 (plus de 15 ans), avec le stade avec des risques relatifs de 0 (I), 0,77 (II), 0,94 (III) et 3 (IV), avec le nombre des facteurs étiopathogeniques avec des risque relatifs de 0,46

(<3 facteurs), 1,03 (entre 3 et 5 facteurs) et 1,6 (plus de 5 facteurs) et avec la présence d'une atteinte ophtalmique avec des risques relatifs de1,58 versus 0,44 en absence d'atteinte ophtalmique.

Conclusion :

Notre étude est la première qui a tenté de chercher et de confirmer cette corrélation du risque cardiovasculaire lié à la rosacée avec l'âge, le sexe, la chronicité, le stade, le nombre des facteurs etiopathogeniques et la présence d'une atteinte ophtalmique.

Résumé :53

Granulome annulaire, thyroïdite auto-immune et diabète type I : A propos d'un cas

Layla Bendaoud, Bouighjdane Fatiha,Baali Nadia,ouafa Hocar,nadia akhdari,said amal
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le granulome annulaire (GA) est une dermatose inflammatoire chronique de cause inconnue, et d'évolution habituellement bénigne. Nous rapportons un cas de granulome annulaire associé à une thyroïdite auto-immune et au diabète insulinodépendant chez un patient de 42 ans.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 42 ans, diabétique type I sous insuline depuis 20 ans, qui se présente pour des nodules cutanés indolores remontant à 2 ans. L'examen dermatologique a noté la présence de 2 nodules sous cutanés, fixes, situés au niveau de la face palmaire de la 2ème et de la 3ème phalange du 4ème doigt gauche, de couleur légèrement jaunâtre, et 3 nodules de couleur rose, situés à la face dorsale de la 2ème phalange du même doigt, dont le plus grand mesure 1,5 cm, associés à une xérose cutanée généralisée sans autres lésions. Par ailleurs, le patient présente une asthénie profonde sans autres signes associés. La biopsie cutanée était en faveur d'un granulome annulaire, et le bilan biologique a montré une hypothyroïdie profonde : T4 effondrée à 1 µUI/ml, TSH très augmentée à 95 µUI/ml, la recherche des anticorps anti-thyroperoxydase (anti-TPO) était positive, les anticorps anti-thyroglobuline étaient négatifs, l'échographie thyroïdienne a montré une thyroïde de taille et d'échostructure normales. Le patient a été mis sous hormones thyroïdiennes à la dose de 120 µg/j avec une bonne amélioration clinique et biologique. Pour le GA, le patient a été mis sous disulone avec une surveillance biologique.

Discussion :

Le granulome annulaire se manifeste cliniquement par des lésions polymorphes : macules, papules et nodules, qui prennent le plus souvent une disposition arciforme. Il est plus fréquent chez l'enfant et chez l'adulte jeune de sexe féminin. L'association au diabète insulinodépendant et à la thyroïdite auto-immune, retrouvée dans notre observation et dans la littérature, suppose une origine dysimmunitaire qui aurait favorisé la survenue du granulome annulaire. Certains auteurs ont montré que le traitement par L-Thyroxine en cas d'hypothyroïdie associée au GA semble empêcher l'apparition de nouvelles lésions voire une rémission. La particularité de notre observation est la survenue d'un GA sous cutané chez un adulte de sexe masculin, et son association à deux pathologies auto-immunes.

Conclusion :

A la lumière des données de la littérature, l'association aux thyroïdites doit nous inciter à faire un bilan thyroïdien hormonal et auto-immun devant des lésions de GA.

Résumé :54

La muqueuse buccale : siège isolé d'un pemphigus

Chaimae AIT KHABBA, Marwa ASERMOUH,Karima SENOUCI ,Laila BENZEKRI ,Nadia ISMAILI ,Meriem MEZIANE ,Badreddine HASSAM
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le pemphigus vulgaire est une dermatose bulleuse auto-immune potentiellement grave. On distingue le pemphigus vulgaire « mucocutané » et le pemphigus vulgaire « muqueux » qui peut rester localisé à la muqueuse durant toute son évolution. Nous allons rapporter un cas d'un pemphigus vulgaire muqueux resté localisé uniquement au niveau de la cavité buccale avec rechute au même endroit.

Observation :

Patiente âgée de 43 ans, sans antécédents particuliers, qui présentait depuis 3 mois des lésions de la cavité buccale.A l'examen clinique on retrouvait : deux érosions au niveau du voile du palais, des érosions fibrineuses endojugales bilatérales et un enduit blanchâtre au niveau de la langue, avec un mauvais état bucco-dentaire .A noter que l'examen cutané était sans particularité et qu'il n'y avait ni d'atteinte d'autres muqueuses ,ni d'atteinte des phanères. La biopsie cutanée et l'immunofluorescence directe confirmaient le diagnostic de pemphigus vulgaire. L'Immunofluorescence indirecte objectivait la présence d'anticorps anti-substance intercellulaire à titre élevé. La patiente a été mise sous corticothérapie générale à raison de 2mg/kg/j associée à l'Azathioprine à raison de 3mg/kg/j .Après six mois, l'évolution était marquée par la cicatrisation des lésions avec décroissance progressive de la corticothérapie et arrêt de l'azathioprine. Sept ans plus tard , la patiente a présenté une rechute au même endroits sans autres atteintes associées(figure 1) , traitée par corticothérapie systémique associée à l'azathioprine avec bonne évolution au bout de 3 mois de traitement (figure 2).

Discussion :

Le Pemphigus vulgaire, forme profonde du Pemphigus ,représente 80% des formes cliniques.On peut avoir une atteinte isolée des muqueuses et on parle alors de pemphigus vulgaire « muqueux » ,qui peut rester localisé à la muqueuse durant toute son évolution. L'atteinte de la cavité buccale est présente dans 80% des cas.Il s'agit d'érosions buccales traînantes et douloureuses, situées sur la face interne des joues, le palais et les collets dentaires . Elles mettent à nu une surface rouge vif, bordée d'une collerette épithéliale. Des érosions des muqueuses génitales, nasales, ou plus rarement conjonctivales, ont été rapportées dans 13% des cas .Le diagnostic repose sur l'examen histologique qui montre une acantholyse et un clivage horizontal intra-épidermique profond avec à L'immunofluorescence directe présence d'un dépôt d'IgG et de C3 dans la substance intercellulaire et à immunofluorescence indirecte présence Ac anti-substance intercellulaire , plus précisément Ac antidesmogléine 3 au test d'ELISA. L'évolution des lésions buccales est souvent plus traînante que celle des lésions cutanées du fait de facteurs traumatiques et infectieux et de la grande fragilité des

jonctions intercellulaires. Les corticoïdes et divers immunosuppresseurs constituent la base du traitement.

Conclusion :

Le PV muqueux est une affection chronique peu fréquente, souvent diagnostiquée tardivement malgré la présence de lésions buccales. L'arsenal thérapeutique, basé sur la corticothérapie permet la disparition des symptômes ;les stéroïdes topiques peuvent également être utilisés pour accélérer la guérison des lésions buccales persistantes.

Résumé :55

La panniculite lupique : une présentation rare à connaître

Lakhmiri Myriam,Meziane Mariame,Ismaïli Nadia,Benzekri Laïla,Hassam Badr ,Senouci Karima
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La panniculite lupique est une forme anatomo-clinique rare. Elle représente <3% des formes de lupus. Les lésions peuvent associées à d'autres signes de lupus ou isolées ce qui rend le diagnostic plus difficile. Nous rapportons un nouveau cas de panniculite lupique isolée.

Observation :

Une patiente âgée de 50 ans, ayant un ATCD de DRESS à la disulone, consultait pour de petites tuméfactions sous cutanées sur le visage, le bras et le tronc, asymptomatiques, laissant place à des cicatrices déprimées après 4 mois. L'examen clinique trouvait des nouures couleur chair et des cicatrices cupuliformes. La biopsie cutanée montrait une atteinte lobulaire sans vasculite compatible avec une panniculite lupique. L'immunofluorescence directe montrait une bande lupique. Le bilan de systématisation était négatif. La patiente présentait une contre-indication aux antipaludéens de synthèse (APS). Un traitement par prednisone 0,5mg/kg/j était proposé. L'évolution était marquée par l'affaissement des lésions après 6 semaines de traitement.

Discussion :

La panniculite lupique ou « lupus érythémateux profond » est caractérisée par des nouures évoluant vers l'atrophie cutanée et exceptionnellement vers l'ulcération le plus souvent chez des femmes jeunes. Le visage, le cuir chevelu, les épaules, les bras et les fesses sont les principales localisations. Notre patiente présentait des lésions cupuliformes au niveau du visage, des bras et du tronc. Les poussées-rémissions sont marquées par l'apparition de nouvelles lésions sur une peau saine et sur les cicatrices des anciennes lésions. Le diagnostic doit être confirmé par une biopsie cutanée profonde qui montre la présence d'un infiltrat lympho-histiocytaire dermo-hypodermique. L'IFD est contributive en montrant les dépôts d'IgG et de C3 à la jonction dermo-épidermique mais peut être négative. Le traitement est difficile. Il doit être instauré précocement avant l'installation de la fibrose. La rétraction cutanée est définitive et entraine un préjudice esthétique et psychologique. Les APS, les corticoïdes locaux et systémiques peuvent être proposés en 1ère intention. Le thalidomide, la disulone et les autres immunosuppresseurs sont des options thérapeutiques dont les indications dépendent de l'existence ou non de signes de lupus systémiques associés.

Conclusion :

La panniculite lupique est une présentation rare du lupus qui mérite d'être connue et rapidement prise en charge. Le pronostic est essentiellement esthétique avec un retentissement psychologique pouvant être important. Le bilan de systématisation doit être réalisé à la recherche d'un lupus systémique associé.

Résumé :56

L'atteinte unguéale au cours de la pelade.

NAFISSA FARID, MERIEM CHIGUER,OUAFA HOCAR,SAID AMAL
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

La pelade est une alopécie non cicatricielle, d'origine auto-immune, affectant environ 1,7% de la population. Elle évolue par poussées, pouvant ou non se répéter au cours de la vie. L'atteinte unguéale au cours de la pelade n'est pas rare et peut revêtir plusieurs aspects cliniques. Nous proposons d'étudier les différentes anomalies unguéales au cours de la pelade.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude prospective des cas de pelade présentant une atteinte unguéale vus dans le service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech au cours d'une période allant du 1er janvier au 30 juin 2019.

Résultats :

Trente trois cas de pelade ont été recensés parmi lesquels 15 cas avaient une atteinte unguéale (45 %). L'âge moyen des patients était de 31 ans. Une prédominance féminine était notée (sex-ratio : 0,57). L'atteinte unguéale était à type de striations chez 10 cas (66 %), de ponctuations en dé à coudre chez 8 patients (24 %), de leuconychies chez 4 cas (12 %) et d'onycholyse chez 3 patients. Un même patient pouvait cumuler plusieurs signes cliniques. L'atteinte unguéale était élective aux ongles des mains dans 80% des cas, et 20% avaient une atteinte des mains et des pieds, aucun cas n'a présenté une atteinte isolée des orteils. L'atteinte unguéale entrait dans le cadre d'une pelade sévère (universelle ou décalvante) dans 73% des cas. Tous les patients avaient reçu un traitement local à base de minoxidil, associé aux dermocorticoïdes pour les formes en plaque. 6 patients étaient sous infiltrations locales et 12 patients étaient sous bolus ou avaient déjà terminé leurs bolus. L'évolution sous traitement n'était bonne que chez 46% des cas.

Discussion :

L'atteinte unguéale chez nos patients rejoint les données de la littérature en ce qui concerne la fréquence et le type d'anomalies retrouvées. En effet, les signes unguéaux sont rapportés dans 24 à 47 % des cas de pelade et sont dominés par l'atteinte de type ponctuations en dé à coudre et les striations. L'onycholyse, l'onychomadèse et les leuconychies ponctuées ont aussi été rapportés. L'origine exacte de cette atteinte unguéale n'est pas complètement élucidée. Elle peut précéder, accompagner ou suivre l'apparition d'une pelade du scalp. Comme dans notre série, plusieurs auteurs s'accordent sur le caractère péjoratif de l'atteinte unguéale sur la sévérité du tableau clinique d'une part et le profil évolutif de la pelade d'autre part.

Conclusion :

L'examen attentif des ongles représente une étape importante de l'examen de tout patient peladique. Les anomalies unguéales sont considérées comme des facteurs de mauvais pronostic.

Résumé :57

Les traitements systémiques du psoriasis dans la pratique hospitalière

Kaoutar Sof, Sefraoui Saidia,Zizi Nada,Dikhaye Siham
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Plusieurs modalités de traitement pour le psoriasis existent : les traitements topiques, la photothérapie, les traitements systémiques et les biothérapies. Le choix du traitement dépend des préférences des patients et sont influencés par des facteurs tels que la gravité de la maladie et la localisation des lésions. Le but de cette étude est d'évaluer les différents traitements systémiques proposés chez des patients psoriasiques dans une pratique hospitalière.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur tous les patients psoriasiques hospitalisés et suivis en consultation au service de dermatologie entre Janvier 2015 et Juin 2019. Les traitements, indications, motifs d'arrêt, contre indications, échec ou efficacité ont été relevés.

Résultats :

Cent trente patients ont été inclus dans notre étude, dont vingt sept patients bénéficiaient d'un traitement systémique : 74 % méthotrexate, 22 % photothérapie, 11 % acitrétine, 11 % dapsone et 3% biothérapies. Le méthotrexate était le traitement le plus prescrit, la dose hebdomadaire moyenne était de 18,8mg/semaine. Parmi les patients ayant reçu du méthotrexate, le traitement a été considéré comme efficace chez 14 patients (70%). Des effets secondaires ont motivé l'arrêt du traitement chez 4 patients, dominés essentiellement par la perturbation du bilan hépatique. Six patients ont bénéficié d'une photothérapie, ce traitement était instauré pour les indications suivantes : une contre-indication aux autres traitements systémiques et une dose cumulée de méthotrexate > 2g. 3 patients ont reçu de l'acitrétine et 3 autres de la disulone. Un seul patient a reçu une biothérapie pour un rhumatisme psoriasique.

Discussion :

Le traitement le plus fréquemment prescrit dans cette étude est le méthotrexate. Le taux d'échec (30 %) est inférieur à ce qui est rapporté dans la littérature. Le taux d'utilisation des biothérapies est très bas par rapport aux études de la littérature, ceci est dû au fait que ce traitement n'est remboursé que pour le rhumatisme psoriasique.

Conclusion :

Dans notre pratique, le méthotrexate est le chef de fil des traitements systémiques. Les biothérapies sont largement utilisées selon les données de la littérature, mais leur cout rend leur utilisation difficile dans notre contexte.

Résumé :58

Lichen amyloide généralisé

Safae Maouni, Laila Benzekri,Mariame Meziane,Nadia Ismaili,Karima Senouci,Badredine Hassam,
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

L'amylose papuleuse (LA) représente la forme la plus fréquente d'amylose cutanée primaire. Son étiopathogénie reste mal élucidée. Il se présente cliniquement sous forme de papules kératosiques fermes pigmentées coalescentes siégeant en regard des tibias. La forme généralisée est rare et pose un problème de prise en charge thérapeutique. Nous rapportons le cas d'une femme admise pour un lichen amyloïde généralisé traitée avec succès par l'association acitrétine et acide trichloroactique.

Observation :

Une femme de 57 ans, ayant comme antécédent une hypertension artérielle sous traitement, consultait pour des lésions papuleuses très prurigineuses, évoluant depuis 6 ans, traitées par des émollients, dermocorticoïdes et antihistaminiques mais sans amélioration. Les lésions siégeaient initialement sur les jambes, puis s'étendaient progressivement au reste du corps. Notre examen dermatologique retrouvait des lésions papuleuses folliculaires, couleur chair, faisant 2 à 3 mm de diamètre, kératosiques par endroits et rugueuses à la palpation, reposant sur des plaques hyper pigmentées, associées à des lésions de grattage. Elles se localisaient sur les bras, les avant-bras, les cuisses, les jambes, le dos et la nuque (Figure 1). L'examen des muqueuses et des phanères ne trouvait aucune anomalie. L'examen dromoscopique montrait des zones blanchâtres (carrefour central) entourées d'une hyperpigmentation disposées de façon linéaire, on notait également un aspect en bouchons cornés avec des squames blanches et des érosions sur les lésions des jambes (Figure 2 a,b). La biopsie cutanée montrait un épiderme acanthosique et papillomateux, une hyperkératose orthokératosique avec présence de dépôt éosinophile amorphe et craquelé dans le derme papillaire, bien visible à la coloration standard et biréfringent à la coloration du rouge Congo (Figure 2c). Le bilan biologique ne révélait pas d'anomalie. Le diagnostic de Lichen amyloïde généralisé était retenu. La patiente a été mise sous acitrétine 25 mg par jour associé à l'acide trichloro-acétique (TCA) à 50 % (1 application tous les 15 jours). On notait une diminution du prurit dès le premier mois et une bonne évolution des lésions sur un recul de 06 mois.

Discussion :

Nous rapportons un nouveau cas atypique de lichen amyloïde (LA), caractérisé par des lésions généralisées et traité avec succès par une nouvelle association thérapeutique: acitrétine et acide trichloro-acétique à 50 %. La forme généralisée du LA est rare et souvent associé à d'autres dermatoses pouvant maintenir ou accentuer le prurit comme le lichen plan (1), l'urticaire chronique (2), la dermatite atopique ou le prurigo. Chez notre patiente les données de l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires n'ont pas pu révéler un facteur aggravant associé. La prise en charge thérapeutique de cette forme clinique est très délicate, plusieurs moyens thérapeutiques ont été proposés dans la littérature. Les rétinoïdes oraux ont été utilisés avec des réponses variables en fonction du terrain génétique et le type de LA. En effet, l'acitrétine agit par son action anti-inflammatoire et anti prolifération, en favorisant la différenciation kératinocytaire et par son action sur les Apolipoprotéine E, ce qui permet une réduction des dépôts amyloïdes (3; 4; 5). L'acide trichloro-acétique agit par son

action kératolytique sur la composante kératosique du LA, ce qui permet une diminution du prurit.

Conclusion :

Compte-tenu de ces effets synergiques des deux traitements et de la bonne réponse clinique observée chez notre patiente, cette association thérapeutique peut être indiquée dans le traitement des cas de LA généralisé et résistant aux traitements habituels.

Résumé :59

Lichen plan actinique: à propos de deux cas

NESRINE KHEDIM, Fatimazehra ELfatoiki, Hayat Skalli,Fouzia Hali,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le lichen plan (LP) actinique est une variante rare de LP cutané caractérisée par l'apparition de lésions lichéniennes en zones photo-exposées. Nous rapportons le cas de deux patientes présentant des lésions de lichen actinique.

Observation :

Observation 1: Patiente âgée de 60 ans, hypertendue depuis 2 ans sous ARA II, qui présente depuis 6 ans des macules pigmentées apparues initialement au niveau du visage puis au reste des zones photo-exposées avec une notion de poussées estivales ,chez qui l'examen retrouve des macules pigmentées surmontées de fines squames par endroit au niveau du front , des joues ,en péribuccale et au niveau du décolleté , un placard pigmenté prurigineux au niveau des avant-bras et une chéilite séche,l'examen des muqueuses était normal ainsi que le reste de l'examen clinique. La biopsie cutanée a conclu à un aspect de dermite lichenoide en faveur d'un lichen plan, l'étude en immunofluorescence directe était négative. L'électrorétinogramme a objectivé une atteinte débutante des photorécepteurs de la zone fovéolaire contre indiquant le recours aux APS. La patiente a été mise sous dermocorticoïdes associés à une photo protection externe, avec une bonne évolution clinique. Observation 2 : Patiente âgée de 30 ans , sans antécédents pathologiques notables, présente depuis 2 ans des lésions papuleuses pigmentées au niveau du visage et du dos des mains surtout en période estivale, chez qui l'examen retrouve des lésions erythemato papuleuses au niveau du visage et du dos des mains, le reste de l'examen était sans anomalies. La patiente a bien évolué sous dermocorticoïdes et Hydroxychloroquine.

Discussion :

L'intérêt de notre observation réside dans la rareté de cette entité. Le lichen actinique est une dermatose très affichante du sujet jeune, dont les lésions évoluent par poussées, surtout estivales, avec une atteinte exclusive des zones photo exposées, en particulier le visage , cette entité pose un problème nosologique avec la lucite polymorphe et le lupus érythémateux et risque également d'être confondue avec les réactions lichénoïdes photosensibles d'origine médicamenteuse. L'évolution est bénigne et le traitement repose sur la photo protection.

Conclusion :

Le lichen plan actinique touche principalement les populations du Moyen-Orient,d'Afrique de l'Est, du Maghreb ou d'Inde, avec une prédominance féminine. Les lésions sont localisées au niveau des zones photoexposées en particulier le visage, d'ou l'intérêt de la photoprotection .

Résumé :60

Lichen plan blashko-linéaire de la face chez l'adulte : entité rare : trois observations.

NAJAT ELAATTOUL,SAID AMAL,OUAFA HOCAR
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le lichen plan (LP) est une dermatose prurigineuse commune ayant des caractéristiques cliniques et histologiques bien définies. Le LP blashko- linéaire à localisation faciale est un sous-type rare chez l'adulte, seules quelques observations isolées ont été décrites dans la littérature.

Observation :

Nous rapportons les cas de 3 patients : une adolescente de 16 ans et deux autres âgés respectivement de 25 ans et 39 ans. La présentation clinique était commune : aspect de dermatose linéaire hyperpigmentée du visage avec un prurit initial modéré. Les lésions siégeaient sur le menton dans 1 cas, le front chez le 2 ème et fronto-mandibulaire chez le 3 ème. L'Histologie réalisée chez deux patients était en faveur de lichen (épiderme acanthosique, régulier surmonté d'une orthokératose lamellaire, bande fibreuse sous épidermique, siège d'un infiltrat inflammatoire modéré avec incontinence pigmentaire). La sérologie hépatitique C était négative chez les 3 patients. La conduite thérapeutique était de mettre les patients sous dermocorticoides avec légère amélioration.

Discussion :

Le lichen blaschko-linéaire constitue une forme rare (0,5 %) du lichen plan. L'âge moyen de survenue est de 50 ans. Il est plus fréquent chez l'homme. Sa pathogénie est encore méconnue. Sa disposition linéaire serait due au mosaicisme génétique avec présence d'un clone kératinocytaire capable de réagir sous l'effet de facteurs immunogènes, exogènes ou infectieux. Ce type de lichen doit être différencié par l'examen anatomopathologique des autres dermatoses à évolution blaschko-linéaire chez l'adulte comme la blaschkite, la dermatose lichénoïde linéaire ou le lichen striatus.

Conclusion :

Le lichen plan blaschko-linéaire entité très rare, est distinct du lichen plan linéaire mais les deux s'intègrent dans un spectre de dermatoses de l'interface linéaires dont la séparation nosologique est difficile.

Résumé :61

Lichen plan blashkolinéaire : un nouveau cas

Sophia Capatas, Fatima Zahra Al Fatoiki,Hayat Skali Dahbi,Fouzia Hali,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire prurigineuse qui peut revêtir plusieurs aspects cliniques. Le lichen plan blashkolinéaire est une forme qui suit un dermatome. Nous rapportons un nouveau cas.

Observation :

Une patiente âgée de 34 ans sans antécédents particuliers présente depuis 4 mois des lésions pigmentées non prurigineuses qui sont apparues d'abord derrière l'oreille gauche puis se sont étendues jusqu'à la région sous-mentonnière.L'interrogatoire n'a pas retrouvé la notion d'un traumatisme antérieur ou d'un zona. A l'examen clinique , ce sont des macules violacées qui suivent les lignes de Blashcko de la région rétro-auriculaire gauche et sous mandibulaire gauche se terminant à la zone sous mentonnière. L'examen des muqueuses ,des phanères et du reste du corps était sans particularités. La biopsie cutanée a montré un aspect en faveur d'un lichen plan .La sérologie de l'hépatite C était négatif.

Discussion :

L'intérêt de notre observation réside dans la rareté du lichen striatus chez l'adulte. Il touche souvent les enfants , avec une légère prédominance féminine.Le lichen plan blashkolinéaire (LPB) appelé aussi lichen striatus représente moins de 0.5% des cas de lichen plan. Cliniquement , l'éruption apparaît habituellement de manière soudaine sous forme de papules ou de macules pigmentées à disposition linéaire , souvent unilatérale , suivant les lignes de Blashko. Les lésions sont généralement asymptomatiques mais un prurit peut être présent surtout chez les sujets atopiques. Dans de rares cas, une atteinte unguéale est objectivée , ce qui n'était pas le cas de notre patiente. Aucun traitement est nécessaire, les lésions sont spontanément résolutives après quelques semaines voire quelques mois.

Conclusion :

Le lichen striatus est une dermatose inflammatoire bénigne qui demeure rare chez l'adulte. La disposition linéaire suivant les lignes de Blashko est très évocatrice du diagnostic.

Résumé :62

Lymphœdème vulvaire révélant une maladie de Crohn: à propos de deux cas

Kenza Kandri Rody, Zahid Sara,Elaattoul Najat,Akhdari Nadia,Amal Said,Hocar Ouafa,
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

La maladie de Crohn à expression cutanéo-muqueuse constitue une rare manifestation dermatologique spécifique de la maladie de Crohn. Nous rapportons les cas de deux patientes chez lesquelles un lymphœdème vulvaire a révélé une maladie de Crohn à expression cutanéo-muqueuse.

Observation :

Il s'agit de deux femmes âgées de 30 et 52 ans, sans antécédents pathologiques particuliers notamment pas de contage tuberculeux, qui ont consulté pour un lymphœdème vulvaire persistant depuis plus de 5 mois associé chez la première patiente à des épisodes de diarrhée aigus. Nos patientes étaient altérées sur le plan général et l'examen avait relevé un hypertrophie vulvaire inflammatoire asymétrique englobant les grandes et petites lèvres chez les deux patientes associé chez la première à des fissures péri-anales et une hypertrophie gingivale et la deuxième à des ulcérations linéaires en coup de couteau au niveau des deux plis inguinaux et au niveau du pli inter fessier. Une biopsie cutanée vulvaire a révélé chez nos deux patientes une inflammation granulomateuse sans nécrose caséeuse. La recto-coloscopie avait objectivé un aspect hyper-vascularisé de la muqueuse colique chez la première patiente et s'est avérée normale chez la deuxième patiente. Le bilan de tuberculose était négatif chez les deux patientes. Le diagnostic de maladie de Crohn cutanéo-muqueux a été retenu sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, morphologiques, évolutifs, endoscopiques et histologiques. Le traitement par biothérapie a été préconisé comme traitement de fond chez nos patientes.

Discussion :

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, qui peut être associée à différentes atteintes extra-digestives, dont les plus fréquentes sont d'ordre dermatologique. Celles ci surviennent dans près de 45% des cas et sont dominées par les fissures et les fistules péri-anales. A l'opposé, l'atteinte vulvaire de la maladie de Crohn est rare. Le diagnostic est difficile, surtout si le contexte de maladie de Crohn n'est pas connu ou si l'atteinte est inaugurale. L'examen histologique oriente fortement le diagnostic s'il montre des granulomes épithéloides et giganto-cellullaires sans nécrose caséeuse. Une atteinte infectieuse doit être éliminée par l'absence de mise en évidence du germe sur les prélèvements microbiologiques. Le traitement est mal codifié et les traitements proposés sont souvent hétérogènes et peu efficaces.

Conclusion :

Il parait donc nécessaire de garder en mémoire de rechercher devant tout lymphoedeme vulvaire, en particulier en cas de contexte clinique évocateur, des critères endoscopiques et histologiques faisant retenir le diagnostic de la maladie de Crohn.

Résumé :63

Maladie de Verneuil, épidémiologie, clinique et thérapeutique (A propos de 11 cas)

Youness Elkhachine, Ihssane Hallab,Abdessamad Sakkah,Jalal Elbenaye
Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès

Introduction :

La maladie de Verneuil est une suppuration chronique fistulisante d'évolution cicatricielle avec un retentissement majeur sur la qualité de vie. Son diagnostic est souvent méconnu causant le plus souvent un retard diagnostique et par conséquent une difficulté de la prise en charge.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons notre expérience à travers une étude rétrospective portant sur 11 cas recueillis de Janvier 2005 à Décembre 2017 au sein du service de dermatologie à l'hôpital militaire de Meknès. Les critères étudiés étaient épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

Résultats :

Cette série se composait de 10 hommes et une femme, d'âge moyen de 41 ans. Le tabagisme était présent chez tous les malades. L'âge moyen de début de la maladie était de 34 ans. Le délai diagnostic moyen était de 5 ans avec des extrêmes de 10 jours à 20 ans. La localisation la plus retrouvé est la localisation axillaire suivie de la localisation inguinale et périnéale. Une prédominance de grade 2 du score de Hurley est retrouvée. Tous nos patients ont reçu un traitement médical, majoritairement à base d'antibiothérapie. Sept cas de récidives ont été signalés dont deux ont nécessité une reprise chirurgicale. La qualité de vie était altérée chez tous nos malades.

Discussion :

Nous rapportons une série de 11 cas d'hidrosadénite. Nos résultats sont conformes aux données de la littérature concernant les facteurs de risques, les maladies associées, la présentation clinique, les localisations ainsi que l'évolution après traitement. Par contre, notre série se distingue par la prédominance masculine (expliquée par le caractère militaire de l'établissement), une moyenne d'âge avancée (probablement par retard diagnostic) et une durée d'évolution moins longue que celle rapportée dans la littérature. Le traitement médical n'est pas consensuel. Différentes molécules ont été proposées, avec une efficacité modérée ou transitoire. Le seul traitement curatif est chirurgical, mais délabrant, avec des résultats divers.

Conclusion :

A l'heure actuelle de nouvelles molécules sont en cours de développement et d'étude. L'exérèse chirurgicale reste un traitement de choix dans certaines situations. La discussion médico-chirurgicale apparait essentielle pour la prise en charge de cette maladie et son développement doit être une priorité.

Résumé :64

Manifestations cutanées d'un déficit en Zinc chez l'adulte

MAHA MOURADI, F.Z EL Fatoiki,Hayat skalli,Fouzia Hali,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

L'acrodermatite entéropathique est une manifestation cutanée de déficit en zinc assez habituelle chez le nourrisson alimenté exclusivement au sein. Sa survenue reste exceptionnelle chez l'adulte. Nous en rapportons un cas marocain.

Observation :

Mr A.D , 33 ans, consulte en dermatologie pour des lésions érythémateuses finement squameuses étendues au niveau de l'abdomen et des jambes évoluant depuis 2 mois dans un

contexte de diarrhée et d'altération de l'état général. L'examen clinique objective en outre, une conjonctivite bilatérale, une chéilite avec une perlèche, des lésions vésiculo-pustuleuses péribuccales, et des lésions érosives suintantes au niveau inguino-scrotal. Par ailleurs on notait un tableau d'épanchement des séreuses fait de distension abdominale, matité pulmonaire et infiltration scrotale. L'interrogatoire révélait que le patient était incarcéré depuis 6 mois et que le régime alimentaire était très pauvre et peu diversifié. Devant ce tableau clinique et les données de l'interrogatoire un déficit acquis en zinc a été évoqué. Le dosage de la zincémie était effondré à 5micromol/l (valeur normale entre 11 et 24) L'exploration digestive a objectivé une cirrhose hepatique au stade de décompensation d'étiologie inconnue. Une supplémentation en sulfate de Zinc par voie orale a été instaurée à la dose de 90mg/j avec une évolution favorable à partir de la troisième semaine, mais le patient est décédé d'une décompensation sévère de sa cirrhose quelques jours après.

Discussion :

L'Acrodermatite entéropathique est une maladie rare causée par un déficit en zinc. On distingue deux formes : la forme congénitale, de transmission héréditaire autosomique récessive due à une mutation du gène SLC39A4, entraînant un dysfonctionnement de la protéine ZIP4 ; et la forme acquise qui résulte d'une carence d'apport en zinc. La triade classique de l'acrodermatite entéropathique comprend les lésions cutanées localisées principalement sur les régions acrales et péri-orificielles , l'alopécie diffuse et la diarrhée aqueuse et non sanguinolente. Le diagnostic évoqué devant le tableau clinique est confirmé par le dosage de la zincémie qui est effondrée. L'histologie n'est pas specifique. Le traitement est simple, basé sur la supplémentation en Zinc qui doit se poursuivre à vie dans les formes congénitales, et être prolongé dans les formes acquises. La bonne évolution sous supplémentations en Zinc est un argument supplémentaire pour conforter le diagnostic.

Conclusion :

Le déficit en zinc est un problème actuel tant dans les pays en développement que dans les pays développés avec la tendance aux régimes exclusifs. Nous devons faire attention aux symptômes cutanés qui sont très suggestifs afin de ne pas rater le diagnostic.

Résumé :65

Morphée : Expérience du CHU Mohammed VI d'Oujda

LOUBAB OMAHSAN, HAZIM ABURABIE,SIHAM DIKHAYE,NADA ZIZI
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Les morphées sont des dermatoses auto-inflammatoires, caractérisées par une induration de la peau sur le plan clinique et une sclérose sur le plan histologique. A travers ce travail, nous aimerons détailler le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et pronostic des morphées dans notre centre hospitalier

Matériels et méthodes :

Etude monocentrique rétrospetive réalisée au CHU Mohammed VI d'Oujda sur une durée de 4 ans (Janvier 2015 à Janvier 2019). Nous avons colligé tous les cas de morphées hospitalisées au service de dermatologie durant cette période.

Résultats :

Au total cinq patients ont été colligés. Tous nos patients étaient de sexe féminin, l'âge moyen de nos patients était de 54,2 mois avec des extrêmes de 21 ans et 68 ans. Tous nos patients ont bénéficiés d'une biopsie cutanée. Des formes cliniques différentes ont été notées chez nos malades. Il s'agit de quatre cas de morphées en plaques (3 formes communes et une forme bulleuse) et un cas de morphée linéaire monomélique.Tous nos patients ont été traités initialement par des dermocorticoides de classe forte ou très forte. Une bonne amélioration a été notée chez 2 patientes. Chez les 3 autres, les dermocorticoides n'étaient pas suffisant seul et on a associé une photothérapie UVB chez 2 patientes et un traitement par méthotrexate chez la 5ème patiente. On a noté une bonne amélioration chez toutes nos patientes.

Discussion :

Les morphées dites également sclérodermies localisées sont des dermatoses de diagnostic clinique caractérisées par une induration de la peau. Plusieurs formes cliniques sont décrites dans la littérature. Elles sont classiquement regroupées en morphée en plaque, morphée linéaire et morphée généralisée. Plusieurs méthodes thérapeutiques sont rapportées dans la littérature. Il peut s'agir de traitement topique ou systémique. Le choix thérapeutique est orienté principalement par le type de Morphée (atteinte superficielle ou atteinte profonde). La corticothérapie topique reste le traitement de première intention principalement en cas de Morphée en plaque ou linéaire superficielle. Dans les formes graves, d'autres thérapeutiques sont préconisées à type de photothérapie UVB à spectre étroit, photothérapie UVA ou méthotrexate (seul ou en association à une corticothérapie systémique). Le pronostic des morphées est généralement bon contrairement à la sclérodermie systémique, chose qui est également confirmée par notre étude.

Conclusion :

Les morphées sont des dermatoses auto-immunes de diagnostic facile, de bon pronostic et dont le traitement de choix reste la corticothérapie topique surtout en absence d'atteinte viscérale et d'atteinte cutanée profonde.

Résumé :66

Myélome multiple révélé par un pyoderma gangrenosum

Maryem ABOUDOURIB, HOCAR ouafa,AKHDARI Nadia,AMAL Said,
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le pyoderma gangrenosum est une cause rare d'ulcère pour lequel le diagnostic est essentiellement clinique. Il est important de savoir le reconnaître pour mettre en place un traitement adapté, qui est souvent systémique. Il peut révéler une maladie sous-jacente comme les pathologies inflammatoires du tube digestif ou une hémopathie.Nous rapportons un cas de myélome multiple révélé par un pyoderma gangrenosum.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgée de 66ans, admis au service de Dermatologie,CHU Mohammed VI de Marrakech,pour bilan d'une lésion cutanée ulcérovégétante au niveau du tiers inférieur de la jambe droite, évoluant depuis 2mois à la suite d'un traumatisme mineur.L'aspect clinique et la biopsie de la lésion étaient en faveur d'un pyoderma gangrenosum.L'étude bactériologique et mycologique de la biopsie étaient négatives.Un bilan réalisé dans le cadre de la recherche de pathologie associée, avait objectivé: une Vitesse de sédimentation accélérée à 140 mm (1ère heure),une anémie normochrome normocytaire arégérative à 9,5 g/dl,et à l'immunoéléctrophorèse des protides sériques une gammapathie monocloonale type IgA Kappa. Le myélogramme avait mis en évidence une infiltration plasmocytaire (64%) avec des plasmocytes dystrophiques, confirmant ainsi le diagnostic de myélome multiple. Au bilan radiologique,on notait la présence de 2 lésions d'ostéolyse à la radiographie du crane.Le patient était adressé au service d'hématologie pour prise en charge.

Discussion :

Le pyoderma gangrenosum est une pathologie rare ,qui touche souvent la femme d'âge moyen mais elle peut survenir à tout âge. Il s'agit d'une dermatose inflammatoire, provoquant des ulcérations cutanées caractérisées par une évolution rapide. Aucun critère de diagnostic précis n'a encore été établi et il reste un diagnostic d'exclusion. Les principales associations décrites sont les pathologies gastro-intestinales , les pathologies rhumatologiques et les pathologies hématologiques(gammapathies monoclonales, myélome multiple,syndrome myéloprolifératifs, lymphomes, leucémie). L'association d'un pyoderma gangrenosum et myélome est rare .Il s'agit souvent de myélome à IgA,ceci peut être expliqué par un lien pathogénique,vu que les immunoglobulines A (IgA) peuvent altérer la chimiotaxie des neutrophiles in vitro en bloquant les récepteurs superficiels des neutrophiles ou de monocytes

Conclusion :

L'éléctrophorèse des protides sériques doit toujours faire partie du bilan de tout pyoderma gangrenosum,afin de ne pas passer à coté d'un myélome ou d'une gammapathie.

Résumé :67

N'oubliez pas la sérologie HIV devant un psoriasis atypique

FATIHA BOUIGHJDANE, HOCAR OUAFA,AKHDARI NADIA,AMAL SAID
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

La prévalence du psoriasis est la même chez les patients atteints du virus d'immunodéficience acquise (VIH) que dans la population générale, cependant ses formes cliniques sont plus sévères et plus réfractaires au traitement. Nous rapportons le cas d'un patient présentant un psoriasis grave révélant une infection VIH.

Observation :

Patient âgé de 50 ans, marie père de 3 enfants, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait depuis un mois de façon brutale une altération profonde de l'état général associe à des lésions cutanées généralisées évoluant dans un contexte de sensations fébriles. L'examen

dermatologique objectivait des lésions érythémato- squameuses étendues impétiginisées par endroit, une kératodermie palmoplantaire avec décollement plantaire, une onychodystrophie, et une ulcération génitale. L'examen somatique était sans particularité notamment l'examen ostéo-articulaire et des aires ganglionnaires. Devant la symptomatologie clinique on a évoqué un lymphome cutané, une syphilis secondaire et enfin un psoriasis .la biopsie cutanée était en faveur d'un psoriasis, la sérologie syphilitique était négative, devant l'altération de l'état général une sérologie HIV était demandée et elle est revenue positive. Le patient était transféré au service des maladies infectieuses pour le complément de prise en charge.sur le plan dermatologique le patient était mis sous Methotrexate 25 mg/semaine après un bilan pré thérapeutique normal et sous préparation magistrale à base de dermocorticoïde et vaseline. L'évolution était spectaculaire au bout de 4 semaines avec blanchiment complet des lésions cutanées.

Discussion :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique à expression principalement cutanée et articulaire. Toutes les sous-types cliniques du psoriasis peuvent se produire chez les patients atteints du VIH et plus d'une forme de psoriasis peut coexister chez un même patient. Les recommandations thérapeutiques concernant les patients VIH+sont rares, celles de la National Psoriasis Foundation de 2010 ne contre-indiquent aucun traitement, même systémique. Le traitement local est la première ligne thérapeutique recommandé pour les formes légères à modérées chez ces patients, alors pour les formes modérées à grave, la photothérapie et les antirétroviraux sont les traitements de première intention et Les rétinoïdes oraux peuvent être utilisés comme traitement de deuxième ligne. Pour les formes graves réfractaires, une utilisation prudente de ciclosporine, du methotrexate, d'hydroxyurée, ou des inhibiteurs de TNF-a reste une alternative thérapeutique. Comme pour toute maladie liée au VIH, l'optimisation du traitement antiviral est essentielle pour améliorer les résultats thérapeutiques.

Conclusion :

Penser à une infection rétrovirale devant un psoriasis atypique, grave ou réfractaire au traitement habituel.

Résumé :68

Panuvéite sévère dans le cadre d'un psoriasis, traitée avec succès par injection sous ténonienne de corticoïde.

Jihane El Alami, Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Amal Said,
CHU Mohamed VI, Marrakech

Introduction :

Le psoriasis, le rhumatisme psoriasique et l'uvéite sont des troubles inflammatoires dont les voies inflammatoires se chevauchent de manière significative. Des preuves limitées sont disponibles sur la relation entre le psoriasis et l'uvéite

Observation :

Un patient âgé de 61 ans mal suivi pour un psoriasis en plaque depuis 35 ans, avec atteinte articulaire et des poussées de psoriasis pustuleux, s'est présenté aux urgences pour une érythrodermie sèche et des déformations articulaires importantes notamment un poignet gauche raide, un pouce en Z de la main droite et des pieds triangulaires, sans atteinte axiale. Le patient rapportait également une rougeur et une douleur oculaire droite avec baisse de l'acuité visuelle. Examen ophtalmologique trouvait une panuvéite non granulomateuse pouvant entrer dans le cadre de son psoriasis avec indication de traitement en urgence par bolus de solumédrol. Devant le risque d'aggravation de l'érythrodermie psoriasique par la corticothérapie générale, un traitement par injections sous ténonienne de corticoïdes a été réalisé avec une excellente réponse au traitement. Un contrôle ophtalmologique assidu pendant plusieurs semaines a confirmé cette évolution. Le traitement de l'érythrodermie était local par préparation à base de dermocorticoïdes associé à des injections intramusculaires de méthotrexate 10mg/ sem avec une bonne évolution.

Discussion :

La corticothérapie est le traitement de référence pour les uvéites. Il est classique de dire que l'on traite : par voie topique la quasi majorité des uvéites antérieures (collyres), par voie locorégionale (injections sous-ténoniennes, sous- conjonctivales, péri-bulbaires ou intravitréennes) les uvéites intermédiaires ou postérieures unilatérales et par voie générale les uvéites intermédiaires ou postérieures bilatérales (bolus de solumédrol). En cas de psoriasis arthropathique associé à une uvéite, le traitement de première intention fait appel aux agents immunosuppresseurs, avec notamment le méthotrexate. Néanmoins les biothérapies, notamment les anti TNFa, sont apparus plus efficaces et moins toxiques que leurs homologues immunosuppresseurs. L'infliximab en perfusion unique a pu montrer une efficacité dans le traitement de la crise d'uvéite mais son indication à la phase aiguë reste anecdotique, compte tenu d'une part de son coût et, d'autre part, de l'efficacité des collyres ou injection périoculaire de corticoïdes dans ce type d'uvéite. Par ailleurs les récidives d'uvéite chez plus de la moitié des patients après une médiane de cinq mois, suggère un effet plus suspensif que curatif des anti-TNF. Leur intérêt réside donc surtout dans la diminution de la fréquence des épisodes d'uvéite chez ces patients.

Conclusion :

L'uvéite aigue est une urgence thérapeutique qui engage le pronostic fonctionnel visuel. Le traitement par corticothérapie locale ou générale reste le gold standard, mais l'apport des biothérapies est considérable notamment dans la prévention des récidives et la prise en charge plus globale de la maladie psoriasique. Il est essentiel de chercher les signes d'atteinte ophtalmologique chez les patients avec un psoriasis sévère, pustuleux ou arthropathique.

Résumé :69

Pelade et qualité de vie.

FARID NAFISSA, OUAFA HOCAR,SAID AMAL
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

La pelade est une alopécie non cicatricielle, d'origine auto-immune, fréquente affectant environ 1,7% de la population. Elle évolue par poussées, pouvant ou non se répéter au cours

de la vie. La maladie a un impact considérable sur la qualité de vie du patient. Cela est dû à la visibilité de cette pathologie affectant l'aspect du patient, sa santé émotionnelle et ses relations sociales.

Matériels et méthodes :

Nous avons effectué une étude prospective s'étalant sur une période de 6 mois du 1er janvier au 30 juin 2019 et incluant les patients suivis pour pelade au service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech dont l'âge était supérieur à 15 ans. Le recueil des données a été fait à travers un questionnaire dont la première partie a été remplie par le médecin incluant les données épidémiologiques, l'histoire de la maladie ainsi que le traitement reçu. La deuxième partie était remplie par le patient et incluait les questions mesurant le DLQI.

Résultats :

Durant notre étude 33 patients ont été inclus, dont l'âge moyen était de 31 ans. Une prédominance féminine a été notée avec un sexe ratio à 0,57. La notion d'un événement stressant déclenchant a été retrouvée dans 45% des cas. La durée d'évolution de la pelade était en moyenne de 4 ans, avec une aggravation rapide en moins d'une année chez 36% des cas. Les types de pelades étaient répartis comme suit : universelle dans 39% des cas, décalvante 33%, en plaque 18% et ophiasique dans 10% des cas. Une implication faciale par une atteinte des cils et sourcils était présente chez 63% des cas. le score DLQI des patients variait entre 0 et 22, avec un score moyen de 7,2. Un effet modéré sur la qualité de vie a été noté chez 39% des patients, 27% avaient un effet important, tandis que seulement 18% des patients avaient un effet faible sur leur qualité de vie selon le score DLQI. On note que ce score augmente parrallèllement avec la sévérité de la maladie et en cas d'implication faciale. Par ailleurs on note que le score DLQI chez les femmes était supérieur à celui des hommes.

Discussion :

La pelade est une maladie chronique et récurrente qui affecte sérieusement la qualité de vie du patient en interférant avec les relations personnelles et la perception de soi. La corrélation entre pelade et troubles psychologiques est réciproque; d'un côté les troubles psychiatriques peuvent être considérés comme un facteur déclencheur ou d'exacerbation des pelades, et de l'autre côté la maladie elle-même, par ses impacts négatifs sur la qualité de vie du patient, provoque des problèmes psychologiques.

Conclusion :

Cette étude met en évidence l'impact des pelades sur la qualité de vie des patients et l'importance de l'évaluation psychologique de ces cas.

Résumé :70

Pemphigoide bulleuse et comorbidités

Ibtissam Assenhaji Louizi,Hanane Baybay,Ghita Senhaji,Rhizlane Chaoui,Zakia Douhi,Sara Elloudi,Fatima Zahra Mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose récurrente chronique, la plus fréquente des dermatoses bulleuses auto-immunes (DBAI) sous-épidermiques, survenant le plus souvent

après 70 ans. Plusieurs facteurs de risque et des comorbidités y sont associés. L'objectif de notre étude est de relevé les comorbidités associées à la PB dans notre contexte.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective et rétrospective incluant tous les patients atteints de PB suivis dans notre service sur une période de 10 ans Janvier 2009 au Mai 2019. Le diagnostic de PB était retenu devant la confrontation des données cliniques, histologiques et immunohistochimiques. Les patients présentant une comorbidité associée ont été recensés.

Résultats :

75 patients présentant une PB ont été inclus. L'âge moyen était de 68,7. Des antécédents pathologiques ont été retrouvés chez 62,7% de nos patients, représentés majoritairement par le diabète, dyslipidémie et l'HTA. L'association à une MAI à type de dysthyroidie, lupus, vitiligo étaient retrouvé chez 3 patients, de maladies neurologiques type parkinson, AVC étaient présents chez 7 patients, de néoplasies associés chez 3 patients. La prise médicamenteuse était retrouvée chez 1 seul patient. Elle était secondaire à la prise d'une antibiothérapie à base d'antistaphylococciques et d'amoxicilline protégée.

Discussion :

La prévalence des maladies neurologiques et des AVC chez les patients atteints de PB était significativement plus élevée que celle retrouvée chez les patients atteints d'autres DBAI. Dans notre étude, cette association était de 9,3 %. L'association entre PB et néoplasie est toujours un sujet de controverse, les cancers digestifs étant le type le plus rencontré. Cependant, il n'existait aucune preuve précise de cette association. Ce qui rejoint les données de notre série de 4 %. De nombreuses MAI ont été décrites à partir d'observations isolées en association avec la PB type polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux systémique, anémie de Biermer, dysthyroïdies auto-immunes, vitiligo, maladie de Crohn, sclérose en plaques, cirrhose biliaire primitive, pemphigus vulgaire. Dans notre série Le pourcentage de MAI était de l'ordre de 4 %, cette association n'est pas statistiquement significative vue que La fréquence des MAI chez les seniors sans PB est estimé à 5-8 % dans la population mondiale. La PB se développe généralement spontanément, mais il est parfois possible d'identifier un événement déclencheur, tel que les médicaments. Les médicaments les plus incriminés étant les antihypertenseurs, les diurétiques, les neuroleptiques et les antibiotiques. Dans notre série, la prise médicamenteuse n'était retrouvée que dans 1, 3 %.

Conclusion :

Les mécanismes étiopathogéniques des comorbidtés associées à la PB sont encore mal élucidés, nécessitants des études approfondies, afin d'améliorer la prise en charge de cette pathologie.

Résumé :71

Pemphigoide gestationis : A propos de 18 cas

Bendaoud Layla, Iyda El Faqyr,Hasna Ait El Hadj,Ouafa Hocar,Said Amal
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

La pemphigoïde gestationis est une dermatose bulleuse auto-immune sous épidermique rare, survenant surtout chez la multipare au cours du 2ème ou 3ème trimestre de la grossesse. Le but de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de cette affection

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur tous les cas de pemphigoïde gestationis colligés entre début 2004 et fin 2018 au service de dermatologie au CHU Med VI de Marrakech.

Résultats :

Nous avons retenu 18 malades : 16 multipares et 2 primipares. L'âge de début était compris entre 19 ans et 48 ans avec une moyenne de 30 ans. Le début des signes cliniques était au 3e trimestre dans 50% des cas, en post-partum dans 16% avec notion d'épisode similaire lors des grossesses ultérieures chez 2 patientes. Le prurit était le 1er signe clinique chez toutes les malades, suivi d'une éruption urticarienne dans 72% puis des lésions vésiculo-bulleuses tendues dans 94% à disposition cocaroide chez seulement 2 patientes, le signe de nikolsky était négatif chez toutes les patientes. L'éruption a siégé au début au niveau péri-ombilical puis s'est généralisée au tronc et aux membres. Le visage était atteint dans 6 cas, les muqueuses dans 1 cas. La NFS a révélé une hypereosinophilie dans 58%. L'examen histologique cutané a montré une bulle sous-épidermique et un infiltrat monocytaire dermique dans tous les cas. L'immunofluorescence directe a objectivé un dépôt linéaire de C3 +/- Ig G le long de la membrane basale dans 17 cas. Le traitement était basé principalement sur une corticothérapie générale et/ou locale. L'évolution était marquée par la récidive en post-partum immédiat chez 2 patientes. Le pronostic fœtal était bon chez 16 patientes avec 1 cas de mort fœtal, 1 cas de décès néonatal.

Discussion :

La PG peut évoluer par poussées successives avec des périodes d'accalmie spontanées ou sous traitement. La PG peut disparaître ou diminuer au cours des 6 ou 8 dernières semaines de la grossesse, mais une nouvelle poussée peut apparaître en post-partum immédiat. Le profil épidémio-clinique de la pemphigoide gestationis rejoint celui de la littérature avec une prédominance de survenue chez la multipare et la récurrence survient précocement et d'une intensité plus grave dans les grossesses ultérieures. Cependant, on note l'atteinte relativement élevée du visage et l'absence des deux principaux risques fœtaux : prématurité et tendance à l'hypotrophie.

Conclusion :

La pemphigoide gestationis est une dermatose grave de la grossesse d'où la nécessité d'une prise en charge précoce et adéquate.

Résumé :72

Prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaires et des maladies cardio-vasculaires chez les patients marocains ayant une rosacée: étude cas témoins de 100 cas

Mohamed EL AMRAOUI, Naoufal HJIRA,Mohammed BOUI,
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

Multiples études récentes plaident en faveur d'un risque cardio-vasculaire accru associé à la rosacée, d'autres concluent à un risque similaire à la population normale. Le but de notre étude est de confirmer ou infirmer le risque cardio-vasculaire lié à la rosacée.

Matériels et méthodes :

Etude cas témoins, menée sur une période de 18 mois (Février 2016 au Juillet 2017), au sein du service de dermatologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat, comparative entre une population de 100 patients ayant une rosacée et une population témoin de 100 cas appariés en âge et en sexe. L'étude a consisté à l'étude de la prévalence des facteurs de risques cardio-vasculaires majeurs (diabète, hypertension artérielle (HTA), dyslipidémie et obésité androïde) et de la prévalence des autres maladies cardiovasculaires (infarctus de myocarde (IDM), accidents vasculaires cérébraux (AVC), artériopathies oblitérantes des membres inferieurs (AOMI), thromboses veineuses profondes (TVP), varices des membres inferieurs (VMI), livédo et acrosyndromes) dans les deux populations. L'étude statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 13.0.

Résultats :

La prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaires chez les patients ayant une rosacée était de: HTA 21%, diabète 16%, dyslipidémie 25%, obésité androïde 23%, et la prévalence des maladies cardio-vasculaires était de: IDM 3%, AVC 0%, AOMI 0%, TVP 1%, VMI 11%, livédo et acrosyndrome 2%. Alors que la prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaires chez les cas témoins était de: HTA 6%, diabète 5%, dyslipidémie 9%, obésité androïde 14% et la prévalence des maladies cardio-vasculaires était de: IDM 1%, AVC 0%, AOMI 0%, TVP 0%, IVC 1%, livédo et acrosyndrome 1%.

Discussion :

En analyse uni variée, l'HTA, le diabète, la dyslipidémie et les varices des membres inférieurs sont statistiquement et significativement associés à la rosacée alors qu'en analyse multi variée seuls l'HTA et les varices des membres inferieurs sont statistiquement et significativement associées à la rosacée.

Conclusion :

Notre étude montre l'augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque cardio-vasculaires et de certaines maladies cardio-vasculaires chez les patients ayant une rosacée. Ainsi, l'apparition d'une rosacée à l'âge jeune constitue un signe d'alarme et nécessite une hygiène de vie plus stricte et plus rigoureuse que dans la population normale.

Résumé :73

Prévalence des rhumatismes psoriasiques non diagnostiqués chez les patients atteints de psoriasis cutanés : à propos de 105 cas

Hasna AIT EL HADJ
Bendaoud Layla,Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Amal Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Un rhumatisme psoriasique peut s'associer à 30 % des cas de psoriasis, et doit être dépisté précocement pour réduire les destructions articulaires associées. En effet, seulement 5 % des atteintes articulaires apparaissent de façon concomitante aux signes cutanés. Et 13% des manifestations articulaires apparaissent avant les signes cutanés. Le but de cette étude est de préciser la prévalence de RP non encore diagnostiqués chez les patients porteurs d'un psoriasis cutané, ainsi que décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients atteints de RP dans notre contexte.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, étalée sur une période de 8 ans (janvier 2011 – mai 2019), menée au service de Dermatologie au CHU Mohamed VI de Marrakech, incluant tous les cas de psoriasis cutané, quelque soit la forme clinique. Les caractéristiques épidémiologique, clinique, biologique et radiologique ont été recueillies. Le diagnostic de rhumatisme psoriasique a été retenu selon les critères de classification de CASPAR.

Résultats :

Cent cinq patients ont été inclus, dont 68 hommes (65%) et 37 femmes (35 %). Quatorze patients avaient un rhumatisme psoriasique (13.22%). L'âge moyen des patients ayant un RP était de 49.58 ans. La durée moyenne du psoriasis était de 9.5 ans. Des antécédents familiaux de psoriasis étaient présents dans 18% des cas. L'atteinte rhumatismale se répartissait comme suit : 2 cas d'atteinte axiale, 3 cas d'atteinte périphérique et 14 cas d'association des deux. Le type de psoriasis dominant chez les patients avec RP était le psoriasis en plaque dans 47 cas (45%). Suivie de psoriasis érythrodermique dans 24 cas (23%), le psoriasis pustuleux dans 19 cas (18%), et le psoriasis en gouttes dans 15 cas (14%). L'atteinte des ongles due au psoriasis était présente dans 65% des cas, dominé par l'aspect en dé à coudre. Le psoriasis a précédé le RP dans 71% des cas avec un intervalle moyen de 8.5 ans, alors que l'apparition simultanée d'une maladie articulaire et cutanée a été retrouvée chez 11% des cas. Le RP a précédé le psoriasis dans 12% des cas avec un intervalle moyen de 5 ans. La localisation la plus fréquente de psoriasis était le cuir chevelu (79%), suivi par les membres inférieurs dans 65% des cas. Le PASI moyen du groupe était de 7.

Discussion :

Communément aux données de la littérature. La prévalence de RP était de 13.22% [8,7; 21,1] dans notre série. Cette prévalence élevée est potentiellement surévaluée du fait d'un biais de sélection : les patients suivis dans un cadre hospitalier ont souvent une maladie cutanée plus sévère associée à un risque accru de RP. Le psoriasis a précédé le RP dans la majorité des cas, le type de psoriasis le plus fréquent chez nos patients atteints de RP était le psoriasis vulgaire,

avec une atteinte prédominante du cuir chevelu et des ongles. Il existe une controverse sur la relation entre la sévérité des lésions cutanées et le RP. Notre étude suggère que les patients atteints de RP ont un psoriasis sévère avec PASI médian de notre groupe était de 7.

Conclusion :

Une proportion importante de patients psoriasiques a un rhumatisme psoriasique non encore diagnostiqué. Cette atteinte doit donc être cherchée systématiquement.

Résumé :74

Profil clinique, épidémiologique et évolutif de la maladie de Verneuil au CHU Mohammed VI d'OUJDA.

Hanan RAGRAGUI OUASMIN, KHOUNA Afaf,OMAHSAN Loubab,ZIZI Nada,DIKHAYE Siham
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

La maladie de Verneuil ou l'hidrosadénite suppurée est une maladie inflammatoire suppurative et cicatricielle des follicules pilosébacés avec un retentissement psychoaffectif majeur et une impotence fonctionnelle parfois importante. Le but de notre travail est de détailler le profil clinique, épidémiologique et évolutif de cette maladie dans la région de l'orientale au Maroc.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective réalisée au centre hospitalier universitaire Mohammed VI depuis Octobre 2014 à Juillet 2019. Nous avons revu la totalité des dossiers des patients hospitalisés pour une maladie de Verneuil. Les dossiers retenus étaient analysés selon une grille comprenant les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats :

Au total six patients ont été recueillis d'âge moyen de 44 ans avec des extrêmes de 37 ans et 61ans. On avait noté une prédominance masculine avec un sexe ratio de 5H/1F. Trois de nos patients étaient des tabagiques chroniques avec notion de rapports sexuels à risque rapportés chez 2 patients. L'âge moyen de début de la symptomatologie était de 40 ans. La maladie de Verneuil était associée à l'acné chez 4 patients, au sinus pilonidal chez 3 patients et au diabète chez un seul patient avec notion de cas similaire chez la famille chez un seul patient.La localisation des lésions était principalement au niveau des grands plis, au niveau du visage chez 2 patients et au niveau du cuir chevelu chez un seul patient, avec un retentissement important sur la qualité de vie chez tous les patients. Cinq de nos patients étaient classés stade 3 selon la classification de HURLEY et stade 2 chez un seul patient.Tous les patients étaient traités par une triple antibiothérapie à base de ceftriaxone, metronidazole et ciprofloxacine associée à des soins quotidiens avec une bonne évolution chez 4 patients et un état stationnaire chez 2 patients. Le traitement chirurgical était proposé chez 5 patients. L'aspect dermoscopique montre principalement des pseudocomédons, des accumulations superficielles et profondes de kératine et des cicatrices en pont. Tous nos patients avaient présentés des complications à type de fistule et des abcès avec limitation des mouvements secondaire aux lésions cicatricielles de la maladie.

Discussion :

La maladie de Verneuil est une suppuration chronique, fistulisante et sclérosante, elle affecte les grands plis où prédominent les glandes sudorales apocrines. Ses causes sont inconnues. Sa prévalence varie entre 1 et 4 % de la population générale et fait suite à une histoire familiale dans 30 à 40 % des cas. Elle touche plus fréquemment les femmes avec un pic d'incidence entre 20 et 30 ans ce qui discorde avec les données de notre étude.La sévérité de la maladie est évaluée par la classification de Hurley. Le tabac est le principal facteur de risque de la maladie dans notre étude ; ce qui rejoint les données de la littérature. Les pathologies associées les plus fréquemment rapportées dans la littérature étaient l'acné et le sinus pilonidal, retrouvées chez 4 de nos patients. L'aspect dermoscopique de nos patients rejoint les aspects rapportés par la littérature.

Conclusion :

La maladie de Verneuil est une pathologie multifocale. Son traitement est décevant et dépend de la gravité de l'atteinte. Dans les stades évolués, il repose principalement sur la chirurgie avec exérèse large et les biothérapies.

Résumé :75

Psoriasis induit par la Risperidone

FARAH EL HADADI,Lina Mezni,Mariame Meziane,Nadia Ismaili,Laila Benzekri,Karima Senouci,Badreddine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique qui évolue par poussées rémission. Il est sous la dépendance de facteurs génétiques et peut être révélé ou aggravé par des facteurs environnementaux: infectieux (Streptocoques..), locaux (phénomène de Koebner) ou encore médicamenteux (corticothérapie per os, bétabloquants, anti-inflammatoires, tétracyclines, sels lithium, sels d'or). Nous rapportons un cas original d'une éruption psoriasiforme aggravée par la prise d'antipsychotique (Risperidone), un des effets secondaires à ne pas méconnaitre.

Observation :

Patient âgé de 22 ans ,suivi pour psoriasis depuis 06 ans, une schizophrénie et un syndrome dépressif depuis 04 ans mis sous neuroleptique (Risperidone), le patient aurait présenté un mois après la prise de Risperidone une éruption érythémato-squameuse étendue sur une surface cutanée estimée à 45 % avec un PASI à 6,8 . Par ailleurs l'examen dermatologique trouvait une carapace erythémato squameuse du cuir chevelu, le signe de la tâche de bougie et de la rosée sanglante étaient positifs. On retrouvait également des macules hypo et hyper pigmentées du tronc d'allure cicatricielles et une atteinte unguéale à type : d'onycholyse, tâche d'huile et de dé à coudre. Le patient a bénéficié d'un traitement à base de vaseline salicylée 5 %, vaseline blanche et d'une crème kératolytique à base d'urée 30% pour le cuir chevelu ainsi qu'une liste des médicaments inducteurs de psoriasis a été délivrée.

Discussion :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire caractérisée par un trouble de l'homéostasie épidermique . Son origine est multifactorielle impliquant des facteurs environnementaux, kératinocytaires, immunitaires, survenant sur un terrain génétiquement prédisposé. De

nombreux auteurs ont documenté la relation entre certains médicaments et le psoriasis: Selon Braun Falco et al, les médicaments connus pour déclencher ou aggraver le psoriasis restent le lithium, les sels d'or, les bêta-bloquants et antipaludéens , la carbamazépine, le valproate de sodium. Les antipsychotiques les plus rapportés dans la littérature sont :Aripiprazole; Clozapine; Olanzapine; Quetiapine; Ziprasidone et la Risperidone . Cette dernière est un antagoniste monoaminergique sélectif ayant une forte affinité pour les récepteurs sérotoninergiques 5-HT2 et dopaminergiques D2, utilisée dans le traitement de la schizophrénie, l'Étude de Mori et al 5 chez la souris (in vitro) montre que l'intervention de l'antagoniste des récepteurs de la dopamine 1 (D1) diminue l'expression de l'IL-4, IFN-γ au niveau cutané chez la souris entrainant une expression sélective des récepteurs de type D1 sur les cellules th2 chez la souris, cette hypothèse suggère que les antipsychotiques par blocage de la dopamine pourraient affecter les kératinocytes et /ou les cellules immunitaires et être responsable du déclenchement des lésions erythémato squameuses du psoriasis .

Conclusion :

Le psoriasis n'est pas seulement une affection dermatologique, mais une affection systémique dont l'espérance de vie est réduite d'environ quatre ans chez les patients atteints de psoriasis sévère, en raison de leur augmentation du risque cardiovasculaire; il est donc important que la liste des médicaments inducteurs soit connue et délivrée aux patients afin de prévenir toute aggravation ou complications, tout en prenant en charge ces patients sur le plan psychologique car il s'agit d'une dermatose affichante avec retentissement esthétique et relationnel

Résumé :76

Psoriasis induit par le paclitaxel : À propos d'un cas

Hasna AIT EL HADJ, Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Amal Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose chronique inflammatoire caractérisée par l'accumulation de lymphocytes TH1 et de polynucléaires neutrophiles et par la prolifération et la différentiation des kératinocytes. Les taxanes (tels que le paclitaxel et le docétaxel) sont des chimiothérapies aux propriétés anti-prolifératives, anti-angiogéniques et anti -inflammatoires. Habituellement, les patients sous chimiothérapie voient leur psoriasis amélioré. Nous rapportons un cas de psoriasis survenu sous paclitaxel.

Observation :

Une femme de 44 ans, diabétique depuis 14 ans sous antidiabétiques oraux, était prise en charge il y'a un an pour un adénocarcinome mammaire droit, ayant bénéficiée d'une chirurgie conservatrice, puis traitée par chimiothérapie adjuvante comportant 3 cures espacées de 3 semaines d'anthracycline et cyclophosphamide (AC6), suivis de trois cycles hebdomadaires de paclitaxel. Après le premier cycle de paclitaxel, la patiente a développé une poussée d'éruption typique de psoriasis, sous forme de lésions érythémato-squameuses en gouttes, d'autres nummulaires, peu prurigineuses, localisées sur le tronc, le visage, le cuir chevelu, et les membres, associée à des arthralgies des genoux et chevilles. Les lésions cutanées ne disparaissaient pas entre les cycles de paclitaxel, ni sous traitement par dermocorticoïde d'activité très forte, et aggravaient après la deuxième et la troisième cure de paclitaxel. L'histologique de la biopsie cutanée confirmait le diagnostic de psoriasis, montrant une hyperplasie épidermique avec parakératose et un infiltrat de polynucléaires neutrophiles dans

les couches moyennes et superficielles de l'épiderme, formant des pustules spongiformes. Un bilan radiologique a été fait, n'a pas objectivé d'anomalies. L'évolution était marquée par une régression complète de l'éruption un mois et demi après la fin de la chimiothérapie.

Discussion :

La chronologie de l'éruption chez notre patiente et sa résolution spontanée un mois et demi après l'arrêt du paclitaxel plaident pour la responsabilité de ce médicament dans sa survenue. L'histologie cutanée montrait une image de psoriasis sans nécrose kératinocytaire, allant contre l'hypothèse d'une toxidermie psoriasiforme. De nombreux traitements peuvent induire d'authentiques psoriasis ou des toxidermies psoriasiformes. C'est le cas de thérapies immuno-modulatrices comme l'interféron, ou de thérapies ciblées telles que le rituximab ou, plus récemment, les anti-TNF alpha. Mais à l'inverse, la plupart des chimiothérapies anticancéreuses améliorent le psoriasis. C'est en particulier le cas du méthotrexate, qui est un traitement clé de cette dermatose. D'autres chimiothérapies ont montré un effet favorable sur le psoriasis, au point qu'une étude a été spécifiquement conduite pour évaluer l'efficacité du paclitaxel dans le psoriasis sévère et a montré une amélioration clinique significative chez tous les patients traités.

Conclusion :

Si les effets secondaires cutanés et phanériens des taxanes sont très fréquents, de rares cas de psoriasis induit par les taxanes (le paclitaxel et le docétaxel) ont été rapportés dans la littérature. Les mécanismes physiopathologiques d'un tel effet restent à éclaircir.

Résumé :77

Psoriasis pustuleux généralisé compliqué d'une septicémie

Mezni Line, Farah el hadadi
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le psoriasis pustuleux généralisé (PPG) de type von Zumbusch est une forme grave de psoriasis se caractérisant par l'installation brutale d'un érythème généralisé, se recouvrant rapidement de pustules et s'associant à une fièvre avec une altération de l'état général.

Observation :

Un homme de 56 ans, suivi depuis 2012 pour un psoriasis pustuleux généralisé, pour lequel il avait été mise sous acitrétine puis sous cyclines avec mauvaise observance. Hospitalisé en dermatologie pour une éruption fébrile érythémato-squameuse et pustuleuse généralisée, déclenchée par le décès du père. À l'admission, le patient était fébrile à 38◦C sans toux ni dyspnée. Il présentait une érythrodermie squameuse parsemée de pustules afolliculaires associée à un casque squameux du cuir chevelu. Présence d'un syndrome inflammatoire biologique (CRP à 346.77 mg/l , polynucléose, 17 giga/l, VS à 120mm ;1ére heure) avec des prélèvements bactériologiques stériles au niveau de la peau,des urines et du sang et un bilan phosphocalcique normal. La biopsie cutanée était en faveur d'un psoriasis pustuleux. La fièvre, le syndrome inflammatoire biologique étaient mis sur le compte du PPG et un bilan pré-méthotrexate a été démarré. 48H après son hospitalisation, il a présenté une fièvre à 40°C, tension artérielle 4/6cmhg, tachycardie à 140bpm , SpO2 89% ,aggravation du syndrome

inflammatoire biologique avec une procalcitonine à 35.5mg/ml, le patient a été transféré en réanimation pour prise en charge d'un état de choc septique à point de départ pulmonaire à Pseudomonas Aeruginosa et une bactériémie à Acinetobacter Baumanii .

Discussion :

Le PPG est un sous-type rare de psoriasis. Il est caractérisé par une pustulose aiguë généralisée sur une peau érythémato-squameuse. Il est considéré comme le type de psoriasis le plus grave. Les pustules sont aseptiques ; Par conséquent, l'antibiothérapie à visée thérapeutique ou prophylactique n'est pas indiquée. Ce sous-type de psoriasis peut être fatal et nécessite une prise en charge rapide. Le diagnostic différentiel inclut la pustulose exanthématique aigue généralisée, la pustulose sous-cornée de Sneddon-Wilkinson, le pemphigus à IgA et une infection systémique. Les manifestations extra-cutanées du PPG peuvent être déroutantes telles ; l'insuffisance hémodynamique, le syndrome de fuite capillaire, les atteintes articulaires, l'uvéite, le SDRA et la cholangite neutrophilique. Par ailleurs , les complications sont multiples dominées par l'infection comme le cas de notre patient .

Conclusion :

Le psoriasis pustuleux généralisé est une forme rare de psoriasis pouvant engager le pronostic vital, notamment à cause des atteintes systémiques secondaires et des complications telles que le choc septique qui est sa première cause de mortalité.

Résumé :78

Psoriasis, vitiligo, thyroïdite auto-immune et pelade chez un seul et même patient

Fatima-zohra Kettani,Kenza Baline,Fouzia Hali,Farida Marnissi,Soumia Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Les facteurs génétiques et environnementaux ont un rôle important dans le psoriasis, affection inflammatoire chronique qui peut être associé à d'autres maladies auto-immunes, telles que les maladies bulleuses auto-immunes, le vitiligo et la pelade. Nous rapportons le cas d'un patient ayant présenté successivement un psoriasis, un vitiligo, une thyroïdite auto-immune (TA) et une pelade.

Observation :

Un patient âgé de 32 ans était admis pour une érythrodermie sèche avec des lésions squameuses étendues à tout le corps suite à la prise de la salazopyrine. Les biopsies ont confirmé le psoriasis et le patient était mis sous acitrétine et photothérapie associés à un traitement local avec une bonne évolution. Cinq mois plus tard, le patient présentait des macules achromiques du visage, du tronc, du dos et des mains avec une canitie. Le diagnostic de vitiligo était posé et un bilan biologique demandé (anti-thyroglobuline, anticorps anti-thyroperoxydase et TSH) avait révélé une thyroïdite auto-immune associée. Un an plus tard, le patient a présenté une plaque alopécique du cuir chevelu diagnostiquée comme étant une pelade. Il a été mis sous dermocorticoïde de classe très forte sur la lésion avec début de repousse des poils.

Discussion :

Notre observation est particulière par l'association du psoriasis à un vitiligo, une TA et une pelade chez le même patient. L'association entre le psoriasis et le vitiligo d'une part ou entre le psoriasis et la TA d'autre part, ou encore entre la TA et la pelade ont souvent été rapportés dans la littératures mais l'association de toutes ces affections chez un même patient est inhabituelle. Bien que les mécanismes précis sous-jacents aux comorbidités auto-immunes ne soient pas complètement compris, des dommages de la membrane basale, des mélanocytes et des follicules pileux provoqués par une inflammation psoriasique chronique peuvent initier et accélérer des maladies auto-immunes liées à la peau. Ces différentes associations pourraient aussi être expliquées par la nature auto-immune du psoriasis qui se manifeste sous forme de cellules T autoréactives ainsi que par l'inflammation accélérée induite par l'axe TNF-α / IL-23 / IL-17.

Conclusion :

Des études ultérieures sont nécessaires pour explorer les voies distinctes qui sous-tendent ces différentes associations

Résumé :79

Psoriasis : faut-il dépister une dépression?

SAIDA SEFRAOUI, Soraya Aouali,Dikhay Siham,Zizi Nada
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Le psoriasis est de plus en plus connu comme maladie systémique s'associant à d'autres comorbidités en l'occurrence cardiovasculaire, métaboliques, et auto-immunes. Le But de cette étude est d'évaluer la prévalence de la dépression chez les malades suivis pour psoriasis et d'étudier l'association entre les deux pathologies.

Matériels et méthodes :

Etude descriptive transversale monocentrique au sein du CHU Mohammed VI d'Oujda menée chez 52 malades atteints de psoriasis vu entre 2015 et 2019, en se basant sur le score A clinically useful depression outcome scale (CUDOS), traduit en arabe comprenant 16 items sur la depression et 2 items pour l'évaluation de son retentissement sur la vie quotidienne. Chaque item est noté entre 0 et 4. La durée d'évolution de la pathologie, son impact sur la qualité de vie (DLQI) ainsi que l'évolution sous traitement ont été évalués

Résultats :

le sexe ratio F/H à 0.9. une dépression sévère chez 2 patients dont 100% des femmes, une dépression modérée chez 11 patients dont 63% des femmes ,une dépression légère chez 14 patients, dont 28% des femmes et une dépression minime chez 15 patients dont 46% des femmes alors que 17 patients n'avait présenté de dépression. La durée d'évolution du psoriasis est de 2 à 20ans avec une moyenne de 30 ans, pour la dépression seulement 3 malades étaient suivis en psychiatrie dont 2 femmes et un homme. Le retentissement du psoriasis sur la qualité de vie: aucun effet chez 27% des patients, effet faible chez 35%, un impact modéré, important et extrêmement important chez 38% des patients.

Discussion :

Les patients chez qui nous avons dépisté une dépression modérée à sévère, la durée d'évolution du psoriasis était plus de 5ans, avec bonne évolution sous traitement. Association significative entre la dépression et altération de la qualité de vie : Tous les malades avec une dépression modéré à sévère, la maladie a un effet modéré, important à extrêmement important sur leur qualité de vie, ce qui concordent avec ceux de la littérature. Le sexe féminin était plus touché par la dépression ce qui concorde avec les données de la littérature

Conclusion :

Il est donc important de la dépister et la traiter afin d'éviter une évolution défavorable du psoriasis.

Résumé :81

Pyoderma gangrenosum malin idiopathique

IBTISSAM AL FAKER, MARRAHA FARAH,KABBOU SOUKAYNA,GALLOUJ SALIM
CHU Tanger

Introduction :

Le pyoderma gangrenosum malin (PGM) est une variante ulcéreuse rare de pyoderma gangrenosum (PG), caractérisée par son évolution rapide et son agressivité, touche la tête et le haut du tronc, et qui n'est pas associée à une maladie systémique. Nous rapportons un cas de pyoderma malin (PM) généralisé sans aucune maladie auto-immune ou néoplasique sous-jacente

Observation :

Mme L.A âgée de 55 ans a consulté dans notre formation pour des lésions ulcéreuses rapidement progressives, la lésion initiale était une ulcération au niveau de la jambe droite de 10 cm, qui s'est rapidement généralisée sur les membres et le dos ; Ulcérations sur un fond érythémateux fibrineux, bords hypertrophiques, inflammatoires et déchiquetés, de tailles variables avec des pustules non folliculaires au niveau des joues. La biopsie cutanée révélait la présence d'un infiltrat inflammatoire marqué très riche en polynucléaires neutrophiles, ainsi, le diagnostic de PGM était retenu devant l'aspect clinique, l'évolution, l'atteinte généralisée et du visage, et l'histologie. La recherche de pathologie inflammatoire chronique des intestins, rhumatismales, hémopathiques et de néoplasies sous-jacentes était négative. Elle a reçu un bolus de méthyl-prednisolone à raison de 15mg/kg, avec relais per os par prednisolone 100mg/j et un dermocorticoïde (DC) topique fort, après 3 semaines de traitement, elle a commencé l'azathioprine 2,5mg/kg/j avec dégression de la corticothérapie ; les ulcérations étaient complétement fermées laissant des cicatrices cribriformes sur tout le corps

Discussion :

En 1968, Perry et al sont les 1ers à utiliser le terme de PM pour décrire une variété rare de PG. Plusieurs auteurs ont retenu l'adjectif malin pour mettre en évidence l'évolution rapide des ulcères impliquant de larges zones, Notre patiente présentait des ulcérations rapidement évolutives sur tout le corps avec des pustules et érosions sur le visage, très douloureuses. L'incidence de PG est estimée à 6 cas/an/million de personnes avec une médiane d'âge de 59

ans. La majorité des cas (75%) est associée à des maladies sous-jacentes, telles que les MICI, les hémopathies malignes, PR, SPA, LED, vascularite, syndrome de Sjögren et les néoplasies. Dans notre cas, la patiente ne présentait aucune maladie associée. Le caractère généralisé a été rapporté pour la 1ère fois par Erdi H et al chez une femme de 43 ans, à notre connaissance, notre patiente représente le 1er cas de PM généralisé idiopathique. Différentes modalités thérapeutiques ont été essayé chez les patients atteints de PM, y compris les corticoïdes per os, bolus de méthyl-prednisolone, thalidomide, dapsone, clofazimine, azathioprine et ciclosporine; La prise en charge de PG idiopathique est plus problématique que les cas associés à des maladies systémiques, dans notre étude, le bolus puis relais per os, les DC topiques forts, les soins locaux quotidiens ainsi que la prise de l'azathioprine ont abouti à une amélioration spectaculaire. Un suivi à long terme est primordial afin de déceler une forme paranéoplasique

Conclusion :

Le PGM est une dermatose chronique qui signifie la nature envahissante locale de PG et nécessite l'instauration d'un traitement agressif précoce afin d'accélérer la cicatrisation et prévenir l'apparition de complications locales

Résumé :82

Pyoderma gangrenosum pathergique post-césarienne

Myriam Lakhmiri, Meziane Mariame,Ismaïli Nadia,Senouci Karima,Hassam Badr,Benzekri Laïla
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique rare. Des formes ulcérées, pustuleuses, bulleuses et végétantes sont décrites. Les lésions sont douloureuses, siégeant préférentiellement aux membres inférieurs et sur les sites chirurgicaux. Le diagnostic nécessite l'exclusion d'autres pathologies, en particulier infectieuses. Nous rapportons un cas de PG pathergique après une césarienne.

Observation :

Une patiente de 29 ans, sans antécédents, présentait le lendemain de sa césarienne des pelvialgies fébriles avec phlyctènes et aspect inflammatoire de la cicatrice. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire. Les hémocultures et les prélèvements étaient stériles. Le scanner n'était pas contributif. Devant ce tableau de « sepsis », la patiente était hospitalisée pour recevoir des soins, une antibiothérapie par voie veineuse ainsi qu'une anticoagulation. L'évolution était marquée par la désunion des berges de la plaie et l'apparition de tuméfactions douloureuses devenant ulcéreuses sur la fesse droite, au niveau des sites d'injection. Un avis dermato était sollicité devant l'extension centrifuge et progressive des lésions. L'examen clinique trouvait une patiente en bon état général avec deux placards ulcérés, aux berges surélevées, violacées et douloureuses, au fond bourgeonnant, et à surface fibrineuse cicatrisée par endroits. Le diagnostic de PG était évoqué. La biopsie montrait un infiltrat dermique neutrophilique avec nécrose de l'épiderme. Le diagnostic de PG pathergique était retenu et une corticothérapie à 0,7mg/kg/j était débutée.

Aucune pathologie associée n'était retrouvée. L'évolution était favorable après 3 mois et la corticothérapie était progressivement dégressée.

Discussion :

Quelques cas de PG ont été rapportés au cours de la grossesse et du post partum. L'étiopathogénie demeure mal élucidée mais plusieurs hypothèses suggèrent un dérèglement immunitaire. Le diagnostic chez notre patiente a été porté sur un faisceau d'arguments : la nécrose pariétale pathergique, l'absence d'amélioration sous antibiothérapie, la cicatrisation sous corticothérapie et l'infiltrat neutrophillique à la biopsie cutanée. Le diagnostic différentiel de dermo-hypodermite nécrosante était écarté devant la conservation de l'état général de la patiente, la stérilité des prélèvements bactériologiques et l'échec de l'antibiothérapie. Le PG peut être isolé ou associée à des pathologies inflammatoires systémiques ou onco-hématologiques. Le pronostic est généralement bon même pour les formes étendues. La corticothérapie seule ou associée à d'autres immunosuppresseurs est indiquée.

Conclusion :

Le PG est un diagnostic d'exclusion qui doit être évoqué devant une plaie cutanée non améliorée sous antibiothérapie.

Résumé :83

Qualité de vie des patients atteints de la maladie de Verneuil: étude du CHU de Casablanca

Ibtissam BENSLIMANE KAMAL, Kenza BALINE,Fouzia HALI,Soumiya CHIHEB
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

L'hidradénite suppurée (HS) ou maladie de Verneuil est caractérisée par des nodules douloureux, des abcès et des fistules dans les zones à glandes apocrines. Elle reste insuffisamment diagnostiquée. Son caractère douloureux ainsi que l'atteinte de certaines régions comme les plis, les fesses font de cette dermatose une pathologie ayant un impact important sur la qualité de vie (QDV). Ceci Nous a poussé à mener une étude afin d'évaluer dans quelle mesure la QDV est altérée chez les patients atteints de cette maladie dans notre contexte marocain.

Matériels et méthodes :

Nous avons utilisé le questionnaire DLQI en version arabe validée. Le questionnaire a été proposé à tous les patients atteints de la maladie de Verneuil ayant consulté notre structure sur une durée de 8 mois, du mois d'Octobre 2018 au mois de Mai 2019. Le consentement verbal des patients a été obtenu. Les données sociodémographiques, les caractéristiques de la maladie de Verneuil et la cotation (de 0 à 10) de la douleur ont été relevées. L'analyse statistique était réalisée grâce au logiciel Epi Info 7.0.

Résultats :

L'enquête était menée auprès de 8 patients (homme : 62,5 %). L'âge moyen de nos patients était de 33,25 ± 11,57 ans. La maladie de Verneuil était la cause d'arrêt de toute activité professionnelle chez 3 patients. La durée d'évolution de la maladie était de 7,25±4,89 ans. Le

nombre moyen de poussées par an était 4,87 ± 3,44. La localisation la plus touchée était les aisselles chez 62,5% des patients. Les localisations les moins touchées étaient le dos et région inguinale. L'indice de la masse corporelle moyen était de 28,3 ± 3,97 kg/m2. La moyenne de l'échelle de la douleur était de 5,13±7,72. Le tabagisme était retrouvait chez 37,5% des patients. Le score moyen du DLQI était de 15,75±7,78. L'interprétation de ce score a montré que 75% des patients interrogés avaient une altération importante à extrêmement importante de la QDV à cause de la maladie de Verneuil.

Discussion :

L'HS est associée a une altération majeure de la QDV chez nos patients et ce résultat rejoint les résultats décrits dans la littérature. Cependant le sexe féminin n'était pas le plus représentatif dans notre étude comparativement à celles retrouvées dans la littérature. L'âge moyen de nos patients était légèrement plus bas que celui de la majorité des études similaires, et nos patients étaient moins fumeurs. Le surpoids était retrouvé dans notre étude comme dans la littérature.

Conclusion :

Ce travail vient se joindre aux travaux réalisés pour confirmer que la maladie de Verneuil est une pathologie altérant de façon importante la qualité de vie des patients. Néanmoins l'étude des déterminants de l'altération de la QDV des patients atteints de l'HS n'a pas pu être réalisé du fait de la faible taille d'échantillon de notre série, qui peut être expliqué par la courte durée de l'étude ainsi que le fait que la maladie est souvent sous diagnostiquée.

Résumé :84

Sarcoïdes à gros nodules de localisation pubienne

Soukaina SEKTAOUI, Hamich Soumaya ,Karima Senouci,Leila Benzekri,Nadia Ismaili,Badredine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La sarcoïdose est une maladie systémique, définie par sa lésion histologique le granulome inflammatoire gigantocellulaire sans nécrose caséeuse, c'est une lymphogranulomatose d'étiologie inconnue, nous rapportons un cas de sarcoïdose cutanée à localisation pubienne, qui en représente une localisation exceptionnelle.

Observation :

Patiente âgée de 27 ans, sans antécédents pathologiques notables qui consulte pour une plaque érythémateux-squameuse au niveau du dos, et des nodules pubiens érythémateux, prurigineux évoluant depuis une année. L'examen clinique retrouve une grande plaque érythémateuse et squameuse au niveau du haut du dos, infiltrée, à contours irréguliers, mesurant environ 10 cm de grand axe, avec la présence de nodules érythémateux, infiltrés au niveau de la région pubienne, mais également au niveau du visage. Par ailleurs la patiente présentait de volumineuses adénopathies cervicales Une biopsie cutanée ainsi qu'une biopsie ganglionnaire ont été réalisé, et ont révélé un granulome épithélio-giganto-cellulaire régulier, sans nécrose caséeuse, les colorations PAS et Ziehl Neelson étaient négative , l'enzyme de conversion de l'angiotensine était élevée , le diagnostic de sarcoïdose a été alors retenu, et un bilan de systématisation complet a été réalisé, et a révélé une atteinte endonasale et une

sarcoïdose pulmonaire type 1 sur le scanner thoracique . La patiente a été mis sous Hydroxychloroquine 400 mg / j et Prednisone 60 mg par jour, avec un contrôle tous les 3 mois. L'évolution a été marquée par le début d'affaissement des lésions du dos et des lésions pubiennes avec persistance de l'atteinte endo-nasale sur un recul de 6 mois.

Discussion :

La sarcoïdose est une granulomatose pouvant atteindre tous les organes, mais qui touche principalement les poumons, la peau et les yeux, elle se définit histologiquement par des granulomes bien formés et limités, sans nécrose caséeuse. La localisation pubienne au cours de la sarcoïdose est exceptionnelle, et jusqu'à maintenant uniquement 6 cas ont été rapportés dans la littérature. Dans deux de ces cas les lésions vulvaires s'accompagnaient de lésions au niveau du visage et du tronc, comme pour notre patiente. Les lésions de la sarcoïdose cutanée pubienne, se localisent au niveau des grandes ou petites lèvres, au niveau du périnée ou au niveau du pubis, la lésion élémentaire peut correspondre à une papule, une plaque ou un nodule comme le cas de notre patiente. Il n'y a pas de corrélation entre la localisation pubienne et le pronostic de la maladie . Il n'existe pas d'attitude consensuelle sur les indications précises du traitement, et le moment idéal pour le débuter ce qui rend compte des difficultés thérapeutiques, d'autant plus que les lésions peuvent disparaitre spontanément. En cas d'atteinte cutanée localisée, les antipaludéens de synthèse peuvent être proposés seuls, et seront associés aux corticoïdes par voie orale en cas d'atteinte viscérale ou endonasale additionnelle. Le méthotrexate, les cyclines, le thalidomide, les rétinoïdes, le leflunomide, et l'infliximab représentent également une alternative thérapeutique.

Conclusion :

La sarcoïdose cutanée est caractérisée par un grand polymorphisme clinique, non seulement par son aspect mais également par ses localisations. Devant des nodules infiltrés de la région pubienne , il faut penser au diagnostic de sarcoïdose après avoir éliminé les autres diagnostics différentiels , rechercher d'autres lésions cutanées et compléter par un bilan de systématisation .

Résumé :85

Sarcoïdose poïkilodermique : un nouveau cas

Zineb TAZI SAOUD, Fatim Zahra EL FATOIKI,Hayat SKALI DAHBI,Fouzia HALI,Soumiya CHIHEB
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La sarcoïdose est une affection systémique granulomateuse d'étiologie inconnue. Ses manifestations dermatologiques sont très polymorphes. Nous rapportons un cas atypique de sarcoïdose érythémato-squameuse prurigineuse.

Observation :

Patient âgé de 68 ans, ayant comme antécédent une broncho-pneumopathie chronique obstructive et une tuberculose pulmonaire ancienne traitée. A présenté depuis 18 mois un placard érythémateux, finement squameux diffus associé à un prurit féroce. L'examen dermatologique retrouvait un érythème diffus avec intervalles de peau saine, surmonté de squames pityriasiformes, prédominant au visage, membres supérieurs et inférieurs, avec

aspect poïkilodermique au niveau des membres inférieurs et du dos. L'examen des aires ganglionnaires objectivait des adénopathies cervicales, axillaires et inguinales de 2 à 3 cm. Le bilan biologique retrouvait un syndrome inflammatoire, une hyperéosinophilie à 3810 et une lymphocytose à 8880, un taux de LDH élevé à 417 UI/L et une hypercalciurie supérieure à 240 mg/L. L'enzyme de conversion à l'angiotensine était élevée à 5 fois la normale. L'IDR à la tuberculine était négative. Le scanner thoracique retrouvait une atteinte parenchymateuse pulmonaire secondaire à des séquelles de tuberculose. Des biopsies cutanées réalisées étaient en faveur d'une sarcoïdose dans sa forme poïkilodermique. La biopsie ganglionnaire était en faveur d'une lymphadénite dermopathique. Le reste du bilan à la recherche d'un lymphome associé était négatif. Le patient était alors mis sous corticothérapie par voie orale à dose de 1 mg/kg/j avec évolution favorable.

Discussion :

Nous avons rapporté à travers cette observation originale, une présentation très inhabituelle de sarcoïdose dans sa forme poïkilodermique. La sarcoïdose est une maladie systémique d'étiologie mal élucidée. Considérée « grande simulatrice », ses manifestations cutanées sont très polymorphes et présentes dans 25 à 35 % des cas. L'originalité de cette observation réside dans la sémiologie des lésions et la présence d'un prurit rarement rapporté, l'existence d'une hyperéosinophilie et d'une lymphocytose.

Conclusion :

Les manifestations cutanées de la sarcoïdose sont très variées. Elle demeure « la grande simulatrice ».

Résumé :86

Syndrome d'hyper-IgG4 révélé par une atteinte cutanée

Hasna AIT EL HADJ, Khaldi Hassna,El faqyr Iyda,Zahid Sara,Bahbouhi Imane,Yousfi Jaouad,Zahlane Mouna,Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Amal Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le syndrome d'hyper-IgG4 est une entité anatomoclinique récente associant une ou plusieurs atteintes fibroinflammatoires d'organe avec infiltrat lymphoplasmocytaire exprimant des IgG4 et, une élévation des IgG4 sériques. Les atteintes cutanées sont rares. Nous rapportons une observation de syndrome d'hyper-IgG4 révélé par une atteinte cutanée.

Observation :

Patiente de 56 ans, avait des antécédents de méningiome cérébral opérée depuis 18 ans, et suivie depuis lors pour épilepsie secondaire sous traitement. Elle a présenté depuis 10 ans un placard érythémateux infiltré du visage, douloureux à la palpation, surmonté de nodules sous cutanés en regard des joues, avec de multiples télangiectasies, une infiltration des paupières plus marquée à gauche, une atrophie cutanée en regard de la tempe gauche, et une plaque alopécique et atrophique légèrement érythémateuse de la zone frontale gauche du scalp. La biopsie cutanée montrait une panniculite septale lymphoplasmocytaire avec fibrose. Biologiquement, elle avait une anémie inflammatoire, un syndrome inflammatoire avec CRP à 200 mg/l, VS à 125 mm, et une hypergammaglobulinémie polyclonale. Les antipaludéens de synthèse ont été prescrits dans l'hypothèse d'une panniculite lupique, associés à la

corticothérapie générale. L'évolution était marquée par une aggravation cutanée et neurologique, la patiente présentait des crises convulsives, une IRM cérébrale à révéler une pachyméningite. Devant le placard inflammatoire infiltré du visage, l'infiltrat lymphoplasmocytaire dense avec une fibrose à l'histologie, le syndrome inflammatoire biologique, l'atteinte ganglionnaire médiastinale et cervicale objectivé à la tomodensitométrie thoracique, le diagnostic de syndrome d'hyper-IgG4 a été évoqué, et un dosage sérique d'IgG4 a objectivé un taux d'IgG4 élevé à 1.82g/l (n >1,35 g/l), qui a permis de retenir le diagnostic. La prise en charge était d'envisager le traitement par Rituximab, vu que la patiente a présenté une corticorésistance à forte dose (1mg/kg/j). L'évolution était marquée par une aggravation sur le plan respiratoire, entrainant le décès de la patiente.

Discussion :

Sur le plan cutané, la maladie à IgG4 peut se présenter sous forme de papules, nodules ou plaques infiltrées siégeant surtout sur la tête, le cou et le thorax. L'examen histologique permet d'évoquer le diagnostic lorsqu'il associe un infiltrat lymphoplasmocytaire polyclonal exprimant des IgG4 et une fibrose extensive. Le taux sérique d'IgG4 est habituellement supérieur à 1,35 g/L. La corticothérapie générale est le traitement de référence. Cependant, des cas de corticorésistance ont été rapportés. Sont alors proposés en deuxième intention les immunosuppresseurs, puis le Rituximab.

Conclusion :

La maladie à IgG4 doit être évoquée devant un placard infiltré constitué d'un infiltrat lymphoplasmocytaire avec fibrose, et doit faire rechercher la présence d'IgG4 et réaliser un bilan minimal.

Résumé :87

Syndrome inflammatoire de restauration immunitaire chez un séropositif : Nouveau cas d'une des rares présentations cutanées

Mounia Bennani, Zakia Douhi,Selma Benkirane ,Sara Elloudi,Hanane Baybay,Fatima Zahra Mernissi

CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (IRIS) est définie par : les manifestations attribuées à la reconstitution de la réponse immune excessive dirigée contre des antigènes infectieux ou non infectieux, il a été largement rapportée après le début du traitement par antirétroviraux. Nous rapportons un nouveau cas de ses présentations les plus rares.

Observation :

Un jeune de 20 ans, diagnostiqué récemment séropositif au HIV, Il avait un taux de CD4 de 84 106 cellules / L (plage normale de 350 à 1 100) et une charge virale (LV) 500 000 copies / mL. Il a commencé un traitement antirétroviral hautement actif comprenant du L'éfavirenz, l'émtricitabine et du fumarate de ténofovir disoproxil ,puis 3 mois après le début de la multi-thérapie, il a développé une éruption faciale papulo-pustuleuse prurigineuse, avec présence de

quelques lésions rétentionnelles, et atteinte du dos et du tronc ,son compte de CD4 était de 284 106 cells/mL et sa LV de 50000 copies / mL.. Un diagnostic clinique d'acné vulgaire a été posé sur l'apparence faciale de l'éruption cutanée Un traitement par Adapalène/peroxyde de benzoyle topique ainsi qu'un sébo-régulateur pendent trois mois ont permis d'obtenir une bonne réponse clinique avec une résolution de 50% de l'éruption acnéiforme.

Discussion :

Le syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (IRIS) est une exacerbation paradoxale d'une affection préexistante ou l'émergence d'une maladie jusqu'à présent inconnue survenant chez un patient infecté par le HIV plusieurs jours, voire plusieurs mois après le début d'un traitement antirétroviral combiné (HAART), 8 semaines en moyenne, et est associé à une diminution de la charge virale. La peau représente de 52% à 78% des manifestations, surtout les affections infectieuses, et moins fréquemment inflammatoires et néoplasiques. Les dermatoses inflammatoires les plus rapportées sont la sarcoïdose cutanée, le lupus, la folliculite à éosinophiles, la dermatite séborrhéique mais très rarement l'acné vulgaire Les facteurs de risques de ce syndrome sont un nombre de lymphocytes T CD4 initial très bas et une augmentation rapide du nombre de cellules CD8 ou un ratio CD8 /CD4 élevé après début du traitement, et une réduction de la charge virale de plus de 1 log10 copies / mL au moment de la présentation dermatologique L'acné vulgaire qui se développe après l'initiation du traitement HAART est due à la restauration d'une réponse immunitaire contre le Propionibacterium acnes. Lorsque cela est nécessaire, le traitement de l'IRIS cutané correspond généralement au traitement standard spécifique à la maladie.

Conclusion :

Notre cas est original, du fait que les antirétroviraux sont connus inducteurs d'acné, mais chez notre patient le terrain, l'analyse de bilan et la charge virale et l'apparition brutale des lésions en un intervalle adéquat nous a fait évoquer le (IRIS). Ceci sert de rappel pour ne pas négliger les manifestations dermatologiques de la maladie chez les patients infectés par le VIH après le début du traitement par antirétroviraux.

Résumé :88

Une épidermomycose mimant un lupus subaigu

Sophia Capatas, Fatima Zahra Al Fatoiki,Hayat Skali Dahbi,Fouzia Hali,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le lupus cutané subaigu est observé dans 7 à 21% des lupus érythémateux systémiques . Nous rapportons le cas d'une patiente qui présentait une dermatophytie mimant un lupus subaigu annulaire.

Observation :

Une femme âgée de 39 ans suivie pour lupus systémique avec atteinte hématologique et immunologique depuis 3 ans sous corticothérapie orale en dégression , se présente en consultation de dermatologie pour des lésions érythémateuses peu prurigineuses sur le visage et les bras qui évoluent depuis deux semaines. L'examen dermatologique retrouve des plaques érythémateuses annulaires à bordures circinées squameuses et à évolution centrifuge ,

siégeant sur les joues , le front et la face postérieure du bras gauche. L'examen des muqueuses était normal ainsi que le reste de l'examen clinique. Devant son antécédent de lupus, le diagnostic le plus probable était un lupus cutané subaigu dans sa forme annulaire.Dans le cadre d'une épidermomycose probable, Un traitement d'épreuve par antifongique local réalisé a permis la disparition des lésions après une semaine de traitement.

Discussion :

L'intérêt de notre observation réside dans l'aspect clinique commun et trompeur d'une dermatophytose cutanée avec un lupus cutané subaigu. En effet , l'antécédent de lupus systémique chez notre patiente et la photodistribution des lésions sur le visage essentiellement constituait un argument diagnostique solide orientant vers un lupus cutané subaigu .Cependant, la disparition des lésions sous traitement antifongique a permis le diagnostic rétrospectif d'une épidermomycose. Ainsi, l'état d'immunodépression induit par la corticothérapie est un facteur favorisant pour la survenue d'infections diverses comme le cas de notre patiente. Le diagnostic d'un lupus subaigu peut prêter à confusion avec d'autres pathologies tel qu'un eczéma annulaire, un érythème polymorphe, un psoriasis, un pityriasis rosé de Gibert ou une toxidermie.

Conclusion :

Toute éruption annulaire chez un patient lupique n'est pas systématiquement un lupus cutané subaigu . Le diagnostic différentiel est posé avec plusieurs pathologies notamment l'épidermomycose.

Résumé :89

Une forme pseudo-tumorale unguéale de sarcoïdose

Meriem Abid, Benmoussa Soundous,Ouafa Hocar,Nadia Akhdari,Said Amal
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

La sarcoïdose est une affection granulomateuse systémique dont la physiopathologie est mal élucidée. La symptomatologie est variable : si 90 % des cas ont une atteinte médiastino-pulmonaire, les atteintes unguéales restent rares. Nous rapportons un cas de sarcoïdose systémique, révélée par des pseudo tumeurs unguéales et onychodystrophie.

Observation :

Un homme de 48 ans, diabétique sous insuline suivi pour obésité morbide, consultait pour une lésion unguéale ulcéro-bourgeonnante avec onychodystrophie du gros orteil droit évoluant depuis un an avec apparition 8 mois plutard des mêmes lésions au niveau du gros orteil gauche 4eme orteil droit et 2ème orteil gauche, sans adénopathies palpables. La radiographie standard des pieds montrait des géodes osseuses diffuses. L'analyse histologique trouvait des granulomes épithélioïdes sans nécrose caséeuse. Le bilan trouvait une lymphopénie à 570/mm3, une calcémie normale et une ECA élevée à 85, des EFR normales, sans adénopathies médiastinales et ni intra-parenchymateuses à la radiographie de thorax. un traitement par corticothérapie per os à 0.5 mg/kg/j avec décroissance rapide était entrepris mais arrêtée par le malade lui-même devant l'aggravation de son obésité, un traitement par methotrexate 7.5mg/semaine a été indiqué mais le patient a été perdu de vue.

Discussion :

L'atteinte unguéale est rare et variable : onychodystrophie, hyperkératose sous-unguéale, décoloration, stries longitudinales, onychorrhexis, ptérygion, onycholyse. L'examen histologique est indispensable et met en évidence des granulomes épithélioïdes giganto cellulaires sans nécrose caséeuse. L'atteinte unguéale apparaît souvent dans un contexte de sarcoïdose systémique, ce qui était le cas ici. À ce jour, il n'existe pas de recommandations thérapeutiques spécifiques pour la sarcoïdose unguéale : la corticothérapie orale est le traitement le plus utilisé.

Conclusion :

L'atteinte unguéale de la sarcoïdose est rare, elle est le plus souvent à type d'onychodystrophie en rapport avec l'atteinte matricielle. Ce cas permet de décrire une forme pseudo tumorale, qui si a été unique aurait fait évoqué une atteinte néoplasique. L'examen histologique permet le diagnostic.

Résumé :90

Vascularite cutanée associée à un syndrome myélodysplasique : A propos d'un cas

Sophia Capatas, Fatima Zahra Al Fatoiki,Hayat Skali Dahbi,Fouzia Hali,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Les syndromes myélodysplasiques (SMD) regroupent différentes hémopathies résultant d'une atteinte clonale de la cellule souche hématopoïétique. Leur association avec les vascularites est peu décrite dans la littérature . Nous rapportons un nouveau cas.

Observation :

Une patiente âgée de 60 ans diabétique sous traitement consulte pour une éruption cutanée prurigineuse polymorphe associée à un épistaxis et une asthénie profonde. L'examen dermatologique a retrouvé des lésions maculo-papuleuses érythémateuses sur les joues et les oreilles , des papules purpuriques sur les membres supérieurs et les jambes et des plaques purpuriques annulaires sur les genoux . Le bilan biologique a objectivé une anémie normochrome normocytaire à 8g/dl arégénérative et une thrombopénie à 30.000/mm3. Le myélogramme et la biopsie ostéomédullaire ont objectivé un aspect cellulaire dysplasique en faveur d'une myélodysplasie. La biopsie cutanée a objectivé un aspect en faveur d'une vascularite. Le bilan immunologique réalisé était négatif. Devant l'aggravation de la bicytopénie et l'extension rapide des lésions cutanées , la patiente a été traitée par corticothérapie orale à 0.5mg/kg/j et des transfusions répétées de culots globulaires et plaquettaires. L'évolution était caractérisée par la disparition des lésions cutanées avec persistance de la bicytopénie . Après 3 mois de suivi, la patiente a présenté une dyspnée d'aggravation rapide motivant un scanner thoracique qui a montré une masse médiastinale . La patiente est décédée suite à une défaillance cardiorespiratoire.

Discussion :

L'intérêt de notre observation réside dans la rareté de l'association vascularite cutanée et syndromes myélodysplasiques (SMD). Dans la littérature ,une soixantaine de cas ont été

rapportés jusqu'à ce jour. Les mécanismes physiopathologiques de cette association restent imprécis. Les manifestations dermatologiques associées aux syndromes myélodysplasiques comprennent les lésions spécifiques, les dermatoses neutrophiliques et les vascularites .Celles-ci se manifestent cliniquement par des papules , nodules ou des plaques sur le tronc et les membres avec une disposition annulaire dans 44% des cas comme c'était le cas de notre patiente. Bien qu'elles soient généralement corticosensibles, les manifestations cutanées au cours d'un syndrome myélodysplasique sont un facteur de mauvais pronostic.

Conclusion :

Les syndromes myélodysplasiques (SMD) se compliquent dans 20% des cas de manifestations auto-immunes. Devant une vascularite cutanée dans un contexte de cytopénie périphérique, il est important de penser à la possibilité d'un SMD sous-jacent.

Résumé :91

Vascularite urticarienne hypocomplémentémique révélant un lupus systémique

Wafaa Bahtaoui, Kenza Baline,Fouzia Hali,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le syndrome de Mac Duffie ou vascularite urticarienne hypocomplémentémique (VUH) est une maladie rare caractérisée par la présence d'une urticaire chronique et d'une hypocomplémentémie. Elle est considérée par certains auteurs comme une entité distincte, et par d'autres comme une forme débutante de lupus systémique. Nous rapportons un cas illustrant ce problème nosologique.

Observation :

Patiente de 52 ans sans antécédents pathologiques notables, présentait depuis 9 mois des lésions urticariennes peu prurigineuses, non fugaces, évoluant par poussées qui s'associaient à des épisodes d'angioedème, avec nausées, vomissements, et épisodes d'œil rouge. Le tout évoluant dans un contexte d'asthénie, de chute de cheveux, de photosensibilité avec des arthralgies inflammatoires et un amaigrissement chiffré à 10 Kg. Le bilan a trouvé un syndrome inflammatoire biologique, une anémie avec test de Coombs positif, une hypocomplémentémie du C1q, C3 et C4, des AAN positifs et des anti-DNA négatifs. La protéinurie de 24 h était négative. Le dosage des APL était positif. La biopsie cutanée a conclu à une vascularite leucocytoclasique. L'examen ophtalmologique a trouvé une épisclérite et la fibroscopie une gastrite fundique. Le dosage du C1 inhibiteur était normal. La VHU a été évoquée chez notre malade devant les lésions d'urticaire fixe s'associant à une hypocomplémentémie et à un aspect de vascularite à l'histologie. Par ailleurs la patiente avait également des critères pour le lupus systémique, notamment l'anémie hémolytique avec test de coombs positif, les AAN positifs, la consommation du complément et les APL positifs. La patiente a été traitée par corticothérapie orale à 1mg/kg/j. L'évolution était favorable avec résolution des manifestations cutanées, articulaires, digestives et oculaires et normalisation du bilan biologique. Le recul actuel est de un an.

Discussion :

Notre cas met en évidence la rareté de la VUH et la difficulté de la distinction entre cette entité et le LES. En effet, les deux pathologies ont des manifestations systémiques similaires. Pour certains auteurs, la VUH peut être la première manifestation d'un LES. Notre observation concorde avec cette hypothèse.

Conclusion :

La vascularite urticarienne hypocomplémentémique est une entité rare. Elle peut être la première manifestation d'un lupus systémique. Elle doit de ce fait être connue des dermatologues

Résumé :92

Ataxie Télangiectasie: A propos de 4 observations

Fatiha Bouighjdane, Louhab Nissrine,Kissani Najib
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

L'ataxie télangiectasie (AT) est une affection rare à transmission autosomique recessive. Elle est en rapport avec une anomalie du gène ATM. Cette maladie associe une ataxie cérébelleuse, des télangiectasies oculocutanées et un déficit immunitaire.

Observation :

Quatre observations concernant quatre cas d'ataxie télangiectasie observés chez trois garçons et une fille, âgés entre six et 14 ans, tous nés de mariages consanguins, hospitalisés pour des troubles de la marche et de l'équilibre associés à des infections respiratoires récidivantes et des signes oculo cutanés. L'examen clinique à mis en évidence un syndrome cérébelleux statokinétique chez tous nos patients avec à l'examen dermatologiques présence des télangiectasies oculaires chez tous les cas et des télangiectasies péri auriculaire chez 2 patients. L'α foetoproteine était élevée chez 2 patients. Un déficit de l'immunité humorale a été noté chez tous les patients. Le traitement était essentiellement symptomatique à base de vitamine E, les antibiotiques pour les infections à répétition et la rééducation motrice. L'évolution s'est marqué par le décès chez 2 cas, et un état stationnaire chez 2 cas.

Discussion :

L'ataxie télangiectasie associe un déficit immunitaire mixte sévère portant surtout sur l'immunité humorale à une ataxie cérébelleuse progressive. Elle est caractérisée par des signes neurologiques, des télangiectasies, une sensibilité accrue aux infections et un risque augmenté de cancers. Sa prise en charge est symptomatique, et repose sur la kinésithérapie, l'orthophonie et le traitement des infections (antibiotiques, injections d'immunoglobulines) et des complications pulmonaires. Les bêta-bloquants peuvent diminuer les tremblements et améliorer la réalisation des gestes fins. La radiothérapie et certaines chimiothérapies doivent être utilisées avec prudence à cause de la sensibilité aux rayons X des cellules des personnes atteintes d'ataxie.

Conclusion :

l'ataxie télangiectasie est une affection rare de pronostic sombre

Résumé :93

Diagnostic moléculaire des mutations récurrentes des gènes XPC et XPA chez les patients marocains atteints de xeroderma pigmentosum -A propos d'une série de 11 cas-

Basma Karrakchou,Ratbi Ilham,Sefiani Abdelaziz,Hassam Badredine
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le xeroderma pigmentosum (XP) est une maladie héréditaire rare caractérisée par une sensibilité accrue aux rayons Ultra-Violets. À ce jour, huit gènes (XPA à XPG et XPV) sont responsables de la maladie. Notre étude consiste en l'exploration des deux mutations qui, par la littérature, semblent les plus fréquentes dans notre contexte : des gènes XPC, et XPA.

Matériels et méthodes :

Notre travail est une étude rétrospective colligeant les cas XP au niveau du Département de Génétique Médicale de Rabat, durant la période allant de janvier 2008 à juin 2018. Elle porte sur onze patients marocains issus de neuf familles non apparentées, chez qui un diagnostic de XP a été posé cliniquement. La stratégie diagnostique consiste à rechercher par méthode PCR-séquençage Sanger ciblé, les mutations : - c.1643_1644delTG au niveau du gène XPC - c.682C>T au niveau du gène XPA - si les 2mutations sont absentes, un panel comprenant tous les gènes impliqués dans le XP, serait envisagé par séquençage à haut débit.

Résultats :

Le XP est une maladie autosomique récessive, il en découle un certain nombre de caractéristiques épidémiologiques: 1- il atteint aussi bien les filles que les garçons sans distinction de sexe: dans notre série formée par 6 filles et 5 garçons, le sexe ratio est de 0,83 proche de 1. 2- la consanguinité est le principal facteur favorisant la survenue du XP. Elle est retrouvée chez 8 familles /9 dans notre série. Au Maroc, le taux de consanguinité reste élevé, expliquant la fréquence relative du XP au Maroc. Cliniquement, l'intervalle libre d'apparition des premiers symptômes est assez court dans notre série du fait du fort ensoleillement au Maroc. Les lésions se développent donc plus tôt et les complications aussi. Par ailleurs, la forme clinique retrouvée dans notre cohorte est corrélée à un phénotype grave avec un risque plus accru de développement de cancers cutanés et ophtalmologiques. Sur le plan moléculaire: 10 cas sur 11 sont porteurs de la délétion c.1643_1644delTG du gène XPC à l'état homozygote, et 1 seul cas présente l'insertion c.1644_1645insCATG à l'état homozygote au niveau du même gène. Aucune mutation XPA n'a été retrouvée.

Discussion :

La forme génétique XP retrouvée au Maroc est l'XPC, elle est corrélée à un phénotype de sévérité grave. Le diagnostic moléculaire précoce permet de mettre en place très tôt les mesures de photoprotection chez les patients XP afin de diminuer la prévalence des complications surtout tumorales. Et le conseil génétique des apparentés à risque permet de

dépister les porteurs asymptomatiques en vue de diminuer l'incidence du XP par un planning familial ciblé.

Conclusion :

La conception d'une méthode simple pour permettre le diagnostic moléculaire aurait un impact important sur l'amélioration de la prise en charge précoce des patients et la mise en place d'un conseil génétique et d'un planning familial ciblé.

Résumé :94

Ecthyma gangrenosum post-circoncision chez un nourisson immunocompetent

Lamiae Araqi Houssaini, Hali Fouzia,Baline Kenza,Mounia Al Zemmouri,Nadir Ferram,Soumia Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

L'ecthyma gangrenosum est une infection cutanée sévère à Pseudomonas Aeruginosa survenant le plus souvent dans un contexte d'immunodépression. Or, le sujet immunocompétent peut également être atteint dans certaines circonstances. Nous présentons le cas d'un ecthyma gangrenosum post-circoncision chez un nourrisson de 4 mois.

Observation :

Nourrisson âgé de 4 mois, sans notion de consanguinité, ayant été circoncis 3 jours avant la symptomatologie en milieu extra hospitalier par un personnel paramédical non qualifié. Il consultait pour un placard ecchymotique périnéo-scrotal évoluant dans un contexte de fièvre. L'examen clinique trouvait des macules érythémato-violacées hyperalgiques confluentes en placard au niveau périnéo-scrotal et au niveau de la verge ; associées à une lésion satellite du même aspect au niveau du flanc droit. Deux jours après, il y a eu apparition de zones de nécrose au sein des mêmes lésions ainsi que d'autres lésions satellites multiples nécrotiques au niveau des deux membres inférieurs, évoluant dans un contexte de sepsis sévère. Le bilan infectieux retrouvait une hyperleucocytose à PNN et une CRP élevée. L'examen bactériologique du prélèvement cutané était positif à Pseudomonas Aeruginosa. Le diagnostic d'Ecthyma gangrenosum était retenu et le patient était mis sous triple antibiothérapie par voie intra-veineuse (Ceftazidime, Tienam, Gentamycine) associée à une nécrosectomie élargie. L'évolution était marquée par la stabilisation du patient sur le plan hémodynamique et respiratoire et son apyrexie. Par ailleurs, il a présenté une chute spontanée du gland avec perte de substance au niveau de la plaque urétrale. Le recul était de 3 semaines. Devant la sévérité de l'infection, un bilan de déficit immunitaire était réalisé revenant négatif.

Discussion :

Notre observation illustre une forme septicémique d'ecthyma gangrenosum chez un sujet immunocompétent due à une pratique anarchique de la circoncision. En effet, l'ecthyma gangrenosum est une affection rare caractérisée par son polymorphisme clinique allant de la plaque ecchymotique à l'ulcération nécrotique, pouvant être responsable de septicémie engageant le pronostic vital ; nécessitant une mise en place rapide de triple antibiothérapie. Par ailleurs, le pronostic fonctionnel sexuel est également compromis.

Conclusion :

La circoncision est réputée comme chirurgie bénigne mais des complications très graves engageant le pronostic vital et sexuel peuvent survenir si elle est pratiquée dans des conditions aléatoires d'asepsie. L'enjeu se situe désormais dans la prévention de ces complications infectieuses par la sensibilisation de toutes les personnes impliquées dans sa pratique illégale et anarchique.

Résumé :95

Fasciite à éosinophile juvénile : une nouvelle observation

Zina Kaddioui, Kenza Baline ,Fouzia Hali ,Kenza Bouayad ,Farida Marnissi ,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La fasciite à éosinophile (FE) est une maladie rare, d'étiologie inconnue et de pathogénie multifactorielle. Elle se caractérise par l'association d'une induration des tissus sous cutanée, d'une hyperéosinphilie et d'un épaississement avec infiltration des fascias musculaires. Sa survenue chez l'enfant reste rare, nous en rapportons un cas.

Observation :

Patiente âgée de 10 ans, était admise pour un syndrome oedémateux évoluant depuis 3 mois compliqué d'une sclérose cutanée diffuse. L'examen objectivait un aspect infiltré, scléreux, légèrement pigmenté de la peau des 2 membres supérieurs et inférieurs s'étendant progressivement au niveau du cou et des flancs. Il n'y avait pas d'autres atteintes systémiques. L'examen ostéo articulaire trouvait une légère limitation des mouvements articulaires du poignet. Le bilan biologique révélait un syndrome inflammatoire et une hyper éosinophilie à 5507 el/mm3. L'électrophorèse des protéines (EPP) avec immunofixation montrait une hyper gammaglobuline monoclonale IGG Kappa avec une moelle riche en PNE au myélogramme qui méritait juste une surveillance par une EPP. La biopsie cutanéo-fascio-musculaire objectivait une myosite et une fasciite à éosinophile sans signe de sclérodermie. La coloration bleu alcian montrait des dépôts minimes de mucine. L'IRM musculaire confirmait le diagnostic de FE. La malade était traitée par corticothérapie systémique 1mg/kg/jr associé au méthotrexate. L'évolution a été marquée par l'amélioration de la fibrose cutanée, la normalisation des taux d'éosinophile et la disparition du pic monoclonal à l'EPP. Le recul est de 6 mois.

Discussion :

La particularité de notre observation réside dans la rareté de cette entité chez l'enfant. La FE de l'enfant est plus fréquente chez les filles, touche beaucoup plus les mains comme le cas de notre malade, avec des manifestations articulaires plus rares. La majorité des patients progressent vers une fibrose résiduelle, surtout les enfants de moins de 7 ans ou ceux avec une forme étendue mais aucun n'évolue vers une sclérodermie systémique. La corticothérapie orale seule ou associée à un immunosuppresseur en particulier le méthotrexate en 1 ère ou 2éme intention, reste le traitement de référence, surtout à la phase aigue avec une efficacité remarquable et rapide.

Conclusion :

La fascite à eosinophiles est une entité rare chez l'enfant , mais plus fréquente chez les filles . La corticothérapie associée au méthotrexate reste le traitement de référence .

Résumé :96

Forme vésiculo-bulleuse du purpura rhumatoïde de l'enfant.

Jean Berchmans NTIHEBUWAYO, Fatima Zahra FetoikiFouzia HALI,Soumiya CHIHEB

CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le purpura rhumatoïde appelé aussi purpura de Henoch-Schönlein est une vascularite immunoallegique plus fréquente chez l'enfant, caractérisée par le purpura - arthralgies – douleurs abdominales et l'atteinte rénale. La forme vésiculo-bulleuse est une manifestation cutanée rare de l'enfant dont le diagnostic pourrait être confondu avec ses nombreux diagnostics différentiels.

Observation :

Un garçon de 7ans, était hospitalisé pour un purpura bilatéral déclive associé à des douleurs abdominales intenses avec notion de fièvre. L'interrogatoire retrouve la survenue d'oreillons deux semaines auparavant. L'examen trouvait un tableau clinique polymorphe dominé par du purpura infiltré, des lésions vésiculeuses et bullo-hémmoragiques, des érosions post bulleuses et vésiculeuses, ainsi que des vésicules ombiliquées, distribuées symétriquement sur les membres inférieurs et supérieurs, les fesses, l'abdomen et le tronc. Le bilan biologique était normal sauf une CRP élevée à 113,5 mg/l. L'échographie abdominale avait mis en évidence un épaississement circonférentiel non sténosant des anses capillaires grêles en péri ombilicale, associé à des adénopathies mésentériques infra centimétriques. La biopsie cutanée avait permis de retenir le diagnostic de purpura rhumatoïde avec des lésions de vascularite leucocytoclasique et dépôts d'IgA sur la paroi des capillaires à l'IFD. Un traitement à base de corticothérapie orale à 1 mg/kg/jour avec dégression rapide avait été initié. L'évolution était favorable avec régression des lésions cutanées et des douleurs abdominales au bout de huit jours.

Discussion :

La forme vésiculo-bulleuse, est une forme clinique atypique de purpura rhumatoïde rarement observée chez l'enfant. Le diagnostic peut se révéler difficile vu son polymorphisme clinique et ses multiples diagnostics différentiels, d'où l'intérêt de la biopsie cutanée et de l'IFD. Plusieurs options thérapeutiques sont proposées selon différents auteurs et aucune n'a fait de consensus. L'initiation précoce de la corticothérapie améliorait rapidement les douleurs abdominales.

Conclusion :

Le diagnostic de forme vésiculo-bulleuse du purpura rhumatoïde peut être difficile nécessitant le recours à la biopsie cutanée et l'IFD pour éliminer les diagnostics différentiels.

Résumé :97

Le déodorant : outil d'automutilation chez l'enfant

Ibtissam BENSLIMANE KAMAL, Fatima Zohra EL FETOIKI,Fouzia HALI,Soumiya CHIHEB
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La pathomimie se définit comme une maladie factice, provoquée consciemment par le patient lui-même et dont il nie la responsabilité. Nous rapportons dans notre étude un cas présentant un tableau clinique atypique de pathomimie à type de brûlure causée par spray de déodorant.

Observation :

Il s'agissait d'une fille âgée de 14 ans sans antécédent particulier, notamment psychiatrique, mais ayant des difficultés scolaires et des conflits familiaux. Qui présentait 15 jours avant de consulter des lésions arrondies érythémateuses et érythémato-bulleuses au centre, très douloureuses siégeant au niveau membre supérieur gauche et de l'abdomen, laissant place à des lésions croûteuses, puis des cicatrices hypochromiques. Toutes ces lésions siégeaient sur des zones accessibles et au niveau controlatéral de la main dominante. Une biopsie cutanée a été même réalisée objectivant une nécrose kératinocytaire évoquant un érythème pigmenté fixe mais il y n'avait aucune notion prise médicamenteuse précessive aux lésions. L'interrogatoire avec la maman retrouvait l'utilisation fréquente de déodorant par la patiente. Le diagnostic de pathomimie à type de brûlure au froid par manipulation de spray de déodorant a été suggéré. La prise en charge était basée sur des pansements quotidien des brûlures jusqu'à cicatrisation complète des lésions, associée à une hospitalisation dans un service de pédopsychiatrie. Le suivi en pédopsychiatrie était refusé par la patiente puis elle fut perdue de vue.

Discussion :

Il existe peu de séries de pathomimie de l'enfant. Notre patiente est de sexe féminin, ce qui est concordant avec la forte prédominance féminine (13/1) rapportée dans la littérature. Les manifestations cliniques de la pathomimie chez les enfants rapportées dans la littérature sont très variables. Les brûlures au froid par mésusage de spray à type de déodorant sont rarement rapportées et sont moins fréquentes que les érosions. La topographie des lésions pourrait s'expliquer par le côté accessible et visible des sites choisis. La littérature décrit quelques rares cas de présentation clinique similaire. Il nous semble donc important de rapporter cet aspect clinique particulier. Le diagnostic de pathomimie chez l'enfant doit faire rechercher une souffrance psychologique.

Conclusion :

Rare chez l'enfant, la pathomimie est un diagnostic d'élimination.il s'agit d'une manifestation psychopathologique potentiellement grave et souvent difficile à prendre en charge.

Résumé :98

Les toxidermies chez l'enfant : Expérience du Chu Ibn Rochd de Casablanca

Zina Kaddioui, Kenza Baline,Fouzia Hali ,Fz el Fatoiki,Soumiya Chiheb,FZ El Alaoui,Soundouss Salimi ,K. yakini,Abdelhak Chlilek ,Bouchra Slaoui
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Les toxidermies regroupent l'ensemble des effets indésirables médicamenteux à expression cutanéo-muqueuse. Il s'agit d'un vaste domaine caractérisé par une grande variété sémiologique et physiopathologique. Nous présentons à travers une série hospitalière de 89 cas les différents aspects épidémio-cliniques, étiologiques et évolutifs des toxidermies chez l'enfant

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude multicentrique rétrospective sur dossier allant de Janvier 2011 à octobre 2018, incluant tous les patients de moins de 18 ans, au sein du service de dermatologie, de réanimation pédiatrique, de pédiatrie et du service de pharmacovigilance qui présentent une toxidermie très probable selon les critères d'imputabilité médicamenteuse de la méthode française élaborée par Bégaud et al.

Résultats:

Quatre-vingt neuf dossiers étaient colligés (44 femmes et 45 hommes). L'âge moyen était de 8.4 ans. Un terrain d'immunodépression était noté chez 11 patients. Le délai d'apparition des signes cliniques était variable selon le type de toxidermie. Les tableaux cliniques étaient à type d' exanthème maculo-papuleux dans 46 cas (51%) , syndrome de Stevens Jonhson dans 12 cas (14%) , Nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Lyell) dans 8 cas (9%) , urticaire dans 6 cas (7 %) , Pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) dans 5 cas (5%) , Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (Dress syndrome) dans 5 cas (5%), Erythème pigmenté fixe dans 1 cas (2%) , symetrical drug related intertriginous and flexural exanthema (SDRIFE) dans 1 cas (2%) et autres types de toxidermies dans 5 cas (5%). Les médicaments incriminés étaient : les antibiotiques dans 42 cas (47%), les anti-inflammatoires non stéroidiens (AINS) dans 17 cas (19%) , les anti épileptiques dans 13 cas (15%) , les anti néoplasiques dans 9 cas (10%) et autres médicaments dans 8 cas (9 %). L'arrêt du médicament en cause était systématique chez tous les patients. Un traitement symptomatique était de mise chez tous les cas. Deux cas de dress avaient nécessité le recours à une corticothérapie par voie générale. Les complications étaient essentiellement représentées par les troubles hydro-électrolytiques dans 12 cas (31,76%), l'insuffisance rénale aigue fonctionnelle dans 6 cas (18,82%), 3 cas de sepsis et aucun cas de décès n'a été enregistré .

Discussion :

Notre étude souligne la grande diversité des tableaux cliniques de toxidermies observés chez nos malades, qui sont non spécifiques de l'étiologie médicamenteuse. Les toxidermies chez l'enfant présentent quelques particularités notamment des facteurs de comorbidités moins fréquents , l'hiérarchie des médicaments inducteurs est différente et la difficulté diagnostique surtout pour l'exanthème maculopapuleux où il faut un rash d'origine infectieuse en premier ,

mais reste de meilleur pronostic . Les médicaments les plus incriminés dans notre série sont les antibiotiques , les AINS et les anticonvulsivants, ce qui rejoint la littérature.

Conclusion :

Les toxidermies chez l'enfant se caractérisent par la diversité des tableaux cliniques ainsi que les médicaments inducteurs .

Résumé :99

Molluscum contagiosum atypique : ne jamais oublier le VIH!!

Meryem Khalidi, Naoufal hjira
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

Le molluscum contagiosum (MC) est une infection cutanée virale bénigne qui touche principalement les enfants et les jeunes adultes. Bien que la maladie soit spontanément résolutive chez les individus immunocompétents, une évolution grave et disséminée est associée à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Nous rapportons le cas d'un garçon en bonne santé, âgé de 6 ans et atteint d'un MC étendu, qui s'est avéré être un cas d'infection par le VIH.

Observation :

Un enfant de sexe masculin âgé de 6 ans a été amené à l'hôpital de campagne marocain en Guinée Bissau par sa mère. Sans antécédents médicaux particuliers, Il se plaignait d'éruption progressive de multiples nodules sur le visage, le tronc et les membres au cours des 12 derniers moi. . L'examen clinique a révélé d'innombrables nodules indolores, à surface lisse, blanchâtres et nacrés de tailles variables, certains présentant des ombilications centrales sur le visage, le tronc, les membres, avec de multiples adénopathies cervicales. Un diagnostic clinique de MC a été établi. Le test sérologique pour le VIH était positif et la numération globulaire complète révélait une leucopénie 1500 / µl. Les enquêtes ont révélé que la mère était également infectée par le VIH. Elles ont été orientées vers un centre de traitement du VIH / sida dédié à une évaluation et à un traitement plus poussés

Discussion :

Les lésions cutanées sont souvent les premiers signes d'infection par le VIH. Une infection à molluscum contagiosum cliniquement apparente se développe chez 5% à 18% des patients séropositifs. Dans ce rapport de cas, l'importance de la suspicion clinique, même en l'absence d'historique précis, est mise en évidence. La mort des parents était un indice pour le diagnostic. L'infection a probablement été contractée par la voie verticale de la mère. Le traitement optimal du molluscum contagiosum chez les patients VIH-positifs permet de rétablir la compétence immunologique par un traitement antirétroviral.

Conclusion :

Le molluscum contagiosum atypique, disséminé ou facial nécessite un dépistage immédiat du VIH, en particulier en Guinée Bissau, où l'accès aux établissements de santé est limité.

Résumé :100

Morphée profonde après vaccination

Meryem, Khalidi , Naoufal hjira,Mohammed Boui
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

La morphée est une induration scléreuse et circonscrite de la peau qui peut prendre différents aspects cliniques. L'enfant est surtout touché par la forme linéaire, quoique les autres formes soient possibles, notamment chez ceux exposés à des facteurs de risque. Nous rapportons un cas de morphée profonde survenant après vaccination.

Observation :

Nourrisson de 12 mois, sans antécédents pathologiques, avec bon développement psycho-moteur, qui a présenté un placard scléro-atrophique infiltré et induré de la cuisse droite, d'extension progressive, quelques semaines après sa 3° dose du vaccin Pentavalent (diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenza de type b et l'hépatite virale de type B), administré en intramusculaire à l'âge de 4 mois. La mobilité du genou est restée normale, et la jeune fille n'a pas présenté de raccourcissement de ce membre. La biopsie cutanée a montré des fibres collagènes augmentées en nombre et en épaisseur, associés à un infiltrat mononucléé périvasculaire au niveau du derme profond et de l'hypoderme. Le diagnostic de morphée profonde a été retenu, et l'enfant a été mis sous prednisone 1 mg/kg/j et méthotrexate 0,3 mg/kg/semaine, avec arrêt de la progression de la plaque, mais sans amélioration de la sclérose déjà installée.

Discussion :

La chronologie entre l'injection du vaccin et l'apparition des lésions, ainsi que la survenue au niveau du même site laisse déduire une relation de cause à effet entre le vaccin et la morphée. Un granulome annulaire, un lichen plan, une pemphigoide bulleuse ou un mastocytome, peuvent survenir après certains vaccins spécifiques, surtout pour le vaccin de l'hépatite B. Pour la morphée, le type de vaccin semble ne pas être impliqué, puisque l'association a été décrite avec des vaccins différents, voire même après injections d'autres médicaments, comme la bléomycine, la vitamine K ou les corticoïdes. En plus, un traumatisme a été rapporté chez 23% des enfants avec morphée linéaire. Il s'agit donc plus d'un phénomène de Koebner.

Conclusion :

La morphée constitue l'une des complications cutanées de la vaccination. Des formes moins habituelles que la forme linéaire peuvent se voir chez l'enfant dans ce contexte.

Résumé :101

Naevus épidermique verruqueux linéaire inflammatoire (ILVEN) : à propos de deux cas

Meryem Khalidi, El Amraoui Mohammed,Naoufal Hjira
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

ILVEN est une hyperplasie épidermique bénigne caractérisée par une disposition Blaschko-linéaire asymétrique unilatérale ou bilatérale. Nous rapportons deux cas où le diagnostic était cliniquement facile et confirmé par l'histologie mais dont l'évolution était émaillée par les difficultés d'accès aux traitements innovants de cette pathologie notamment les lasers médicaux.

Observation :

Cas N ° 1: Homme de 16 ans, ayant des antécédents de lésions papuleuses hyper pigmentées évoluant progressivement depuis l'âge de deux ans et qui Consulte pour des placards verruqueux Blaschko-linéaire, hyper pigmentés et asymétriques prédominants sur l'hémicorps gauche. La biopsie cutanée était en faveur d'un ILVEN. Le patient était déjà sous dermocorticoïdes et des rétinoïdes sans aucune amélioration. Des séances de laser ont été proposées, mais le patient a été perdu de vue. Cas N ° 2: Une femme de 21 ans sans antécédents médicaux particuliers ni cas similaire dans la famille qui consulte pour une éruption cutanée blachkolineaire papuleuse, verruqueuse, diffuse et hyperpigmentée. L'aspect clinique et l'histologie étaient en faveur d'un ILVEN.la patiente a été référé à un collègue pour un laser CO2 et a également été perdue de vue.

Discussion :

ILVEN est une hyperplasie épidermique bénigne caractérisée par une disposition Blaschko-linéaire asymétrique unilatérale ou bilatérale. Les lésions cutanées résultent d'un phénomène de mosaïcisme génomique. Diverses anomalies peuvent y être associées comme la suppression d'une partie du membre. Le diagnostic différentiel peut être fait avec certaines dermatoses blaschko-linéaires telles que le psoriasis et le lichen.L'évolution de ILVEN est chronique entrecoupée d'évasions exsudatives et prurigineuses. Une deuxième extension des lésions est également possible. Les traitements classiques se référant aux dermocorticoïdes, rétinoïdes et à la chirurgie ont été détrônés par laser CO2 et Erbium fractionné.

Conclusion :

ILVEN est une affection à retentissement esthétiques et social très marqués malgré sa bénignité. la prise en charge précoce ar laser ablatif permet d'obtenir des résultats rapides et satisfaisants mais elle reste onéreuse dans notre contexte social.

Résumé :102

Nodules sous cutanés révélateurs d'un neuroblastome

Fatiha Bouighjdane, Amal Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Les neuroblastomes, tumeurs dérivées des cellules de la crête neurale au sein du système nerveux sympathique, sont les tumeurs solides extra-cérébrales les plus fréquentes chez l'enfant . Nous en rapportons deux cas révélés par des nodules sous cutanés

Observation :

Observation 1: Nourrisson âgé de 5 mois, issu d'un mariage apparenté 2éme degré, pathologiques, s'est présenté aux urgences pédiatriques pour des nodules sous cutanés évoluant depuis 15j dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique a objectivé des nodules sous cutanés de taille variable dont les plus volumineux sont de 1.5cm, fermes, indolores, mobiles par rapport au plan superficiel et profond, intéressant l'abdomen et le bras gauche. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. La TDM abdominale a mis en évidence une masse de la loge surrénalienne gauche mesurant 34* 17 mm associé à une hépatomégalie avec des poly adénopathies profondes. L'étude anatomopathologique sur un nodule sous cutané a mis en évidence une prolifération tumorale à cellules rondes au niveau du derme et l'hypoderme avec un fond fibrillaire, les cellules montrent des zones de différenciations ganglionnaire avec un fond schwannien. Ce qui est en faveur d'une localisation sous cutanée d'un neuroblastome moyennement différencie. Dans le cadre de bilan d'extension, une scintigraphie au MIBG a objectivé des signes en faveur d'un syndrome de Pepper(hyperfixations pathologiques de la masse surrénalienne, des nodules hépatiques et sous cutanés), sur le plan ganglionnaire présence des hyperfixations spinales axillaires, inguinales et médiastinales. Le reste du bilan notamment l'hémogramme, le myélogramme et la BOM sont revenus normaux. Un syndrome de Pepper a été retenu et une surveillance clinique et échographique hebdomadaire ont été décidés. Observation 2 : Nourrisson N.S, âgée de deux mois, sans antécédents pathologiques particuliers, a été admise en consultation de dermatologie pour des nodules sous cutanés évoluant une semaine auparavant. L'examen clinique a trouvé un nourrisson en bon état général avec trois nodules sous cutanés fermes mobiles par rapport aux deux plans, de couleur bleuâtre. Leur taille variait entre 3 et 10 mm. Ils étaient localisés en péri ombilical, sur la fosse iliaque droite et sur la région mammaire droite. L'examen physique était sans anomalie mis à part une hépatomégalie à 2 cm de débord hépatique. L'échographie abdominale a trouvé deux masses surrénaliennes bilatérales et une hépatomégalie hétérogène avec des nodules intra hépatiques. Les masses surrénaliennes mesuraient à l'échographie, 77 mm à droite et 35 mm à gauche, dans leur plus grand axe, et l'hépatomégalie 70 × 60 mm. L'étude histopathologique sur le nodule de la fosse iliaque droite a mis en évidence une localisation cutanée d'un neuroblastome. La patiente a été adressée au service de pédiatrie pour complément de prise en charge.

Discussion :

Les métastases cutanées des tumeurs malignes non hématopoïétiques sont rares chez la population pédiatrique. Les métastases cutanées en rapport avec le neuroblastome peuvent être au premier plan. Les caractéristiques évocatrices de métastases de neuroblastome sont souvent des nodules cutanés ou sous cutanés bleuâtres ou angiomateux qui blanchissent au centre et qui s'entourent d'un halo érythémateux quelques minutes à quelques heures après palpation.

Résumé :103

Pelade sévère de l'enfant : intérêt du méthotrexate seul ou associé à une corticothérapie orale

RACHADI ZINEB,SAID AMAL,OUAFA HOCAR
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

La pelade de l'enfant est une maladie auto-immune, dont la présentation clinique varie d'une seule plaque alopécique à une pelade universelle. Le diagnostic clinique est souvent aisé, mais la prise en charge reste difficile et le traitement des formes sévères est mal codifié. Certaines études ont souligné l'efficacité d'un traitement par méthotrexate (MTX) seul ou associé à une corticothérapie orale (CO) dans le traitement des pelades sévères de l'enfant. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance de cette association thérapeutique chez des enfants atteints de pelade résistante.

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective monocentrique de Janvier 2012 au Mai 2019, incluant l'ensemble des enfants traités dans notre service par MTX associé ou non à une CO pour leur pelade. Le critère de jugement principal était l'obtention d'une repousse complète sous traitement.

Discussion :

Malgré son caractère rétrospectif, notre étude suggère que le MTX seul ou associé aux CO permet une repousse complète chez les enfants atteints de pelade sévère. Nous n'avons pas observé une différence significative du taux de repousse entre les patients traités par MTX seul (45 %) et ceux traités par bithérapie (MTX + CO) (55%). Il est important de souligner que le MTX est globalement bien toléré et sa surveillance a bénéficié de l'aide apportée par les nouveaux dosages biologiques.

Conclusion :

La pelade sévère de l'enfant a un fort retentissement sur la qualité de vie des patients et de leurs parents. Un traitement par MTX±CO peut avoir un intérêt pour les patients en impasse thérapeutique pour leur pelade universelle ou en plaques sévères.

Résumé :104

Pemphigoide bulleuse sévère chez une jeune adolescente : une nouvelle observation

Ghita Sami ,Kenza Baline,Fouzia Hali,Farida Marnissi,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La pemphigoide bulleuse est la dermatose bulleuse auto-immune la plus fréquente chez les sujets âgés de 75 à 80 ans. Toutefois, elle demeure très rare chez l'enfant et l'adolescent. A ce jour, seulement 100 cas ont été rapportés dont la grande majorité durant la petite enfance. Nous rapportons le cas d'une adolescente de 18 ans, souffrant d'une pemphigoide bulleuse résistante au traitement conventionnel.

Observation :

Patiente de 18 ans sans antécédents pathologiques particuliers présentait depuis un mois et demi des lésions vésiculo-bulleuses douloureuses siégeant initialement en péri-buccal puis s'étendant progressivement vers le reste du corps dans un contexte de fléchissement de l'état général. L'examen clinique trouvait de larges plaques urticariennes étendues à tout le corps surmontées par endroit de vésiculo-bulles hérpetiformes, à contenu trouble et purulent au

niveau des coudes, genoux et extrémités. Par ailleurs, la patiente présentait également des érosions de la muqueuse buccale avec une gingivite et stomatite ainsi que des fissures et érosions anales. La numération formule sanguine montrait une hyper éosinophilie à 700. Une biopsie cutanée confirmait le décollement jonctionnel avec à l'immunofluorescence directe des dépôts positifs d'IgG et de C3. L'immunofluorescence indirecte objectivait un taux d'anticorps anti membrane basale élevé à 1280. Le test de clivage au NaCl était négatif. Devant tous ces éléments le diagnostic de pemphigoide bulleuse était retenu. La patiente était mise sous corticothérapie par voie générale (1mg/kg/J) avec un traitement adjuvant et des soins locaux pendant un mois. Devant la non amélioration de son état, l'azathioprine a été introduit (2mg/kg/j) pendant 4 mois avec une une évolution marquée de poussées rémissions. La patiente fut alors mise sous mycophénlate mofétil (2 grammes par jour) avec une régression nette de la symptomatologie. Le recul actuel est de deux mois.

Discussion :

Notre observation illustre une forme particulière par sa survenue chez une jeune adolescente de 18 ans, l'étendue et la sévérité de son atteinte et la résistance au traitement usuel. La pemphigoide bulleuse chez l'adolescent est exceptionnelle, avec près de 14 cas décrits seulement dans la littérature depuis 1953. L'atteinte muqueuse est rare surtout au-delà de 14 ans. L'arsenal thérapeutique est large basé sur la corticothérapie générale éventuellement associée à un agent immunomodulateur tel que la dapsone, l'azathioprine, le mycophenolate mofetil, la doxycycline/niacinamide ou encore le méthotrexate. Dans les cas les plus récalcitrants on peut avoir recours à une perfusion d'immunglobuline ou la biothérapie. L'évolution est longue émaillée de poussées et de rémissions, avec un risque persistant de rechute.

Conclusion :

Notre observation illustre une forme particulière par sa survenue chez une jeune adolescente de 18 ans, l'étendue et la sévérité de son atteinte et la résistance au traitement usuel.

Résumé :105

Piebaldisme : A propos d'un cas

Afaf Khouna, Hazem Aburabie,Hanane Ragragui,Nada Zizi,Siham Dikhaye
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Le piebaldisme est une génodermatose rare, de transmission autosomique dominante, caractérisée par une poliose congénitale et des plaques de leucodermie stables. Ces divers symptômes peuvent être retrouvés dans d'autres syndromes génétiques pouvant mettre en jeu le pronostic visuel ou auditif de l'enfant notamment le syndrome de Waardenburg et le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada qui doivent être éliminés avant de retenir un piebaldisme.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un enfant de 4 ans, issu d'un mariage non consanguin, connu épileptique depuis l'âge de 2 ans sous valproate de sodium 200mg/jour, ayant comme antécédent familial la notion de mèche blanche congénitale chez son père et son oncle paternel, sans d'autres anomalies associées. Il a été ramené par sa maman en consultation, très inquiète pour des plages hypochromiques de l'abdomen et des membres inférieurs installées

depuis l'âge de 2 ans. L'examen clinique trouvait un enfant en bon état général avec la présence d'une mèche blanche grossièrement triangulaire médiane de la région frontale du cuir chevelu, surmontant une macule achromique bien limitée de 2,3 cm de grand axe (figure 1). On notait également la présence de placards hypochromiques, bien limités, allant de 7 à 20 cm de diamètre, centrés par des macules de couleur chaire des deux membres inférieurs et de l'abdomen (figure 2). L'image dermoscopique trouvait une prédominance de poils blancs décolorés avec quelques rares poils pigmentés distribués d'une façon hétérogène (figure 3). L'examen auditif et l'examen ophtalmologique étaient sans anomalies.

Discussion :

Le piebaldisme est une pathologie génétique rare, autosomique dominante, due à une mutation du proto-oncogène c- kit (situé sur le bras chromosomique 14q12), qui affecte la migration, la prolifération, la différenciation et la survie des mélanoblastes [1]. Des études génétiques récentes ont montré que les caractéristiques cliniques et la sévérité phénotypique du piebaldisme sont corrélées au site et au type de mutation dans le gène KIT. Sa prévalence exacte est inconnue mais reste inferieure à 1 /20 000 naissance. Selon le type et le site de la mutation génétique, différents phénotypes ont été décrits. La forme majeure inclue une mèche blanche congénitale du cuir chevelu et une leucodermie étendue, ce qui est le cas chez notre patient. La forme mineure peut se présenter comme des plages de leucodermie sans mèche blanche pouvant faire confusion à un vitiligo. La mèche blanche est la seule manifestation du piebaldisme dans 80% à 90% des cas et peut être la présentation initiale de certains syndromes génétiques tel que le syndrome de Waardenburg qui est une maladie autosomique dominante caractérisée par une leucodermie, une hétérochromie irienne et une perte de l'audition. Parmi les diagnostics différentiels à éliminer en urgence, on site le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada associant une uvéopapillite engageant le pronostic visuel du patient à une mèche blanche. Les autres diagnostics différentiels incluent le vitiligo et l'albinisme .

Conclusion :

Le piebaldisme est considéré comme un phénotype relativement bénin, socialement et psychiquement invalidant pour les enfants et leur parents nécessitant une rassurance. Bien qu'il existe parmi ses diagnostics différentiels d'autres syndrome génétiques pouvant altérer la fonction auditive ou visuelle qui doivent être éliminés avant de retenir le diagnostic de piebaldsime .

Résumé :106

Pityriasis lichénoïde chronique de l'enfant : Intérêt du traitement par la clarythromycine à travers deux observations

Fairouz Cherkaoui, Fatima Zahra El Fetoïki ,Hayat Skali,Hali Fouzia,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le pityriasis lichénoide est une dermatose inflammatoire rare du sujet jeune évoluant par poussées spontanément régressives sur le tronc et les membres. Nous rapportons deux cas de pityriasis lichénoide ayant bien évolué sous traitement par clarythromycine.

Observation :

Observation 1: Une fillette de huit ans, consultait pour une éruption généralisée peu prurigineuse évoluant depuis trois mois. L'examen clinique trouvait des papules érythémateuses de petite taille étendues à tout le corps, La biopsie cutanée avait confirmé le diagnostic de pityriasis lichénoïde. Un traitement initial à base de dermocorticoïdes et d 'émollients a été administré sans amélioration. La patiente a été mise ensuite sous clarythromycine pendant un mois avec régression complète des lésions. Observation 2: Une fillette de six ans, consultait pour une éruption prurigineuse évoluant depuis un mois. L'examen clinique trouvait des lésions maculo-papuleuses érythémateuses finement squameuses par endroit étendues à tout le corps. Le diagnostic de pityriasis lichénoïde de l'enfant a été posé, un traitement par clarythromycine avait été proposé après échec du traitement local. L'évolution était favorable avec régression progressive des lésions.

Discussion :

Plusieurs modalités thérapeutiques on été utilisées pour traiter le pityriasis lichénoïde. Les traitements les plus utilisés sont les dermocorticoïdes et les antihistaminiques, qui peuvent améliorer le prurit mais ont très peu d'effet sur l'évolutivité de la maladie. D'autres traitements comme la corticothérapie systémique, le méthotrexate, la photothérapie et la dapsone ont été utilisés avec une efficacité variable. L'utilisation d'érythromycine s'est avérée efficace dans le traitement du pityriasis lichénoïde chez l'enfant en vue de ses propriétés anti inflammatoires. Les données sur l'utilisation de la clarythromycine sont moins nombreuses mais semblent prometteuses en raison de sa bonne tolérance. Ce traitement doit être administré pendant trois mois de suite, la réponse étant maximale au cours du troisième mois.

Conclusion :

Le traitement par clarythromycine constitue une alternative thérapeutique intéressante chez l'enfant. Ce traitement doit par contre être poursuivi au long cours pour obtenir une rémission clinique.

Résumé :107

PYODERMA GANGRÉNOSUM DU VISAGE CHEZ L'ENFANT: UNE PRÉSENTATION ATYPIQUE

ZOUBIDA MEHSAS, I.Boubnane,K.Senouci,L.Benzekri,N..Ismaili,M.Meziane,B.Hassam,
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le Pyoderma Gangrénosum (PG) est une dermatose neutrophilique rare qui atteint préférentiellement l'adulte, et caractérisée par son agressivité locorégionale et son évolution chronique et récidivante. Nous rapportons une présentation atypique d'un Pyoderma Gangrénosum du visage chez un enfant.

Observation :

Un enfant de 12ans , sans antécédent particulier, consultait pour l'apparition spontanée de trois lésions ulcéro-bourgeonnantes douloureuses au niveau du visage évoluant depuis 1

mois. L'examen clinique objectivait : deux ulcérations au niveau des deux joues l'une mesurant 7x4 cm et l'autre 5x3 cm bien limitées à bords surélevés souples érythémateux dont le fond était fibrineux surmonté de croûtes hémorragiques saignant au contact et très douloureux. On trouvait par ailleurs une ulcération mesurant 3x2 cm au niveau de la région temporale droite du même aspect. Le reste de l'examen était sans particularité . Les prélèvements mycologiques , parasitologiques et bactériologiques étaient négatifs. L'examen histologique de la lésion a objectivé un revêtement épidermique ulcéré avec un derme sous-jacent comportant un infiltrat inflammatoire polymorphe riche en polynucléaires neutrophiles faisant évoquer un Pyoderma Gangrénosum. Le bilan biologique était normal et Aucune affection systémique n'a été retrouvée chez la patiente. Une corticothérapie générale à raison de 1mg/kg/jr a permis une cicatrisation quasi complète au bout de 4 mois .

Discussion :

Le visage n'est pas la localisation de prédilection du Pyoderma Gangrenosum. Dans l'une des plus grandes séries de cas de PG, seuls 7,8% sont apparus sur la tête ou le cou. La jambe était le site le plus fréquent de PG (77,7%), suivi du tronc (11,7%), et des membres supérieurs (8,7%). Un endroit similaire a récemment été décrit par Persing et Al chez une femme de 37 ans. Cette femme a développé un PG sur la joue droite après une nouvelle excision et la fermeture d'une cicatrice de biopsie, suggérant que la pathergie joue un rôle dans la survenue du PG. Un autre article a rapporté le cas d'une femme de 44 ans qui avait développé un PG sur le front et la région temporale gauche sans traumatisme préalable ni pathologies associées L'âge moyen des patients atteint de PG est entre 30 et 50 ans. A l'heure actuelle, seuls quelques cas démontrant l'apparition de PG chez les enfants ont été rapportés. Dans notre cas, le diagnostic de PG a été évoqué après avoir éliminer tous les diagnostics différentiels par les examens mycologiques et bactériologiques négatifs, l'aspect histologique évocateur et surtout la bonne cicatrisation des lésions sous corticothérapie générale.

Conclusion :

La particularité de ce cas est non seulement le terrain puisque le Pyoderma Gangrénosum touche rarement l'enfant mais aussi la localisation céphalique au niveau du visage qui est exceptionnelle et affichante avec un retentissement psychologique important qui ne doit pas être sous-estimé.

Résumé :108

Pyoderma gangrenosum pédiatrique à lésions multiples

JIHANE ZIANI, ZAKIA DOUHI,HANANE BAYBAY ,SARA ElIOUDI,FATIMA ZAHRAE MERNISSI
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique qui affecte rarement les enfants 1. Les données cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques sur le PG pédiatrique sont médiocres car il existe de nombreuses pathologies associées. La forme multiple est exceptionnelle chez l'enfant 1. Nous en rapportons un cas

Observation :

II s'agit d'un nourrisson de neuf mois, de sexe masculin issu de parents non consanguins et sans antécédents pathologiques notables. L'histoire de sa maladie remontait à 15 par l'apparition d'une lésion érythémateuse intéressant le siège rapidement extensif laissant place à une perte de substance. L'évolution était marquée par l'apparition d'autres lésions similaires au niveau des fesses, du dos, des membres et du visage associé à une toux. L'examen a révélé de multiples ulcérations mal limitées à contours irréguliers entouré par un halo inflammatoire et à centre nécrotique. Des lésions similaires étaient notées au niveau des sites de prélèvement, le tout évoluant dans un contexte de fébricule. La biologie a révélé un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à 37600/mm3 et une CRP à 94mg/L. La radiographie thoracique était sans particularité, le bilan initial de déficit immunitaire primitif était négatif. La corticothérapie par voie orale ne fut pas instaurée vu la perturbation du bilan infectieux. L'évolution était marquée par une cicatrisation des lésions sous dermocorticoïdes sans récidive avec un recul de deux ans.

Discussion :

Le pyoderma gangrenosum est relativement rare dans la population pédiatrique avec seulement 4% des cas1.2. La pathophysiologie de PG est encore mal comprise 3. Son diagnostic est souvent retardé, avec une moyenne de 2 mois; Cela s'explique par la faible prévalence de la maladie chez les enfants et le fait qu'il soit mal diagnostiqué. La présentation la plus courante chez les enfants est sous forme de lésions ulcérées disséminées dans les formes paranéoplasiques notamment les hémopathies 2. L'association dans les formes pédiatriques à de nombreuses pathologies est nouvellement signalées telle que les pathologies intestinales, les vascularites, l'arthrite pyogénique et le syndrome PAPA 3. Le PG est en fait un diagnostic d'exclusion en histologie objectivant une infiltration des polynucléaires neutrophiles aseptique non spécifique. Une fois le diagnostic de PG pédiatrique confirmé, la recherche d'une étiologie sous-jacente devrait être entreprise 1. Dans notre cas l'atteinte multiple, extensive et ulcérative nous a incité à faire un bilan de déficit immunitaire qui s'est révélé négatif

Conclusion :

Les lésions généralisées et ulcératives sont la présentation clinique initiale la plus fréquente de pyoderma gangrenosum pédiatrique. Le plus commun des étiologies sous-jacentes sont hématologiques, d'immunodéficiences, de vascularite et le syndrome de PAPA, a recherche même en cas d'un bilan initial normal de déficit immunitaire primitif.

Résumé :109

Syndrome de kawasaki se manifestant par un erytheme polymorphe

Hazim Aburabie
Afaf Khouna,Sara Bouabdella,Siham Dikhaye,Nada Zizi,
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Le syndrome de Kawasaki (SK), est une vascularite systémique, ses complications cardiovasculaires sont graves, mais sont diminuées par un traitement précoce par les immunoglobulines. Nous rapportons le cas d'une fillette marocaine présentant un SK atypique ayant un érythème polymorphe comme une première manifestation cutanée.

Observation :

C'est une fillette de 3 ans ayant comme antécédent un herpès labial apparu 14 jours avant son admission, s'est présentée pour une éruption cutanée fébrile d'apparition brutale. L'examen clinique trouvait : une fillette de bon état général, fébrile à 39°, une éruption cutanée fait de lésions en cocarde au niveau des membres (figure 1). Un bilan biologique a objectivé une hyperleucocytose à 11000/µL, PNN : 8400/ µL, une CRP 160mg/l, une radiographie thoracique a objectivé un syndrome bronchique. Vue ces données; le diagnostic d'un érythème polymorphe a été retenu et la fillette a été mise sous traitement (acyclovir, macrolide, antipyrétique). L'évolution a été marquée 4 jours plus tard, par une persistance de la fièvre, une extension des lésions, prenant un aspect roséoliforme, avec une atteinte muqueuse (figure 2,3), une augmentation de la CRP à 400mg/l, une échographie cardiaque a objectivé un épanchement péricardique minime avec une dilatation de l'artère coronaire droite. Le diagnostic d'un SK atypique était retenu, et la fillette a été mise sous immunoglobuline et acide acétyle salicylé, avec une nette amélioration (figure 4).

Discussion :

Le SK est une vascularite systémique qui affecte les artères de moyen calibre, son diagnostic repose sur: une fièvre de plus de cinq jours ne répondant pas aux antipyrétiques associée à quatre des cinq critères suivants : une conjonctivite bilatérale, une éruption cutanée, une atteinte oropharyngée, une adénopathie cervicale, un érythème des paumes et des plantes, ceci dans sa forme complète. Cependant, des formes atypiques ont été décrites associant une fièvre à deux ou trois critères cités ci-dessus. À ce jour, 4 patients atteints de SK révélé par un érythème polymorphe ont été rapporté dans la littérature, dont trois ont révélés un SK classique et un seul cas du SK atypique, ce qui fait de notre cas le deuxième cas. Une échographie cardiaque est obligatoire au moment du diagnostic et pour le suivi pour évaluer l'atteinte cardiaque, ainsi que elle a sa place en cas de suspicion de la maladie et vient conforter le diagnostic. Le traitement doit être démarré précocement par l'administration d'immunoglobulines la prescription d'acide acétylsalicylique.

Conclusion :

La variabilité des formes cliniques du SK peuvent poser des problèmes de diagnostic et faire méconnaitre la maladie, ce qui retarde la prise en charge et aggrave le pronostic vital, d'où l'importance de la description des cas inhabituels.

Résumé :110

Syndrome de Rothmund-Thomson à expression exclusivement cutanée

IBTISSAM AL FAKER, MARRAHA FARAH,KABBOU SOUKAYNA,GALLOUJ SALIM
CHU Tanger

Introduction :

Le syndrome de Rothmund-Thomson (RT) est une maladie génétique rare transmise de façon autosomique récessive caractérisée par l'apparition précoce d'une poïkilodermie associée à des anomalies phanèriennes, squelettiques, dentaire, un retard statural, une cataracte juvénile, et un risque néoplasique accru.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un nourrisson Adam E âgé de 19 mois, issu d'un mariage consanguin de 2ème degré, né à terme, admis pour prise en charge des taches hypo et hyper-pigmentées réticulées ayant apparus à l'âge de 9 mois, l'examen dermatologique trouvait un faciès félin, un érythème télangiectasique et réticulé avec une xérose au niveau des zones photo-exposées, et des macules achromiques étendues sur les 2 membres supérieurs et inférieurs, le visage et sur l'abdomen, de plus, le patient présente des cheveux épars, des sourcils clairsemés. Il n'avait pas de symptômes musculo-squelettiques, oculaires ou neurologiques. Le diagnostic de RT a été retenu devant la poïkilodermie cutanée des zones photo-exposées et le caractère familial. La radiographie des avant-bras était normale, L'analyse moléculaire pour mettre en évidence une mutation du gène RECQL4 n'est pas réalisé.

Discussion :

Aussi connu sous le terme de poïkilodermie congénitale, le syndrome de RT est une génodermatose hétérogène rare dont le risque évolutif est dominé par la survenue des cancers cutanés et des ostéosarcomes. Maladie décrite pour la 1ère fois par Auguste Rothmund, un ophtalmologue allemand en 1868. Bien que la prévalence exacte reste inconnue, environ 403 cas ont été rapportés dans la littérature à ce jour. C'est l'un des 1200 maladies plus rares selon l'organisation nationale des maladies rares. Il existe 2 types différenciés par la présence ou l'absence d'une mutation du gène RECQL4, situé sur chromosome 8. Le type I présente les caractéristiques cliniques de la maladie sans mutation de ce gène, et le type le plus courant c'est le type II qui démontre à la fois les caractéristiques cliniques et une mutation de gène RECQL4. Le traitement dépend des lésions retrouvées, mais vu la contre-indication de la radiothérapie et les complications de traitement chirurgical, une alternative thérapeutique tel que la photothérapie dynamique semble être efficace car elle permet de traiter les kératoses actiniques. La prise en charge de ces patients comprend un conseil génétique, la chirurgie de la cataracte, la photocoagulation au laser à lumière pulsée pour traiter les télangiectasies. Les écrans solaires doivent être utilisés pour prévenir le cancer de la peau. En ce qui concerne la perte des cheveux, le traitement par minoxidil semble être utile pour la repousse des cheveux. La surveillance comprend un examen annuel, ostéoarticulaire pour la détection d'une tumeur osseuse, cutané à la recherche des lésions suspectes et un examen ophtalmologique.

Conclusion :
Le syndrome de RT est une génodermatose autosomique récessive rare caractérisée par une photosensibilité qui se traduit par poïkilodermie et une prédisposition aux cancers cutanés et osseux d'où l'intérêt d'un suivi précis à long terme par une équipe multidisciplinaire.

Résumé :111

Un cas marocain du granulome annulaire profond acral de l'enfant

Mohamed EL AMRAOUI, Rachid FRIKH,Naoufal HJIRA,Mohammed BOUI,
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

Le granulome annulaire est une dermatose fréquente dont il existe des formes atypiques souvent moins connus dont le granulome annulaire profond avec parfois des difficultés diagnostiques, thérapeutiques, pronostiques et nosologiques.

Observation :

Fille âgée de 5 ans, issue d'un mariage non consanguin, vaccinée selon le programme national d'immunisation et en bon état de santé, a consulté pour une éruption papulo-nodulaire acrale évoluant par poussées et remissions. L'examen dermatologique montrait des nodules sous cutanés, au niveau des faces dorsales des pieds et des mains, de 0,5 centimètres, peu prurigineux, insensibles a la palpation, de couleur chair, sans signes inflammatoires en regard et sans évolution cicatricielle ou fistulisante. L'échographie des parties molles objectivait des formations nodulaires bien limitées sous cutanées de 2 à 5 millimètres de diamètre, non vascularisées au Doppler. La description histologique d'un nodule était en faveur d'un granulome annulaire profond. L'enquête étiologique anamnestique, clinique et para clinique restait négative. La petite fille a été mise sous dermocorticoïdes et émollients et sera revue dans deux mois.

Discussion :

Le granulome annulaire profond est une variété peut fréquente du granulome annulaire, Elle est rencontrée surtout chez l'enfant et atteint principalement les faces antérieures des jambes et le dos des pieds, les formes céphaliques sont décrites mais extrêmement rares. La clinique est peu parlante et fait évoquer d'autres diagnostic différentiels (angiome, hématome, érythème noueux, panniculite, nodule rhumatoïde…), d'où l'intérêt de l'histologie qui reste indispensable, l'étiologie est inconnue mais les formes profuses et atypiques doivent faire rechercher une immunodépression, le traitement est non codifiée et une abstention thérapeutique avec une surveillance régulière sont souvent de mise.

Conclusion :

Le granulome annulaire profond est une dermatose chronique, bénigne, spontanément résolutive, mais souvent méconnue et inquiétante pour la famille et pour les jeunes dermatologues et qui mérite d'être rappelée.

Résumé :112

Un cas marocain du piebaldisme chez un nourrisson dans le cadre d'un phénotype familial

Mohamed EL AMRAOUI,Meryem KHALIDI,Rachid Frikh,Naoufal HJIRA,Mohammed BOUI,
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

Les hypo pigmentations chez l'enfant constituent toujours un motif de consultation particulier avec une charge émotionnelle considérable des parents dont la hantise principale est ne pas avoir un vitiligo, cependant d'autres troubles de la mélano genèse souvent héréditaires et parfois syndromiques peuvent être de pronostic plus réservé. Le piebaldisme se situe dans la zone intermédiaire.

Observation :

Nourrisson de sexe féminin, âgée de 105 jours, issue d'un mariage non consanguin, a été ramenée en consultation par sa mère pour des macules achromiques au niveau du corps, grossièrement bilatérales et symétriques, avec une macule hypo chromique triangulaire du front et une mèche blanche du cuir chevelu apparues des la naissance. La maman rapporte l'existence d'une mèche blanche chez les deux sœurs, chez elle-même, chez le grand père maternel et chez d'autres descendants maternels. Les examens neurologiques, ophtalmologiques et ORL étaient sans anomalies. Le diagnostic d'un piebaldisme dans le cadre d'un phénotype familial a été retenu et une étude génétique est prévue. La fillette a été mise sous Tacrolimus en topique avec éviction du phénomène de Koebner.

Discussion :

Le piebaldisme est une maladie génétique rare de transmission autosomique dominante, qui est due à l'une des mutations du gène c-Kit (plus de 60 mutations décrites) qui sont impliquées dans la prolifération et la migration mégalocytaire pendant l'embryogenèse. Cliniquement, il se manifeste par des macules achromiques ou hypo pigmentées, bien circonscrites, présentes à la naissance, stables et de distribution symétrique, associées à une mèche blanche de cheveux, souvent de forme triangulaire, présente sur la partie frontale du cuir chevelu avec parfois atteinte du front sous-jacent, cependant, 80 à 90% des patients présentent la mèche blanche uniquement. Les manifestations extra cutanées sont généralement rares (troubles de l'audition et de la vision). Les associations les plus décrites sont: la neurofibromatose de type I, le mégacôlon congénital, l'anémie de Blackfan-Diamond et la glycogénose type 1a. Les principaux diagnostics différentiels restent l'albinisme et le syndrome de Waardenburg. Le diagnostic reste clinique après élimination des autres diagnostics différentiels. Une confirmation par étude génétique peut être envisagée surtout dans le cadre du conseil génétique. Le traitement est en général décevant avec un retentissement social et psychique important.

Conclusion :

Le piebaldisme est un trouble héréditaire de la pigmentation rare et de pronostic souvent favorable.

Résumé :113

Une tumeur cutanee spectaculaire sur un syndrome de nijmegen:

Meryem Khalidi, El Amraoui Mohammed,Naoufal Hjira,Mohammed Boui
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

Le syndrome de Nijmegen est une maladie génétique rare, caractérisée par une dysmorphie faciale caractéristique, un déficit immunitaire et un risque néoplasique accru. Nous présentons un cas d'une tumeur cutanée spectaculaire survenue chez une fillette ayant un syndrome de Nijmegen.

Observation :

Jeune fille âgée de 8 ans, issue d'un mariage non consanguin, suivie en pédiatrie pour un syndrome de Nijmegen retenu sur une dysmorphie faciale évocatrice, un déficit immunitaire avec des infections respiratoires et ORL récurrentes, un antécédent de lymphome médastinal traité par chimiothérapie et confirmé par l'étude génétique. A consulté pour une lésion tumorale de la joue gauche, de 6 centimètres de diamètre, surmontée de squames épaisses, sur une base érythémateuse remaniée avec une bordure étoilée et réticulée, la lésion a commencé par une papule squameuse avec une évolution centrifuges. Le reste de l'examen était sans particularités en dehors de râles bronchiques. Une étiologie tumorale (carcinome épidermoide, maladie de Bowen…) ou infectieuse (leishmaniose, tuberculose…) ont été évoqué en premier et une biopsie cutanée a été programmée mais la patiente a été perdue de vue.

Discussion :

Le syndrome de Nijmegen est une maladie génétique rare dont la prévalence et l'incidence sont inconnues avec environ 150 cas rapportés dans la littérature. La transmission est autosomique récessive. Cette réparatose est dûe à des mutations du gène NBN (8q21-q24) responsables de la production en fragments tronqués partiellement fonctionnels de la Nibrine, impliquée dans la réparation des lésions double brin de l'ADN. Le tableau clinique complet associe une microcéphalie, une dysmorphie faciale caractéristique, un retard statural, un syndrome malformatif notamment des voies urogénitales, un déficit immunitaire avec des infections des voies respiratoires sévères à répétition, une forte prédisposition aux tumeurs malignes (surtout lymphoïdes) et une radiosensibilité. Le diagnostic repose sur le tableau clinique, la mise en évidence d'un déficit immunitaire mixte, l'étude génétique et la confirmation de l'instabilité chromosomique. Les diagnostics différentiels sont l'anémie de Fanconi, le syndrome de Bloom, le syndrome de Nijmegen-like, le syndrome ataxie télangiectasie-like, le syndrome LIG4, le syndrome NHEJ1 et le syndrome de Seckel. Le traitement est symptomatique et fait appel à une collaboration multidisciplinaire. Le pronostic est fâcheux grevé par la fréquence des néoplasies (chez 40% des cas et vers l'âge de 20 ans), d'ou l'intérêt d'une surveillance au long court, du diagnostic anténatal et d'un conseil génétique .

Conclusion :

Le syndrome de Nijmegen est un diagnostic qui doit être gardé en tête devant des tumeurs cutanées ou autres chez un enfant ayant une dysmorphie faciale évocatrice et un déficit immunitaire.

Résumé :114

Apport de la dermoscopie dans la prise en charge du xanthogranulome juvénile

MAHA MOURADI, FZ. Elfatoiki,Hayat skali,Fouzia Hali,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le xanthogranulome juvénile XGJ est une pathologie bénigne auto-involutive prédominant chez le nourrisson et le jeune enfant. Le diagnostic peut être fait par examen clinique seul et confirmé par histologie en cas de doute diagnostic. Nous rapportons ici l'utilisation de la dermoscopie dans l'évaluation de lésion cutanée évoquant un JXG.

Observation :

Nourisson de deux ans, sans antécédent notables, présente depuis 2 mois une lésion papulo nodulaire rouge orangée indolore, augmentant progressivement de taille au niveau du menton. L'examen dermoscopique retrouvait une structure homogène à fond jaune orangée avec des amas en nuages jaunes pales en périphérie. En confrontant les données de l'examen clinique et dermoscopique le diagnostic de xanthogranulome juvénile a été retenu et un traitement conservateur a pu être proposé.

Discussion :

La dermoscopie est une technique non invasive qui permet une meilleure visualisation de structures à l'intérieur de l'épiderme, de la jonction dermo-épidermique et du derme superficiel. Les caractéristiques dermoscopiques d'un grand nombre de lésions non mélanocytaires ont été rapporté ce qui aide à réduire les diagnostics différentiels des lésions solitaires. L'infiltrat du XGJ se trouve dans le derme superficiel, une zone où les structures peut être vues avec la dermoscopie. A l'examen dermoscopiques les lésions de XGJ montrent une coloration de fond jaune orangé caractéristique, et des «nuages» de dépôts jaune pâle qui traduisent un infiltrat xanthogranulomateux du derme . Les dépôts en «nuages» jaune pâle sont similaires à ceux observés dans les hyperplasies sébacées.

Conclusion :

La dermoscopie peut apporter des informations complémentaires à l'examen clinique dans les lésions xanthogranulomateuses permettant ainsi un traitement conservateur à chque fois que possible notamment chez les nourissons et les jeunes enfants.

Résumé :115

Apport de la dermoscopie dans le diagnostic de la leishmaniose cutanee

IBTISSAM AL FAKER, MARRAHA FARAH, KABBOU SOUKAYNA,GALLOUJ SALIM
CHU Tanger

Introduction :

La leishmaniose cutanée (LC) ou « bouton d'orient » est une maladie infectieuse parasitaire de transmission vectorielle à tropisme cutané, le vecteur est un petit diptère femelle (phlébotome). La dermoscopie est une technique non invasive qui aide au diagnostic de la LC. Nous rapportons 3 cas de LC suspectés cliniquement et supportés par la dermoscopie.

Matériels et méthodes :

Trois patients du nord marocain (2 femmes et 1 homme avec une tranche d'âge entre 28 et 33 ans) qui ont été vu en consultation de dermatologie avec trois lésions cutanées, la LC a été suspecté cliniquement et confirmé par la présence de parasite dans le frottis cutané chez 2 patients et par une étude histologique chez l'autre patiente vu qu'elle avait un antécédent de dermatofibrosarcome pelvien, les 3 lésions ont été évaluées par une dermoscopie de contact à lumière polarisée (DermLite).

Résultats :

Trois lésions localisées uniquement au niveau du visage, décrites comme papulo-nodulaire, nodulo-ulcéreuse, et papule angiomateuse ; les signes dermoscopiques retrouvés sont : un érythème généralisé rouge claire avec des larmes jaunes parfois surmontées de croute centrale, hyperkératose, étoile éclatée ulcérée, et télangiectasie.

Discussion :

L'évolution typique de LC commence par une macule érythémateuse au niveau des zones découvertes du corps évolue vers une papule puis un nodule qui peut s'ulcérer au centre et former une croute en réalisant un cratère peu profond à fonds suintant papillomateux et base indurée qui se cicatrise lentement laissant une cicatrice indélébile. La dermoscopie est un outil non invasif qui facilite la visualisation des structures vasculaires et pigmentées invisibles à l'œil nu, des études précédentes ont démontré que la dermoscopie améliore la précision du diagnostic clinique de nombreuses lésions cutanées pigmentées et non pigmentées ; d'autres, récentes, ont décrit les caractéristiques dermoscopiques de la LC. Les signes les plus fréquents retrouvés sont l'érythème généralisé, les larmes jaunes, les étoiles blanches éclatées, l'hyperkératose, l'ulcère central et les vaisseaux linéaires irréguliers - en épingle à cheveux, en virgules et arborisant-. Et puisque l'érythème, l'hyperkératose et les signes vasculaires peuvent être observés dans d'autres diagnostics, l'éclatement des étoiles, les larmes jaunes et l'ulcère central restent les signes les plus spécifiques dans notre étude. Deux patients ont bénéficié des infiltrations en péri-lésionnelle d'Antimoniate de N-méthylglucamine alors que la 3ème a subi une biopsie exérèse.

Conclusion :

La LC est une anthropozoonose due à un parasite (Leishmania) transmise par pique d'insecte (phlébotome), c'est un problème de santé publique dans notre pays. La dermoscopie est devenu un outil diagnostique extrêmement utile en matière de LC en apportant des signes plus spécifiques de cette maladie.

Résumé :116

Dermoscopie de l'érythromélanose folliculaire faciale

Safae Maouni, Mariame Meziane ,Kaoutar Znati,Badredine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

L'Erythromélanose folliculaire faciale est une maladie pigmentaire rare, d'étiopathogénie encore inconnue, touchant les enfants et les adolescents. Elle est caractérisée cliniquement par une triade : hyperpigmentation bilatérale et symétrique, érythème et papules folliculaires. Nous rapportons l'aspect dermoscopique d'Erythromélanose folliculaire faciale chez un jeune marocain de 17 ans.

Observation :

Un jeune marocain de 17 ans, sans antécédents médicaux ou cas similaires dans la famille, consultait pour des lésions des deux joues hyperpigmentées et érythémateuses, surmontées de papules folliculaires, évoluant depuis 3 ans, sans lésions de kératose pilaire sur le corps. L'examen dermoscopique montrait des multiples zones rondes blanchâtres avec des bouchons folliculaires, dont certains sont centrés par un poil, entourés de taches bleues grises poivrées. L'ensemble repose sur un fond brun rougeâtre. On notait également la présence de quelques squames blanches. La biopsie cutanée objectivait une légère orthokératose, une hyperkératose folliculaire, une pigmentation accrue de la couche basale, un infiltrat lymphocytaire périvasculaire et périannexiel et une incontinence pigmentaire avec présence de mélanophages dans le derme.

Discussion :

L'érythromélanose folliculaire faciale est une dermatose rare, décrite pour la première fois par Kitamura et al. en 1960, au Japon. Elle est souvent associée à des lésions de kératose pilaire sur les bras et les épaules. Le diagnostic différentiel se pose avec les autres dermatoses pigmentaires ou érythémateuses ce qui entraine souvent un retard diagnostique et une prescription inappropriés des traitements. En dermoscopie, Les zones blanchâtres à bouchons folliculaires correspondent à l'hyperkératose folliculaire observée en histologie, les taches bleues grises poivrées concordent avec l'incontinence pigmentaire, les mélanophages dermiques et le fond brun rougeâtre correspondent à la vasodilatation et l'hyperpigmentation de la couche basale.

Conclusion :

Il existe une forte corrélation entre les aspects cliniques, dermoscopiques et histologiques de cette affection, d'où l'intérêt de la dermoscopie comme technique non invasive, qui peut guider le diagnostic.

Résumé :117

Dermoscopie de l'exostose sous-unguéale

Safae Maouni,Ouiam Elanzi
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

L'exostose sous-unguéale est une tumeur isolée à croissance lente, appelée également excroissance ostéo-chondrale bénigne de la phalange distale. Sa prévalence n'est pas connue parce qu'elle est probablement sous-estimé en raison d'un diagnostic tardif lié à sa présentation clinique non spécifique. La dermoscopie est une technique non invasive de plus

en plus utilisé pour le diagnostic précoce des onychopathies, y compris les tumeurs et les maladies inflammatoires. Nous rapportons à travers cette observation les caractéristiques cliniques et dermoscopiques d'une exostose péri-unguéale confirmée radiologiquement, survenant chez un homme de 52 ans.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 52 ans, suivi pour neurofibromatose de type 1, qui présentait un nodule périunguéale du pouce droit, indolore, évoluant depuis 5 ans. L'examen dermoscopique montrait une zone blanche proximale et un aspect jaune avec hyperkératose distale. L'examen radiologique du pouce objectivait une exostose sur la face latérale de la phalange distale du pouce droit.

Discussion :

L'exostose périunguéale touche généralement les jeunes sans prédominance de sexe. L'ongle du premier orteil droit est la localisation la plus fréquente (80 % dans la littérature), ce qui peut être expliqué par l'association avec les traumatismes non perçus, qui surviennent le plus souvent du côté droit du corps, par conséquent, bien qu'un traumatisme important soit rarement signalé par les patients, des traumatismes mineurs et répétés pourraient être un facteur de risque pour le développement de l'exostose péri-unguéale. La présentation clinique de cette tumeur est un nodule sous-unguéal soulevant la tablette de l'ongle avec une dystrophie de l'ongle et une douleur au port des chaussures. Il est difficile de retenir le diagnostic sur la clinique seule donc elle est souvent diagnostiquée tardivement. Sur le plan dermoscopique, l'exostose sous-unguéale est caractérisée par un aspect jaune, encore plus visible par l'application d'une pression avec le dermoscope, qui correspond à une hyperkératose. L'ectasie vasculaire a été décrite également dans la littérature qui correspond probablement à la néoangiogénèse associée à la masse sous-unguéale. Le détachement de la tablette de l'ongle du lit unguéal explique l'onycholyse observée chez certains patients. Une ulcération a été notée dans 30% des cas pouvant être liée à l'infection. L'histologie demeure obligatoire pour le diagnostic des lésions sous-unguéales douteuses. L'examen radiologique est très utile dans l'exostose, il révèle la présence d'une prolifération osseuse de la partie latérale de la phalange distale composée de l'os trabéculaire. Le traitement repose essentiellement sur l'excision chirurgicale avec l'examen histopathologique afin de confirmer le diagnostic.

Conclusion :

Le diagnostic clinique de l'exostose sous-unguéale est difficile. La dermoscopie peut être un moyen utile pour orienter le diagnostic mais l'examen radiologique et l'histopathologie restent indispensables pour confirmer le diagnostic.

Résumé :118

Dermoscopie du lichen plan pigmentogène facial : à propos de 30 cas

Selma El Kadiri, Hanane Bay Bay,chaoui rhizlane,sara elloudi,fatima-Zahra mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le lichen plan pigmentogène (LPP) est une variante rare du LP cutané. Objectif: décrire les aspects dermoscopiques du LPP facial et la corrélation entre les aspects dermoscopiques et l'histologie.

Matériels et méthodes :

Etude prospective analytique incluant tous les cas de LPP facial confirmés histologiquement ayant consulté à notre service sur une durée de 2 ans et demi (entre 2017 et 2019).Toutes les images dermoscopiques ont été prises à l'aide du dermlite 4, mode lumière non polarisée et polarisée sans immersion. Ont été exclus les patients présentant un LPP au niveau extra facial.

Résultats :

Dans notre étude : la moyenne d'âge est de 42 ans ; le sex-ratio H/F de 0,3. Le prurit était rapporté par 69% des patients. Le LPP en nappes est le type d'atteinte cutanée le plus fréquent 80%. Les joues et le front étaient les topographies les plus fréquemment touchées (tableau1). Le fond brun à l'analyse dermoscopique était présent dans 66,5% des cas. La distribution des globules et des points en patron réticulaire complet était le patron le plus fréquemment retrouvé chez nos patients 66,5% (tableau 2). Les mélanophages et l'incontinence pigmentaire étaient présents à l'étude histologique de tous nos patients (tableau3). L'analyse uni-variée avait trouvé que le patron dermoscopique en points avec ou sans globules était significativement associé à l'incontinence pigmentaire à l'histologie (p= 0,015). Tandis que l'exagération du pseudo-pigmenté pigmenté n'était pas significativement corrélé à la vacuolisation de la lame basale (p=0,6) ou l'incontinence pigmentaire (p=0,5). Les bouchons folliculaires à l'histologie étaient significativement associés à l'aspect en œil de hibou décrit en dermoscopie. On a noté que les structures vasculaires et l'exagération de la pigmentation périfolliculaire étaient respectivement significativement présentes dans les lésions prurigineuses (p=0,015 et p=0,004).

Discussion :

Quelques études ont élucidé l'utilité de la dermoscopie dans le diagnostic du LPP et leur correspondance à l'histologie. Comme précédemment décrit, le patron en points était corrélé à l'incontinence pigmentaire à l'histologie. Le fond brun à la dermoscopie concernait 66,5% des patients. A contrario, aucun patient n'avait de fond bleu expliqué par un dépôt du pigment au niveau du derme superficiel. Ce critère pourrait être utilisé dans la différenciation du LPP des autres hypermélanoses faciales notamment la dermatose cendrée. Le prurit étant un marqueur d'activité au cours du LPP, notre analyse a permis d'identifier deux nouveaux signes dermoscopiques d'activité tels que la présence de structures vasculaires et le dépôt de pigment en périfolliculaire d'autant plus que nos patients n'étaient pas sous traitement pouvant générer une inflammation avec une vascularisation similaire.

Conclusion :

La dermoscopie pourrait aider au diagnostic du LPP et pourrait aider à le différencier des autres dermatoses avec similitudes clinico-histologiques.

Résumé :119

Dermoscopie du mycosis fongoïde : Une série de 30 cas

Samia Mrabat, Sara Elloudi,Zakia Douhi,Hanane Baybay, Fatima Zahra Mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le mycosis fongoïde est un lymphome cutané T primitif. Il pose souvent à un stade précoce, un problème de diagnostic différentiel avec des dermatoses inflammatoires notamment l'eczéma. A travers cette série, nous avons voulu étudier l'apport de la dermoscopie dans le diagnostic positif du mycosis fongoïde, en particulier les structures vasculaires. La connaissance de ses patrons dermoscopiques pouvant faciliter la précision diagnostique surtout dans les stades débutants.

Matériels et méthodes :

C'est une étude prospective, étalée sur 2 ans entre Janvier 2017 et Janvier 2019 incluant les cas de mycosis fongoïde confirmés sur biopsie cutanée et immunohistochimie hospitalisés au service de dermatologie, ou suivis en consultation d'oncodermatologie.

Résultats :

Nous avons colligé 30 cas : 17 femmes (57%) et 13 hommes (43%). La plupart des patients correspondaient à des stades précoces (patchs et plaques) 87%. Les variantes cliniques incluaient la forme classique (76%), la forme poïkilodermique (14%) et le MF palmoplantaire (3%). Le patron vasculaire le plus fréquent était les vaisseaux en points (52%), les vaisseaux linéaires courts (39%) et les vaisseaux glomérulaires (34%). La vascularisation spermatozoïde like était notée uniquement chez 8 cas. Des structures polygonales avec des septas pigmentés étaient présentes chez les cas de MF poïkilodermique et parfois associées à des vaisseaux purpuriques ainsi que des zones sans structures marrons grises. Les zones jaunes orangées ont été observées chez 30% des patients. Des pseudo-comédons étaient présents chez un cas de mycosis fongoïde pilotrope.

Discussion :

Au cours des dernières années, la dermoscopie s'est avérée être un outil utile pour aider le diagnostic non invasif de divers troubles dermatologiques. Les patrons dermoscopiques du mycosis fongoïde les plus fréquemment décrits sont les vaisseaux fins linéaires, les vaisseaux en points associés à des zones jaunes orangées. Il a également été rapporté la présence d'une structure vasculaire caractéristique ressemblant à des spermatozoïdes, en tant que marqueur hautement spécifique de mycosis fongoïde. Ce marqueur était retrouvé chez 27% de nos patients. La dermoscopie peut également aider à différencier le mycosis fongoïde de l'eczéma en particulier au stade précoce. En effet, les vaisseaux fins linéaires ainsi que spermatozoïdes like avec les zones jaunes orangées sont plus fréquent lors du mycosis fongoïde, alors que les squames blanches et jaunâtres et les vaisseaux en points sont plus fréquents au cours de l'eczéma.

Conclusion :

A travers cette série, nous avons retrouvé la prédominance du patron vasculaire linéaire et courts rapportées dans la littérature. Mais d'autres études sur des échantillons plus importants seraient nécessaires pour confirmer ces résultats

Résumé :120

La sarcoidose unguéale : corrélation dermatopathologie–dermatoscopie

Safae Maouni

mariame meziane ,laila benzekri,nadia ismaili,karima senouci,badredine hassam,
CHU Ibn Sina, Rabat

Intorduction :

L'atteinte de l'appareil unguéal dans la sarcoidose est rare. Elle se voit chez seulement 1.6% des patients atteints de sarcoïdose cutanée. Elle est souvent accompagnée d'une atteinte systémique, principalement osseuse, ganglionnaire, pulmonaire, articulaire ou sinusale. La dermoscopie sert d'outil diagnostique dans la détection précoce des anomalies unguéales.

Observation :

Une femme de 57 ans, consultait pour une plaque ulcéro-crouteuse du nez évoluant depuis 4 ans et une dactylite bilatérale et invalidante depuis 2 ans, surmontée de plaques ulcéro-crouteuses sur les 4ème doigts droit et gauche et 2ème orteils droit et gauche avec aspect boudiné des doigts. L'examen phanérien retrouvait sur tous les orteils atteints une paronychie, une hyperkératose unguéale, des lésions hyperkeratotiques verruqueuses de l'ongle et du repli proximal, ainsi qu'une destruction longitudinale de la tablette unguéale du gros orteil droit. L'examen dermoscopique du repli proximal objectivait un fond rose érythémateux, des vaisseaux polymorphes linéaires et glomérulaires, des aires blanches cicatricielles et des structures globulaires orange. Sur la tablette unguéale, il y avait des hémorragies filiformes, des points noirs et des stries blanches longitudinales ainsi qu'une hyperkératose sous-unguéale. Les radiographies des mains et des pieds objectivaient des lésions lytiques et kystiques diffuses. Les biopsies cutanées, unguéale, des glandes salivaires, nasale et ganglionnaire trouvaient un infiltrat inflammatoire avec de multiples granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose caséeuse, en faveur d'une sarcoïdose systémique.

Discussion :

Plusieurs anomalies unguéales ont été décrites au cours de la sarcoidose à type de dystrophie unguéale, pachyonychie, onycholyse ou stries longitudinales, mais à notre connaissance les lésions verruqueuses hyperkératosiques du corps de l'ongle et du repli proximal et la destruction longitudinale de la tablette unguéale n'ont jamais été rapportées dans la littérature. Chez notre patiente, l'aspect dermoscopique rose érythémateux du repli proximal avec modification de l'architecture vasculaire peut correspondre histologiquement à l'infiltrat inflammatoire avec présence de capillaires congestifs, les aires blanches cicatricielles et les structures globulaires orange correspondent aux granulomes epithélio-giganto-cellulaires et la destruction longitudinale avec hyperkératose peut être expliquée par l'infiltration de la matrice unguéale par le granulome sarcoidosique.

Conclusion :

La dermoscopie de l'ongle est une méthode d'imagerie non invasive et peu coûteuse qui peut informer sur le prognostic de la sarcoidose et nous inciter à rechercher une éventuelle atteinte systémique associée.

Résumé :121

L'aspect dermoscopique du porocarcinome eccrine

Aicha Elharrouni Alaoui, Douhi Zakia,Issoual Khadija,Elloudi Sara ,Baybay Hanane,Mernissi Fatima Zahra
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le porocarcinome eccrine est une tumeur cutanée maligne rare potentiellement mortelle , qui peut être primitif ou par dégénérescence d'un porome eccrine . Il survient chez les sujets âgés. Se localise généralement au niveau des mains et les pieds. La dermoscopie a révolutionné la prise en charge des tumeurs cutanées notamment le porocarcinome eccrine . Nous rapportons l'aspect clinique et surtout dermoscopique du porocarcinome eccrine à localisation inhabituelle.

Observation :

Un homme âgé de 57ans, consultait pour un nodule indolore saignant au contact au centre d'une plaque brunâtre ancienne remontant à 30ans siégeant au niveau de la hanche. L'examen clinique montrait une plaque pigmentée à surface irrégulière centrée par un nodule érythémateux de 1,5cm érodé au centre saignant au contact siégeant au niveau de la hanche (figure1) .La dermoscopie de la plaque montrait un aspect cérébriforme avec des globules et une vascularisation en points et glomérulaire à distribution irrégulière (figure3) et au niveau du nodule on notait des crisallides , une vascularisation polymorphe entourée par endroit d'un halo rose, avec zone sans structure ovalaire rose blanchâtre et une pigmentation par endroit (figure 2).Le reste de l'examen somatique objectivait des adénopathies inguinales homolatérales. L'histologie a confirmé le diagnostic de porocarcinome eccrine sur un hidroacanthome simplex . Le bilan d'extension objectivait des métastases ganglionnaires inguinales. Le traitement consistant à l'exérèse de la tumeur à 2 cm associé à une radio-chimiothérapie concomitante.

Discussion :

Le procarcinome ecrrine (EPC) est une tumeur maligne dont la présentation clinique est polymorphe posant un problème du diagnostic différentiel notamment avec la kératose séborrhéique, le carcinome basocellulaire et le mélanome achromique comme c'était bien illustré par cette observation. La dermoscopie est une technique essentielle dans le diagnostic des tumeurs cutanées. Peu de cas d'EPC ont été rapportés en utilisant des images dermoscopiques , cependant celle-ci est riche permettant d'objectiver différents patrons dermoscopiques caractérisés par la présence d'une vascularisation polymorphe faite ; des vaisseaux linéaires irrégulières, en points , en l'épingles à cheveux ,avec un halo blanc à rose et une zone sans structure blanche à rose, comme le cas de notre patient. Cet aspect dermoscopique très polymorphe permet d'écarter les autres diagnostics et faire suspecter EPC qu'il faut confirmer par l'histologie. Risque d'une dissémination métastatique peut être observé dans 20% des cas, surtout ganglionnaires régionales, mais aussi viscérales . Le

traitement fait appel à la chirurgie au stade localisé avec des marges de 2cm . La chimiothérapie est peu efficace et réservée au stade métastatique dont le pronostic est sombre.

Conclusion :

Notre cas est particulier par son aspect clinique kératose séborrhéique -like , par la localisation inhabituelle et surtout par la richesse des signes dermoscopiques qui permettent de suspecter fortement le diagnostic .

Résumé :122

Les dermatoses perforantes: Une présentation dermoscopique captivante.

SORAYA AOUALI,ALOUANI IMANE,SOF KAOUTHAR,ZIZI NADA,DIKHAYE SIHAM
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Les dermatoses perforantes constituent un groupe d'affections cutanées papulo-nodulaires caractérisées par des bouchons kératosiques ou des croûtes dans lesquels une perforation ou une élimination transépidermique se produit. L'analyse dermoscopique peut apporter une aide au diagnostic du fait des aspects évocateurs que présente chaque entité de ce groupe de pathologies. Nous rapportons 3 cas de dermatoses perforantes à fin de mettre l'accent sur leur présentation dermoscopique.

Observation :

Observation 1: Un patient âgé de 19 ans, sans antécédents particuliers, avait consulté pour des lésions papulo-nodulaires très prurigineuses évoluant depuis 1 an. Au dermoscope, nous notions un fond érythémateux, avec présence d'une formation centrale blanc-jaunâtre arrondie entourée de sillons blancs à disposition étoilée, bordée par un halo hyperpigmenté. L'étude histologique était en faveur d'une folliculite perforante. Observation 2: Un patient âgé de 37 ans, sans antécédents pathologiques notables, avait consulté pour des lésions papulo-nodulaires ulcérées des coudes et des faces antérieures des 2 jambes. L'examen dermoscopique avait mis en évidence un fond blanc nacré avec un aspect en nid d'abeille convergeant vers le centre de la lésion, entouré d'un halo hyper-pigmenté. La biopsie était en faveur d'une collagénose perforante réactionnelle. Observation 3: Un patient âgé de 72 ans, diabétique et hypertendu, insuffisant rénal terminal sous hémodialyse depuis 9 mois avant son admission, qui s'était présenté avec des lésions papuleuses érythémateuses très prurigineuses à centre kératosique apparues dès sa première séance d'hémodialyse. L'analyse dermoscopique avait retrouvé 3 zones concentriques: une lésion kératosique jaune centrale arrondie ou ovalaire, entourée d'un sillon blanc brillant, avec un halo inflammatoire périphérique. La biopsie cutanée avait permis de retenir le diagnostic d'une maladie de Kyrle.

Discussion :

Les dermatoses perforantes ou les dermatoses par élimination trans-épidermiques constituent un groupe hétérogène caractérisé par l'élimination trans-épidermique de composants du derme. On distingue 4 types de dermatoses perforantes primitives: l'érythème serpigineux perforant, la collagénose perforante réactionnelle, la folliculite perforante et la maladie de

Kyrle. Leur présentation dermoscopique a fait l'objet de plusieurs publications récentes. La maladie de Kyrle se présente au dermoscope comme une croûte centrale entourée d'une zone grise sans structure bordée de stries brunâtres. L'aspect dermoscopique de la folliculite perforante a été décrit comme une lésion kératosique blanche centrale entourée par une zone sans structure et des striations brunes réticulaires. Quant à la collagénose perforante réactionnelle, elle se caractérise par une zone centrale jaune brune, un halo rose jaune périphérique avec la présence inconstante d'une vascularisation en épingle à cheveux. Nos observations comportent plusieurs similarités à celles décrites dans la littérature, et viennent non seulement confirmer quelques caractéristiques mais en ajouter d'autres aspects propres à ces maladies. Parmi les nouvelles présentations dermoscopiques retrouvées chez nos patients, nous soulignons la disposition saisissante en nid d'abeille retrouvée dans la collagénose perforante réactionnelle, l'aspect étoilé que dessinent les lésions de la folliculite perforante, ainsi que l'arrangement en 3 zones concentriques distinctes caractérisant la maladie de Kyrle.

Conclusion :

Les dermatoses perforantes sont des pathologies rares avec un diagnostic clinique difficile. les descriptions récentes des présentations dermoscopiques des différentes entités permet de suspecter ce spectre de maladies et offre un moyen diagnostic non invasif et fructueux.

Résumé :123

Mélasma : corrélation clinico-dermoscopique

SELMA EL KADIRI,Hanane Baybay ,Chaoui Rhizlane,Sara Elloudi,Fatima Zahra Mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le mélasma est une hypermélanose acquise caractérisée par des macules brunes hyperpigmentées de la face. La profondeur de pigment peut être détectée par l'examen clinique, à la lumière de wood et également par la dermoscopie. Objectif établir une corrélation entre la dermoscopie et la lumière de Wood des patients atteints de mélasma.

Matériels et méthodes :

Etude prospective analytique incluant tous les cas de mélasma ayant consulté à notre service sur une durée de 2 ans et demi (entre 2017 et 2019).Tous les cas de mélasma ont été classés à la lumière de Wood en épidermique, dermique et mixte. Toutes les images dermoscopiques ont été prises à l'aide du dermlite 4, mode lumière non polarisée et polarisée sans immersion.

Résultats :

Nous avions colligé 100 patients, 94 (94%) patients étaient des femmes et 6 (6%) patients étaient des hommes. La moyenne d'âge était de 37,1 ans. Le patron centro-facial était le plus fréquent (58%) suivi du patron malaire (35%), mandibulaire (4%) et labio-mentonnier (3%). La prise de contraste à la lumière de Wood était de type épidermique dans 55 % des cas, dermique dans 39% et mixte chez 6% des patients. L'analyse dermoscopique du mélasma a objectivé dans 45% des cas un pseudo-réseau homogène brunâtre classé comme épidermique ; 40% des patients avaient un pseudo réseau irrégulier gris bleuté classé comme dermique et 15% des patients avaient des caractéristiques à la fois épidermique et dermique. La corrélation entre la dermoscopie et la lumière de wood était de l'ordre de 70 %. (Tableau 1)

Discussion :

Quelques études ont élucidé la corrélation entre la dermoscopie et la lumière de Wood. Dans notre étude, la corrélation était de 70% légèrement supérieure aux études précédentes. 11% des patients avec un mélasma épidermique à la lumière de wood avait un patron dermique à l'analyse dermoscopique. Tandis que seuls 2% avaient une prise contraste dermique à la lumière de wood et un patron épidermique à la dermoscopie. Notre étude a permis de mettre en évidence la supériorité du dermoscope à l'analyse clinique par la lumière de wood et notamment dans la mise en évidence de la composante profonde du mélasma.

Conclusion :

La dermoscopie est un outil objectif pour la mise en évidence du niveau de profondeur du pigment permettant ainsi de guider le choix thérapeutique du praticien.

Résumé :124

Un drôle de tatouage

Samia Mrabat, Hanane Baybay,Zakia Douhi,Sara Elloudi,Fatima Zahra Mernissi
CHU Hassan II, Fès

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 une nouvelle observation.

Observation :

Une patiente de 22 ans, se disait victime il y a 06 ans d'un traumatisme de l'œil droit par un clou, compliqué d'infections oculaires à répétition ayant abouti à une énucléation de l'œil un an auparavant avec la mise en place d'une prothèse. Elle se présentait en consultation de dermatologie pour une pigmentation de la paupière supérieure et inférieure homolatérales évoluant depuis 06 ans, soit immédiatement après l'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, suite auquel elle 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. La dermoscopie est très utile montrant des points et globules pigmentés. 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.

Conclusion :

Le tatouage par poudre de canon est une cause de pigmentation iatrogène. La dermoscopie facilite le diagnostic surtout en absence d'une anamnèse contributive. 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.

Résumé :125

Utilité de la dermoscopie dans le diagnostic de la trichobactériose

SELMA El kadiri, Hanane Baybay, Chaoui Rhizlane, Sara Elloudi, Fatim Zahra Mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La trichobactériose est une infection superficielle asymptomatique causée par Corynebacterium tenuis. Nous en rapportons une nouvelle observation diagnostiquée à l'aide du dermoscope.

Observation :

Il s'agissait d'une patiente de 42, sans antécédents, présentait depuis 1 mois une bromohidrose axillaire associée à une hyperhidrose. L'examen clinique des régions axillaires n'a pas objectivé de lésions. Cependant, l'analyse dermoscopique a objectivé la présence de concrétions jaunâtres cireuses engainant les poils axillaires. La lumière de wood trouvait une prise de contraste de type vert pâle. La patiente a été mise sus acide fucidique 2% en crème pendant 3semainnes associé à un rasage axillaire avec bonne évolution clinique.

Discussion :

La trichobactériose fait partie du spectre des affections à Corynébactérium tenuis. Souvent asymptomatique, elle se manifeste par des petites concrétions jaunâtres parfois rouges ou noires adhérentes aux poils et respectant sa base. Les poils atteints ont un aspect terne, jaunâtre parfois même grisâtre. Les facteurs favorisants sont le manque d'hygiène, hypersudation et l'obésité. Le diagnostic repose sur la mise en évidence à la lumière de wood d'une fluorescence jaune pâle des poils infectés épargnant la peau en regard. La dermoscopie objective la présence de concrétions cireuses jaunâtres rarement rougeâtres engainant la tige du poil. Le diagnostic différentiel se pose avec les squames, les débris de déodorant, la piedra blanche et la pédiculose. Nous mettons en évidence l'utilité de la dermoscopie dans la différenciation des trichobactériose des autres affections (Tableau1) .

Conclusion :

L'entomodermoscopie revêt un intérêt puisqu'elle permet de différencier entre les affections mimant les pédiculoses et surseoir ainsi à d'autres examens complémentaires.

Résumé :126

Et si ce n'est pas un simple kyste trichilemmal ?

Ibtissam BENSLIMANE KAMAL, Kenza BALINE,Fouzia HALI,Mounia DIOURI,Farida MARNISSI,Soumya CHIHEB
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le kyste trichilemmal proliférant (KTP) est une tumeur annexielle bénigne peu fréquente, se développant à partir de la portion isthmique du follicule pileux. Il peut apparaitre de novo ou compliquer un kyste trichilemmal (KT) dans de rares cas. Nous rapportons un cas de KTP faisant suite à un KT.

Observation :

Une patiente de 83 ans suivie pour maladie d'alzheimer, consultait pour de multiples nodules du cuir chevelu remontant à plus de 30 ans dont l'un d'eux s'est modifié par l'augmentation de sa taille et l'apparition d'une ulcération en sa périphérie. La patiente rapportait aux antécédents des lésions nodulaires similaires au niveau du cuir chevelu chez ces 3 enfants. L'examen clinique objectivait 7 nodules du cuir chevelu fermes dont un mesurait 3cm et présentait une ulcération à sa périphérie. La biopsie exérèse avec une marge de 1 cm du nodule ulcéré, montrait la présence d'une kératinisation de type trichilemmale, de nombreuses atypies modérées, des mitoses non atypiques et peu nombreuses et enfin des remaniements calciques, concluant ainsi à un KTP. L'exérèse des autres nodules associés était en faveur de KT. LA TDM cérébrale et l'échographie cervicale étaient normales. Le diagnostic de KTP associée à des kystes trichilemmaux était retenu. Notre recul est de 11mois, la patiente ne présente pas de récidive locale ni de nouvelles lésions.

Discussion :

Les particularités de notre cas résident dans la rareté de la transformation du KT en un KTP mais aussi la présence d'un grand problème nosologique de cette entité avec le CE. En effet le KTP se manifeste cliniquement par un nodule ulcéré de grande taille qui peut coexister avec d'autres kystes trichilemmaux dont il diffère par l'augmentation progressive de taille et par l'ulcération, le cas de notre patiente. A première vue, le KTP peut donc ressembler à un carcinome épidermoïde (CE) ulcérovégétant, dont il se distingue à l'histologie par la présence par la présence d'une kératinisation de type trichilemmale et l'absence de précurseurs du CE à savoir les lésions précancéreuses intraépithéliales et la maladie de Bowen. Le traitement repose sur l'exérèse avec une marge latérale de 1 cm arrivant au périoste afin d'éviter le risque de récidives locales. Son évolution est lente et souvent bénigne. Plus rarement le KTP peut présenter un potentiel évolutif malin et donc progresser vers un KTP malin.

Conclusion :

L'élargissement d'un nodule du cuir chevelu de longue date doit faire recherche un KTP ou KTP malin. Ceci dit tout kyste du scalp doit être acheminé pour étude histologique.

Résumé :127

Argyrie localisée

Selma El Kadiri

Chaoui Rhizlane,Hanane Baybay ,Sara Elloudi ,Fatima ZahraMernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'argyrie est une dermatose rare due à l'exposition cutanée prolongée à l'argent. Elle peut être localisée ou généralisée. Nous rapportons une observation d'une argyrie localisée d'origine professionnelle causée par les caches de radiothérapie.

Observation :

Une patiente de 27 ans se présentait en consultation pour une pigmentation bleuâtre à grise, asymptomatique, localisée et péri-narinaire évoluant depuis 2 ans. Elle n'a pas signalé l'usage de décongestionnant nasal ni d'antiseptique ni de prise médicamenteuse précessive. Cliniquement, il s'agissait de macules bleuâtres bien limitées de la région péri-narinaire. La rhinoscopie n'a pas révélé de pigmentation grise endo-narinaire. La dermoscopie a également révélé des structures annulaires bleu-gris. L'étude histologique objectivait des dépôts de granules fins dans la membrane basale des glandes sudoripares eccrines et le long des fibres élastiques du derme superficiel. La patiente avait rapporté la manipulation mains nues des caches de radiothérapie contenant de l'argent. L'ensemble des données nous a conduit au diagnostic final d'argyrie professionnelle. Un traitement par laser q-switched a permis une atténuation de la pigmentation avec satisfaction de la patiente.

Discussion :

L'argyrie est une maladie rare causée par l'absorption chronique de produits à forte teneur en argent. La pigmentation de la peau est causée non seulement par des dépôts d'argent sous forme de sulfite ou de sélénite dans le derme, mais aussi, par la stimulation de la synthèse mélanique. L'argyrie localisée se présente sous forme de macules asymptomatiques gris ardoise ou bleues mimant des nævi bleus. La couleur bleu-gris à la dermoscopie est due à l'effet tyndall avec présence du pigment au niveau du derme profond. Tandis que les structures annulaires gris-bleu correspondent au dépôt de pigment autour des glandes eccrines. L'étude histologique montre une accumulation de granules brun-noir sans infiltrat inflammatoire ne prenant pas la coloration de perls. Les caches de radiothérapie contenant de l'étain qui est un alliage d'argent et de cuivre étaient incriminés chez notre malade. Le traitement repose sur le laser q-switched avec des résultats satisfaisants.

Conclusion :

Ce cas original illustre l'intérêt d'évoquer l'argyrie devant une pigmentation gris ardoise et rechercher la notion de manipulation de caches radio-opaques à mains nues afin d'alerter les professionnels de santé quant aux risques inhérents au non-respect des mesures de sécurité.

Résumé :128

Évaluation des connaissances des medecins generalistes sur la prise en charge des ulceres de jambe

Hazim Aburabie, Afaf Khouna, Hanane Daflaoui ,Siham Dikhaye,Nada Zizi,
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

L'ulcère de jambe est un problème de santé publique en termes de fréquence et de coûts. L'évaluation des connaissances des médecins généralistes concernant la prise en charge des ulcères de jambe est notre objective.

Matériels et méthodes :

Un formulaire de 19 questions était créé sur Google-Forms, partagé à travers les réseaux sociaux, contenant des renseignements sur les généralistes et leurs connaissances sur les bonnes pratiques dans la prise en charge des ulcères de jambe.

Résultats :

Quatre-vingt-deux généralistes ont répondu au questionnaire, avec un sexe ratio F/H de 1,27, dont 75,6% travaillent au secteur public. Leurs connaissances sont jugées insuffisantes pour 82,9%, alors que 91.5% trouvent des difficultés pour faire le diagnostic étiologique. On a pu également noter la détersion mécanique était la méthode de détersions la plus utilisée par les médecins interrogés. Le choix du pansement primaire représente une difficulté chez la plupart des médecins. Seulement 32,7% initient la cicatrisation dirigée et demandent immédiatement un bilan vasculaire avec échographie doppler veineux et artériel. La compression veineuse était prescrite dans 75.7%. En cas de non amélioration, la plupart des médecins adressent les patients aux dermatologues et chirurgiens vasculaires.

Discussion :

Cette étude observationnelle et transversale, souligne les difficultés rencontrées durant la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Etant donné que les médecins généralistes sont les premiers à soigner les malades avec ulcères de jambe, leurs méconnaissances, peuvent aggraver le pronostic fonctionnel, et augmenter le coût de prise en charge. Conscients de leurs difficultés, les généralistes interrogés étaient demandeurs d'un perfectionnement de leurs connaissances sur le sujet avec un pourcentage de 90.2%.

Conclusion :

Notre étude rejoint les données de la littérature concernant la qualité de la prise en charge des ulcères de jambe par les généralistes, ce qui implique l'importance des formations continues.

Résumé :129
Bleu de Méthylène et lumière rouge en dermatologie

Aicha Elharrouni Alaoui, Baybay Hanane,Bennani Mounia,Ziani Jihane ,Douhi Zakia,Elloudi Sara,Mernissi Fatima Zahra
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La thérapie photodynamique (PDT) est une modalité efficace pour les affections cutanées , le principe est basé sur la combinaison d'un photosensibilisant localisé dans le tissu cible et d'un éclairage par une source lumineuse entraînant la mort cellulaire. Dès les années 1930,le bleu de méthylène (BM) a été considéré comme un photosensibilisant pour la PDT ; initialement pour des pathologies infectieuses et inflammatoires puis pour des pathologies tumorales. Nous rapportons nos résultats concernant cette combinaison.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude prospective au service de dermatologie de Fès allant de Janvier 2018 à Janvier 2019, incluant tous les malades ayant reçu le traitement par PDT et le BM indépendamment de leur pathologie. Le Protocole(figure 1,2,3,4) utilisé était une source lumineuse rouge de diodes électroluminescentes (LED), longueur d'onde de 680 nm, d'énergie de 37 j/cm2 , durée d'exposition de 4 à 7 min, l'incubation de 15 min . Le BM était soit sous forme de solution topique de 2% soit en solution injectable de 2%, avec un rythme de 1 séance / 15 jours, pour toutes les pathologies, et la durée moyenne du suivi était de 6 mois. L'évaluation était retenue sur des critères clinico-dermoscopiques.

Résultats :

Nous avons colligé 11 patients avec un sexe ratio à 1,7. L'âge moyen était de 44,3. Les pathologies étaient à type de leishmaniose cutanée dans 3 cas, la maladie de Verneuil dans 3 cas, 2 cas de carcinome baso-cellulaires superficiels, 2 cas de chéilites actiniques et un cas d'escarre. L'évolution était favorable dans tous les cas(figure 5.6).Les effets secondaires étaient dominés par des douleurs modérées au moment de l'injection du BM.

Discussion :

La thérapie photodynamique est une technique de traitement basée sur une action concomitante de photosensibilisant (PS) et d'une lumière focalisée de longueur d'onde appropriée. Elle permet de cibler spécifiquement les tissus altérés et de les détruire. La source lumineuse utilisée peut être une lumière laser; les lampes à filament métallique halogène ; des diodes électroluminescentes. L'essentiel c'est que cette lumière ait une longueur d'onde adaptée au spectre d'absorption du PS, une pénétration suffisante dans les tissus. Le bleu de méthylène (BM) est un composé phénothiazinium capable d'induire des réactions de photosensibilisation sous excitation à 660 nm. Cette combinaison a été rapportée dans la littérature surtout dans les thérapies antimicrobiennes et récemment dans la thérapie photodynamique anti-cancéreuse comme le cas de nos patients. Les effets secondaires constatés dans notre série sont similaires à ceux constatés dans les cas publiés.

Conclusion :

La possibilité d'obtenir du bromure de méthyle et la possibilité d'utilisation de sources de lumière non laser fait de MB un sensibilisateur potentiel de PDT qui pourrait être utilisé chez

les populations mal desservies pour le traitement d'une variété de maladies infectieuses, inflammatoires et tumorales avec un résultat satisfaisant et une bonne tolérance.

Résumé :130

Candidose systémique compliquant un syndrome de LYELL

Soukaina SEKTAOUI, Zoubida MEHSAS,Karima SENOUCI,Leila BENZEKRI,Nadia ISMAILI,Badredine HASSAM
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le syndrome de LYELL est la forme la plus sévère des toxidermies, caractérisé par sa grande mortalité du fait de ses complications surtout infectieuses, nous rapportons le cas d'une candidose systémique survenue chez une patiente ayant un syndrome de Lyell.

Observation :

Patiente de 60 ans, sans ATCDS pathologiques, qui a présenté un syndrome de LYELL , 3 jours après la prise d'amoxicilline et d'aspirine . L'examen clinique retrouve des ulles flasques à contenu séreux reposant sur une base érythémateuse et des érosions post-bulleuses au niveau des creux axillaires, du siège et des fesses , du tronc, des aréoles mammaires, en péri ombilicale, le cou, en rétro-auriculaire, au niveau des membres supérieurs et inférieurs, lésions en pseudococardes au niveau du tronc, du dos, des hanches et des genoux et des membres inférieurs. La surface cutanée atteinte était à 60 % , le signe de Nikolsky était positif ,l'examen muqueux retrouvait une chéilite érosive et une conjonctivite bilatérale Traitement repose sur : Isolement dans une chambre stérile , douche quotidienne , port de casaque stérile , éosine aqueuse sur les lésions suintantes , et vaseline sur les croutes et surveillance de la fréquence cardiaque , la température et la tension artérielle . L'évolution a été marquée par : l'apparition d'une fièvre à 40 degré en plateau un bilan infectieux complet a été réalisé : une numération de la formule sanguine qui était normal une CRP élevée , des hémocultures aérobies anaérobies négatifs , un examen cytobactériologiques des urines stérile , une radio de poumon sans particularités , et une procalcitonine négatif . Nous avons alors réaliser des fungicultures , qui étaient positives à Candida tropicalis . La patiente a été mise sous Voriconazole 400 mg toutes les 12h par voie intraveineuse les premières 24 h puis 200 mg deux fois par jour par voie orale pendant 14 jours avec très bonne évolution , obtention de l'apyrexie avec des fungicultures de contrôle négatives

Discussion :

Au cours du syndrome de Lyell, le décollement épidermique et la mise à nue du derme favorisent la croissance d'un large spectre de micro-organismes , malgré l'isolement et la mise en place de pansements . Ces agents pathogènes diffusent par voie systémique et sont à l'origine de septicémies , dominées pour la plupart par les bactéries : Staphylococcus aureus et pseudomonas aeruginosa . Les candidémies compliquent très rarement la nécrolyse épidermique toxique, les facteurs de risque des candidémies sont : le recours à un cathéter veineux centrale, un cathéter artérielle, une sonde urinaire, une ventilation assistée, une nutrition parentérale prolongée , les âges extrêmes, l'immunodépression, et l'utilisation d'une antibiothérapie à spectre élargie. Aucun de ces facteurs n'a été retrouvé chez notre patiente.

Ce qui devrait nous inciter à réaliser des fungicultures devant une fièvre prolongée en plateau et en l'absence d'orientation étiologique chez les patients souffrant d'un syndrome de Lyell.

Conclusion :

Les candidoses systémiques sont responsable d'une mortalité de 40 à 60 % des cas, ce qui impose la rechercher d'une candidémie devant la persistance d'une fièvre au cours du syndrome de Lyell , en l'absence de stigmates cliniques ou biologiques d'une infection bactérienne.

Résumé :131

Caractéristiques cliniques et dermoscopiques du lymphangiome circonscrit vulvaire

SELMA EL KADIRI,Chaoui Rhizlane ,Sara Elloudi, Hanane Baybay ,Fatim Zahra Mernissi

CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Les lymphangiomes circonscrits vulvaires sont des malformations vasculaires rares affectant les vaisseaux lymphatiques du derme papillaire. Nous en rapportons une observation avec les caractéristiques clinico-histologiques à ajouter aux données limitées de la littérature.

Observation :

Une patiente de 32 ans présentait un prurit et un suintement vulvaire persistant depuis 5 ans traités initialement comme des condylomes vuvlaires sans amélioration . L'examen clinique révélait des lésions papulo-vésiculeuses multiples des deux lèvres dont certaines avaient une surface verruqueuse. Les aires ganglionnaires était libres. Elle ne rapportait pas d'antécédents chirurgicaux ni de radiothérapie ni d'infections sexuellement transmissible ou pelvienne. L'analyse dermoscopique a montré la présence de lagunes cernées par cercles blancs. Une étude histologique a objectivé la présence de vaisseaux dilatés dans le derme papilaire cernés d'une couche de cellules endothéliales à noyau allongé sans stigmates de dysplasie ou d'infection à Human papillomavirus en faveur d'un lymphangiome circonscrit vulvaire.La patiente a refusé un traitement par laser co2 et une attitude conservative a été préconisée.

Discussion :

Le lymphangiome circonscrit vulvaire est une entité rare avec moins d'une centaine d'observations dans la littérature. Ses étiologies sont diverses : iatrogène après une conisation ou irradiation pelvienne , une maladie de Crohn, un tuberculose génitale et une hidradénite suppurative . Il se présente le plus souvent par des lésions nodulaires , verruqueuses ou polypoides associées à un œdème vulvaire pouvant prêter à confusion avec des condylomes accuminés. Le patron dermoscopique le plus fréquent est fait de lagunes et de structures vasculaires. Le signe de l'hypopion et l'aspect blanc-jaunâtre des lagunes sont très caractéristiques du lymphangiome. L'étude histologique révèle la présence de vaisseaux lymphatiques dilatés dans le derme papillaire à apparence kystique avec des modifications inconstantes de l'épiderme à type d'acanthose et d'hyperkératose.La prise en charge des lymphangiomes circoncrits vulvaires est non standardisée avec de multiples options thérapeutiques à type de laser yag, cryothérapie , sclérothérapie et électrocoagulation. Le

traitement conservateur reste une meilleure option thérapeutique pour les cas asymptomatiques compte tenu du risque élevé de récidive.

Conclusion :

Le lymphangiome circonscrit vulvaire est une entité rare à envisager devant des lésions pseudo-condylomateuses réfractaires à un traitement médical et doivent inciter à réaliser une biopsie cutanée au moindre doute .

Résumé :132

Correction d'une cicatrice de trachéotomie par un lambeau du muscle stérno-cleido-mastoidien: à propos d'un cas

Ghita Cherkaoui Belmaati, Sara Lahsaini,Ayat allah Oufkir
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

La cicatrice déprimée de trachéotomie peut être esthétiquement inacceptable. Il existe plusieurs techniques de correction de ces cicatrices. Nous rapportons un cas de cicatrice déprimée de trachéotomie chez une femme de 35 ans traité chirurgicalement par un lambeau du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 35 ans, ayant bénéficié il y a 2 ans d'une trachéotomie de sauvetage secondaire à une détresse respiratoire par compression extrinsèque ganglionnaire (tuberculose ganglionnaire). Sa trachéotomie s'est compliquée d'une infection locale avec lyse du cartilage trachéale entrainant une dépression cutanée de 5 cm de grand axe bordé de 2 cicatrices en échelle de perroquet. Elle a bénéficié d'une correction par transposition musculaire vers la ligne médiane et suture des chefs sternaux des 2 muscles sterno-cléido-mastoïdiens comblant la dépression de la trachéotomie. l'évolution a été marquée par une hypertrophie cicatricielle pour laquelle la patiente a bénéficié de gel de silicone et de 3 injections intra cicatricielles de corticoïde.

Discussion :

La trachéotomie est une technique de sauvetage en cas de détresse respiratoire quelque soit son origine. elle présente plusieurs complications tardives dont les cicatrices déprimées qui sont difficiles à corriger. Les objectifs de la correction sont de combler la zone déprimée en permettant un glissement facile de la peau sur la trachée. Différentes techniques sont décrites: reprise de cicatrice, le lipofilling, les lambeaux cutanés locaux et les lambeaux musculaires. Parmi ces techniques et celle choisi pour notre patiente (puisqu'elle avait une peau coller aux gros vaisseaux) est le lambeau musculaire du sterno-cléido-mastoïdien (SCM) fractionnée conservant sa fonction avec incision cutanée transversale la moins visible.

Conclusion :

Les cicatrices déprimées post trachéotomie sont des cicatrices inacceptables par les patients avec un retentissement psychologique. Le lambeau du muscle sterno-cléido-mastoïdien reste une technique qui peut être utilisée en toute sécurité et qui donne des résultats satisfaisants du point de vue fonctionnel et esthétique.

Résumé :133

Dermatofibromes eruptifs multiples chez un patient immunocompetant

Farah Marraha, Ibtissam Al Faker ,Soukaina Kabbou ,Rimani Mouna , Salim Gallouj
CHU Tanger

Introduction :

Les dermatofibromes (DF) ou histiocytofibromes sont des tumeurs cutanées bénignes fréquentes, le plus souvent localisées aux membres inférieurs chez des femmes jeunes ou d'âge moyen. Les dermatofibromes éruptifs multiples (DFME) sont une manifestation rare du dermatofibrome et se définissent par un nombre élevé de DF d'apparition rapide. Nous rapportons un nouveau cas de dermatofibromes multiples éruptifs évoluant sur plusieurs années.

Observation :

Mr ABELILLAH A. âgé de 52 ans consulte pour des multiples maculo-papules généralisées à tout le corps à l'exception des extrémités et du visage. Il n'avait ni des antécédents médicaux ou familiaux spécifiques ni des cas similaires dans la famille. Le début de la symptomatologie remonte à 10 ans par l'apparition d'une petite papule au niveau des avant-bras puis l'évolution a été marquée par une augmentation des lésions en nombre et en taille. L'examen clinique révélait des multiples lésions maculeuses et papuleuses (nombres plus que 1000) ; ferme indolore de couleur brunâtre de 2 à 10 mm de diamètre généralisée par endroit, épargnant le visage et les extrémités. L'examen dermoscopique montrait un réseau de pigmentation réticulaire avec des mailles régulières, lignes fines et des hypopigmentations multifocales . Le reste de l'examen était sans particularité. Une biopsie d'une lésion mettait une évidence une prolifération tumorale dermique avec l'association des faisceaux de collagènes. Les examens biologiques étaient sans particularités. La sérologie VIH et le bilan immunologique étaient négatifs. Le diagnostic du dermatofibromes multiples éruptifs sans aucune anomalie associé a été retenu.

Discussion :

Le dermatofibrome (DF), a été initialement décrit par Woringer et al en 1932. C'est une tumeur qui apparaît chez l'adulte avec une légère prédominance féminine. Sa taille est souvent inférieure à 3 cm, localisée sur les jambes, moins fréquemment sur le tronc ou les bras d'adultes jeunes. Les DF multiples éruptifs (DFME) sont définis par le développement de plus de cinq lésions sur une période de moins de quatre mois. La pathogénie du dermatofibrome reste incertaine, mais plusieurs auteurs suggèrent qu'elle peut être secondaire à une réaction inflammatoire auto-immune défectueuse ou à une prédisposition génétique. Plusieurs études publiées décrivaient l'association du DF multiples éruptifs (DFME) avec les maladies auto-immunes ou une immunosuppression. Cependant, pour notre patient, aucune maladie auto-immune ou autre n'a été retrouvée. Le malade ne prenait aucun traitement immunosuppresseur et il n'avait aucun cas similaire dans la famille. L'évolution de sa maladie a été marquée par une extension plutôt qu'une régression des lésions.

Conclusion :

Les DFME sont rares et les DFME chez des adultes en bonne santé sont exceptionnelles. Nous rapportons une présentation particulière dans laquelle ni l'immunodépression ni la

prédisposition génétique ne semble jouer un rôle majeure. D'autres facteurs viraux ont été suspectés, mais jamais identifiés à ce jour.

Résumé :134

Dermatomyosite paranéoplasique et carcinome hépatocellulaire: une association rare

Ibtissam BENSLIMANE KAMAL, Kenza BALINE,Sabrine RABBA,Fouzia HALI,Soumiya CHIHEB
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Nous décrivons une association rare entre une DM paranéoplasique et un carcinome hépatocellulaire (CHC).

Observation :

Homme de 61 ans, ayant des antécédents de vitiligo et d'hépatite virale B (HVB) compliquée par un CHC. Il a présenté cinq mois plus tard, un œdème, une faiblesse musculaire et un prurit intense. Cliniquement le patient était en mauvais état général et présentait un érythrœdème lilacé des paupières, un érythème du décolleté et des mains, un aspect poïkilodermique diffus au corps, le signe de la manucure était positif avec à la dermoscopie péri-unguéal des mégacapillaires. Le testing musculaire était affaibli aux membres supérieurs et inférieurs. Il n'y avait pas d'ulcérations cutanées ni de troubles digestifs ou respiratoires. Les LDH étaient élevés, la CPK normale, la sérologie HVB était positive et l'électromyogramme révélait un syndrome myogène. Le diagnostic de DM paranéoplasique a été retenu. Une corticothérapie à la dose de 1 mg / kg / jour était indiquée ainsi qu'une chimiothérapie mais n'a pu être administrée compte tenu de l'état général du patient qui était altéré. L'évolution était bonne avec la disparition des signes cutanés et musculaires. Notre recul est de 6mois de traitement.

Discussion :

La DM paranéoplasique est fréquemment associée aux hémopathies malignes, aux néoplasies ORL, pulmonaires, gynécologiques, de la prostate, urétrale et gastrique. Son traitement repose principalement sur le traitement de la néoplasie sous-jacente. Dans des revues de la littérature récemment publiées relatant des cas de DM associée à un CHC sur HVB seulement 6 cas similaires au notre sont rapportés. Cette entité de DM a fait l'objet de réflexions chez certains auteurs qui ont postulés deux hypothèses : la DM suit l'infection virale hépatique (B ou C) et non à la néoplasie, ou bien la DM est liée directement au CHC ayant fait suite à l'infection virale.

Conclusion :

Notre cas relate une dermatomyosite autant que manifestation extra-hépatique d'un CHC faisant suite à une HVB, une association rarement décrite dans la littérature.

Résumé :135

Dermatoses bulleuses : Expérience du service de Dermatologie du CHU d'Oujda

Sara Bouabdella, Kaouthar sof,Afaf khouna,Nada zizi,Siham Dikhaye
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Les dermatoses bulleuses constituent un groupe hétérogène de maladies à la fois très diverses, peu fréquentes et de pronostic variable. Leur diagnostic est souvent tardif pouvant altérer la qualité de vie et engager le pronostic vital du patient. L'objectif de notre étude est de déterminer le profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif de ces dermatoses.

Matériels et méthodes :

Nous avons analysé rétrospectivement tous les cas de dermatoses bulleuses recueillis au service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda entre février 2014 et juin 2019.

Résultats :

Il s'agissait de 53 patients d'âge moyen de 57ans avec des extrêmes allant de 17 ans à 96 ans. Le sexe ratio était de 1. Dix patients avaient le diabète comme antécédent et six étaient hypertendus. Aucun des patients n'avait un cas similaire dans la famille. La moyenne de durée d'évolution était de 13 mois avec des extrêmes allant de 2 semaines à 15 ans. On note 38 cas de pemphigus, 8 cas de pemphigoide, 2 cas de dermatite herpétiforme et 2 cas d'érythème polymorphe bulleux. L'origine infectieuse a été retrouvée chez 2 patients avec 1 cas d'impétigo bulleux, 1 cas de pyodermite staphylococcique. On note également un cas de bullose post brulûre. Les premiers symptômes étaient cutanés chez 66% des patients et muqueux chez 34%. Dix-sept patients avaient un signe de Nikolsky positif et la surface cutanée moyenne était de 27%, allant de 1% à 95%. Les bulles étaient présentes chez 50 patients dont 78% étaient flasques et 22% tendues. Trente patients présentaient une atteinte muqueuse. Les lésions étaient prurigineuses chez 68% des patients et seulement 7 patients présentaient une fièvre. Le cytodiagnostic de tzank a montré des signes de surinfection herpétique chez 10% des patients. La biopsie cutanée et l'ELISA ont été réalisées chez tous les patients. L'IFD et l'IFI ont été réalisées chez 7 patients seulement. La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 semaines avec des extrêmes allant de 6 jours à 5 mois. L'évolution s'est faite vers la cicatrisation complète chez 60% des patients et il y a eu 12 décès dont 11 pemphigus et 1 pemphigoide.

Discussion :

Les dermatoses bulleuses sont des pathologies peu fréquentes. Elles peuvent être d'origine auto-immune, infectieuse, traumatique ou inflammatoire. Leur diagnostic se base sur l'aspect clinique des lésions, l'histologie et l'immunologie. L'examen en immunofluorescence directe (IFD) d'une biopsie en peau péri lésionnelle reste la référence en matière de diagnostic. Cependant en raison de son coût élevé et de la non disponibilité, cet examen complémentaire n'a été réalisé que chez 7 patients dans notre service. Dans notre série, la durée moyenne d'évolution dépasse une année avec un taux de décès de 22%. La pemphigoide bulleuse, retrouvée chez 16 % de nos patients, est la plus fréquente des dermatoses bulleuses auto-immunes dans la littérature. Or, le pemphigus prédomine dans notre série. Il touche

habituellement des sujets entre 40 et 60 ans, sans prédominance de sexe, ce qui rejoint les résultats de notre étude. Il existe des gènes de susceptibilité responsables d'une prévalence plus élevée dans certaines populations comme chez les Juifs ashkénazes et au Japon, le folgo selvagem au Brésil et en Colombie, et le pemphigus tunisien et du Maghreb. Le diagnostic de dermatite herpétiforme a été posé chez deux de nos patients. Elle est due à des auto-anticorps anti-transglutaminase épidermiques et s'associe quasi constamment à une entéropathie au gluten, comme c'est le cas chez un patient sur deux dans notre série. L'érythème polymorphe bulleux, retrouvé chez deux de nos patients, survient le plus souvent après un herpès récurrent et se caractérise par des lésions cutanées éruptives en « cocardes » parfois difficile à différencier des autres dermatoses bulleuses auto-immunes.

Conclusion :

Les causes de dermatoses bulleuses sont multiples et leur diagnostic est parfois difficile. Il repose sur la clinique, l'histologie et l'immunopathologie. Leurs mécanismes lésionnels sont maintenant mieux connus et ont permis des avancées thérapeutiques importantes.

Résumé :136

Dermatoses les plus fréquentes à ATAR : Résultats d'une caravane médicale maroco-mauritanienne au profit des habitants de la ville d'ATAR

Hasna AIT EL HADJ, Bendaoud Layla,Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Amal Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

La région d'ATAR est située à 450 kilomètres au nord de Nouakchott, la capitale mauritanienne. La région ne possède pas de médecins dermatologues. Nous rapportons les dermatoses rencontrées lors d'une caravane médicale maroco-mauritanienne au profit des habitants de la ville mauritanienne d'Atar.

Matériels et méthodes :

Lors d'une caravane médicale multidisciplinaire maroco-mauritanienne organisée à ATAR du 8 au 13 avril 2019, une équipe médicale multidisciplinaire a dispensé des consultations au profit des malades de la région, essentiellement en dermatologie, en ophtalmologie, en cardiologie, en gynécologie, en chirurgie générale, en urologie, en neurologie, en pédiatrie, et en stomatologie. Nous rapportons les dermatoses les plus fréquemment rencontrées lors de cette caravane médicale.

Résultats :

Quatre cent cinquante consultants ont été vus en consultation de dermatologie. L'âge moyen était de 27 ans, avec une prédominance féminine (66%) et l'âge jeune des patients 49.5% des cas. La pathologie infectieuse au premier plan 80% des cas, avec en tête de liste les infections mycosique 60% représentées essentiellement par les teignes chez l'enfant et les dermatophyties chez l'adulte. La pathologie bactérienne 14% des cas, puis les infections virales 6% des cas. À la seconde place on trouve l'acné et les troubles pigmentaires (55%) chez les femmes jeunes secondaires à l'utilisation des produits cosmétiques dépigmentant. Les troubles de la kératinisation et les dermatoses allergiques représentent 29% des cas. La pathologie inflammatoire 23% des cas, la pathologie tumorale 7% des cas, et en dernier la pathologie auto-immune 6% des cas.

Discussion :

Les dermatoses infectieuses sont fréquentes en Afrique compte tenu des conditions de pauvreté, d'hygiène et de l'environnement tropical. Elles constituent un motif fréquent de consultation, suivies de l'acné et troubles pigmentaires secondaires à l'utilisent des produits dépigmentant à visée cosmétique. Cette utilisation est connue depuis une quarantaine d'années en Afrique de l'Ouest et du Sud. Elle a maintenant gagné toute l'Afrique urbaine et les communautés africaines des pays occidentaux, elle concernait près de 67% de la population féminine, avec comme impact un poids économique estimé à 19 % des revenus des utilisatrices. Les effets secondaires cutanés de la dépigmentation volontaire sont pour la plupart liés à l'utilisation de dermocorticoïdes puissants (propionate de clobétasol) et d'hydroquinone.

Conclusion :

Les résultats de la consultation de la caravane médicale ont permis de recenser les dermatoses les plus souvent rencontrées à Atar. Elles étaient dominées par les infections mycosiques, surtout les teignes chez l'enfant, et les complications de la dépigmentation volontaire, qui appellent à la mise en œuvre de projets de recherche clinique et épidémiologique ainsi que de programmes d'information du grand public.

Résumé :137

Efficacité de la lumière intense pulsée sur la microstomie chez les patients atteints de sclérodermie systémique: Expérience du CHU de Casablanca

Ibtissam BENSLIMANE KAMAL, Fouzia HALI,Hayat SKALLI,Bouchra BAGHAD,Kenza BALINE ,Soumiya CHIHEB
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Les systèmes à lumière intense pulsée (IPL) sont caractérisés par une énergie lumineuse polychromatique, non cohérente, émise à différentes longueurs d'onde et qui cible des chromophores spécifiques. La sclérodermie systémique (ScS) est une maladie auto-immune et inflammatoire relativement fréquente dans notre contexte. Au visage, elle entraîne un rétrécissement de l'orifice buccal qui s'entoure de rides entrainant une altération importante de la qualité de vie (QDV).

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective incluant les patients atteints d'une sclérodermie systémique avec une diminution de l'ouverture buccale. Le traitement était réalisé avec l'appareil Ellipse Selective Waveband Technology (SWT) de Ellipse A / S Hørsholm, Danemark. Nous avons utilisé l'applicateur VL (550 nm) en mode télangiectasies. Les doses ont été ajustées en fonction du type de peau et de la pigmentation. La zone traitée était la région péri-orale. Protocole proposé était de 6 séances avec un intervalle de quatre semaines. La distance inter-incisale a été mesurée en millimètres (mm) avant et après la fin des 6 séances. Une évaluation de la QDV avant et après les séances d'IPL a été réalisée. Cette étude a été menée

conformément aux principes énoncés dans la Déclaration d'Helsinki et aux directives éthiques locales.

Résultats :

L'étude a été menée auprès de 6 patients dont 2 se sont retirés au cours de l'étude. Tous nos patients étaient de sexe féminin. La durée moyenne de l'évolution de la maladie était de7,12±6,83 ans. La moyenne du score de Rodnan était de 9,75±0,96. La moyenne de gain de la distance inter-incisale était de 9,5±2,38 mm. La moyenne du score de la QDV avant et après le traitement par IPL était respectivement de 8,75±2,22 et 5±1,63. La QDV était moyennement altéré avant l'IPL chez 3 des 4 patients traités. L'interprétation du score DLQI après les séances d'IPL a objectivé une amélioration un faible retentissement de la microstomie traitée sur la QDV chez 3 des 4 patients. Le contrôle à 3 mois de la dernière séance n'a pas encore été réalisé.

Discussion :

Les résultats obtenus dans cette étude concordent avec ceux de la littérature. L'utilisation des propriétés de L'IPL dans la région péribuccale au cours de la ScS suggère un effet d'assouplissement de la peau avec une nette amélioration de l'ouverture buccale aboutissant à une amélioration de la QDV après le traitement. Un suivi à 3 mois et à 6 mois sera réalisé.

Conclusion :

Ces résultats encourageants devraient ouvrir la porte à des travaux similaires à plus grande envergure moyennant une taille d'échantillon plus large.

Résumé :138

Enquête épidémiologique sur les pathologies dermatologiques au sein de la cité universitaire de Marrakech

Kenza Kandri Rody, Elaattoul Najat,Hocar Ouafa,Amal Said,
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Fondée dans les années 80, la cité universitaire de Marrakech accueille chaque année des centaines d'étudiants provenant de différentes régions du Maroc voire de diverses nationalités, en offrant une capacité d'hébergement de 3168 lits réservés aux étudiants inscrits dans les différents établissements de l'Université Cadi Ayyad de Marrakech. Le but de notre étude est de décrire les diverses affections dermatologiques présentées par les étudiants au sein de la cité universitaire de Marrakech.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée à travers une caravane médicale organisée sur une semaine au profit des étudiants de la cité universitaire Amerchich – Dawdiyat de Marrakech. Il s'agit en l'occurrence d'effectuer des consultations médicales, d'informer et de sensibiliser les étudiants aux maladies sexuellement transmissibles. Afin de rapprocher l'accès aux soins aux étudiants notamment étrangers à la ville et ainsi accueillir le maximum d'étudiants, la caravane a été installée au sein de la cité.

Résultats :

Quatre cent soixante étudiants s'étaient présentés à notre caravane pour consultation soit 14,5 % des étudiants de la cité. L'âge moyen était de 21 ans avec une légère prédominance féminine. Les dermatoses inflammatoires étaient les plus rencontrées, retrouvées chez 38% des cas, avec une prédominance de l'acné notée dans 17% des cas. Les autres dermatoses inflammatoires étaient : l'eczéma de contact dans 9% des cas, le psoriasis dans 7% des cas, l'urticaire dans 4% des cas et la rosacée dans 2% des cas. Les dermatoses infectieuses étaient retrouvées chez 32 % des cas, dominées par les épidermomycoses dans 16% des cas, la gale chez 6% et les infections génitales dans 6% des cas à type d'urétrites et de verrues génitales. La pathologie capillaire a été rapportée chez 25% des étudiants, dominée par la chute de cheveux par carence martiale et l'alopécie androgénogénetique. Aucun cas de pathologie maligne n'a été rapporté. La durée d'évolution moyenne était de 11 mois, dans 70% cas après intégration de la cité. Un bas niveau socio-économique était noté chez 68 % des étudiants. Les étudiants présentant des affections dermatologiques chroniques sont toujours suivis à la consultation dermatologique au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Discussion :

L'état de santé des étudiants est peu étudié. Nos résultats soulignent la forte morbidité des pathologies dermatologiques dans cette population. Ceci serait favorisé par plusieurs facteurs ; ainsi la fréquence de l'acné pourrait être liée à l'âge jeune des étudiants et la fréquence de l'urticaire et le psoriasis probablement aux conditions stressantes des études. Quant aux dermatoses infectieuses, elles seraient expliquées par le surpeuplement des chambres (4 étudiants par chambre), les mauvaises conditions d'hygiène (douches communes) et le bas niveau socio économique. La durée d'évolution était longue probablement suite à un défaut de temps et de moyens chez les étudiants.

Conclusion :

Malgré la bénignité des pathologies cutanées rencontrées, l'instauration d'une consultation médicale régulière et le renforcement des mesures d'hygiène pourront contribuer à la réduction de cette morbidité.

Résumé :139

Evaluation de la qualité de vie et de la comorbidité psychiatrique chez 45 patients atteints de prurigo nodulaire

Yasmine Slimani, Fatima-Zohra El Fatoiki,Hayat Dahbi Skalli,Fouzia Hali ,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le prurigo nodulaire est une dermatose inflammatoire chronique caractérisée par un prurit sévère et des papulo-nodules excoriés secondaires au grattage. Bien que bégnine, cette dermatose altère grandement la qualité de vie, avec des conséquences psychologiques et sociales parfois considérables. Le but de cette étude était d'évaluer la qualité de vie et les comorbidités psychiatriques des patients atteints de prurigo nodulaire.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective de type descriptive incluant les patients de tout âge atteints de prurigo nodulaire, sélectionnés au cours des hospitalisations et des consultations de dermatologie au centre hospitalier Ibn Rochd. Les données recueillies comprenaient les données démographiques, les comorbidités, les caractéristiques cliniques du prurigo nodulaire ainsi que l'indice de qualité de vie en dermatologie (Dermatology Life Quality Index [DLQI]).

Résultats :

Nous avons recruté 45 patients atteints de prurigo nodulaire sur une période de 2 ans, avec des extrêmes d'âge de 11 à 82 ans. Le prurit était coté à 8,3/10 en moyenne. Le score moyen du DLQI était de 17/30. C'est la dimension esthétique en lien avec le problème de peau qui était la plus touchée. Nous avons retrouvé une association entre l'intensité du prurit et l'altération de la qualité de vie des patients. Par ailleurs, une comorbidité psychiatrique a été retrouvée chez nos patients, à type de dépression (42%), anxiété (23%) et idées suicidaires (7%, incluant notre plus jeune patient).

Discussion :

Le prurigo nodulaire est caractérisé par un prurit sévère et des lésions affichantes. Il s'associe à un fort retentissement sur la qualité de vie, lié à un préjudice esthétique ainsi qu'à un impact négatif sur les activités du quotidien et sur le sommeil. Par ailleurs, une souffrance psychologique a été retrouvée chez certains de nos patients. Celle-ci peut être la cause ou la conséquence du prurigo nodulaire, et mérite dans tous les cas d'être prise en charge. Nous avons d'ailleurs proposé une approche psychanalytique chez 3 de nos patients, avec des résultats encourageants.

Conclusion :

Le prurigo nodulaire est une pathologie bégnine, mais qui altère grandement la qualité de vie des patients. Une évaluation et un accompagnement psychologiques méritent d'être proposés chez tout patient souffrant d'un prurigo nodulaire, en plus des moyens pharmacologiques et de la photothérapie.

Résumé :140

Hamartome comedonien a debut tardif chez un patient suivi pour anemie de biermer

Hasna Azendour, Mariame Meziane,Nadia Ismaili,Karima Senouci,Badreddine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

L'hamartome comédonien est un hamartome folliculaire rare. Il correspond à un groupe de follicules pileux dilatés, de quelques millimètres de diamètre, remplis de kératine jaune-brun ressemblant à des comédons que l'on exprime facilement. Sa physiopathologie est mal connue. Il peut être congénital ou apparaître dans l'enfance, le plus souvent vers l'âge de 10 ans. Les formes à début tardif sont exceptionnelles. Il peut être isolé ou plus rarement s'intégrer dans le cadre du syndrome de l'hamartome comédonien. L'association à d'autres pathologies acquises n'a jamais été rapportée.

Observation :

Nous rapportons l'observation d'un patient de 47 ans, suivi depuis 2001 pour une anémie de Biermer sous injections mensuelles de vitamine B12, qui a présenté depuis 10 ans des lésions comédoniennes et kystiques du visage, regroupées en pavé, formant des placards grossièrement arrondis sur une peau sous-jacente hyperpigmentée. Les examens neurologique, musculo-squelettique et ophtalmologique ont été normaux. L'étude histologique a objectivé des formations kystiques délimitées par une bordure malpighienne stratifiée sans atypies. Le contenu des kystes a été fait d'un empilement de lamelles de kératine, sans remaniements de la paroi kystique. L'examen dermoscopique a trouvé des aires sans structures, de nuances allant du blanc laiteux au gris, en passant par le jaune et le marron, sur un pseudo-réseau interfolliculaire brun hétérogène respectant les ostiums folliculaires. Aucun bouchon de kératine n'a été remarqué. Le diagnostic d'hamartome comédonien a été retenu. Un nettoyage des lésions a été proposé, avec surveillance annuelle des lésions vu le risque de dégénérescence, quoiqu'il reste minime.

Discussion :

Le cas présenté dans cette observation est particulier par l'âge de début tardif, par l'aspect clinique inédit où les comédons ouverts sont absents, et par la survenue quelques années après la révélation d'une anémie de Biermer. A notre connaissance, c'est le premier cas de la littérature rapportant cette association. L'hamartome comédonien peut être rarement associé à des malformations congénitales, constituant alors le syndrome de l'hamartome comédonien dont les manifestations les plus fréquentes sont la cataracte, le spina bifida, un retard mental et une scoliose. La physiopathologie de l'hamartome comédonien est mal connue. Une mutation du gène NEK9 impliqué dans la régulation du cycle cellulaire a été identifiée. Cette mutation peut être transmise de manière autosomique dominante, ou survenir de novo. Quoique des hamartomes comédoniens non associés à cette mutation sont possibles, laissant l'hypothèse d'un autre mécanisme physiopathologique possible. Le début tardif inhabituel de l'hamartome comédonien, et la chronologie par rapport à la révélation de l'anémie de Biermer laissent suspecter un lien entre les 2 entités chez notre patient.

Conclusion :

Nous rapportons un cas d'hamartome comédonien à début tardif, en association à une anémie de Biermer. D'autres cas doivent être rapportés pour affirmer ce lien, et proposer par conséquent une explication physiopathologique.

Résumé :141

Hématome disséquant du membre inférieur chez une greffée du rein

Meriem El mansouri, El fatoiki Fatimazahra ,Sekkali Hayat ,Hali Fouzia,Chiheb Soumiya
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

L'hématome disséquant est un décollement sous-cutané profond avec une collection de sang constituée rapidement et sous pression entre la peau et le fascia des muscles. Ils sont fréquents mais peu rapportés dans la littérature. Il existe une difficulté diagnostique devant la présence de signes cliniques aspécifiques et la méconnaissance de cette pathologie.

Observation :

Patiente de 57 ans, greffée du rien depuis 1999 avec notion de rejet chronique , ayant comme antécédents : deux épisodes de fasciite nécrosante des membres inférieurs , traités chirurgicalement. La malade était hospitalisée en unité de greffe pour insuffisance surrénalienne jugulée par hydrocortisone (60mg/j). Elle avait présenté une installation brutale et rapidement évolutive d'un placard érythémato-echymotique du membre inférieur droit, chaud, surmonté de phlyctènes troubles avec une diminution de la sensibilité ,avec un aspect echymotique du membre controlatéral.Devant ce tableau on avait évoqué une fasciite nécrosante, la malade avait bénéficié d' une prise en charge chirurgicale immédiate qui avait objectivée la présence de multiples hématomes cutanés diffus, en contact de la graisse sans saignement actif, avec fascia intact, donc le diagnostique était celui d'un hématome disséquant débutant dans son stade fermé. Les suite post opératoires étaient simples.

Discussion :

L'hématome disséquant est une complication grave et souvent négligée. Il survient le plus souvent sur les membres inférieurs des sujets âgés, présentant une fragilité cutanée liée à la dermatoporose physiologique ou iatrogène (corticothérapie). Au stade de début, Il est souvent confondu avec un épisode d'érysipèle. Par ailleurs, sa prise en charge doit être la plus précoce possible et est principalement chirurgicale avec évacuation de l'hématome et détersion des tissus nécrosés. Sa prévention repose sur l'adaptation posologique des traitements anticoagulants, la prévention du risque de chute du sujet âgé et la limitation, dans la mesure du possible, des facteurs aggravant la dermatoporose tel une corticothérapie au long court.

Conclusion :

L'hématome disséquant est une entité fréquente, mais peu évoquée. Son évolution est bénigne quand il est diagnostiqué précocement, .

Résumé :142

Hidradenome a localisation atypique imitant un lipome

Farah Marraha, Ibtissam al faker, soukaina kabbou , rimani mouna ,salim gallouj
CHU Tanger

Introduction :

L'hidradénome nodulaire est une tumeur annexielle bénigne rare, à différentiation sudorale, siégeant habituellement au niveau de la tête, du cou et des extrémités. Le diagnostic de l'hidradénome est souvent difficile en raison de la non spécificité de la présentation clinique et histologique; une corrélation clinico-anatomopathologique est toujours nécessaire. Nous rapportons un cas d'hidradénome à localisation atypique abdominale simulant un lipome.

Observation :

Mme Fatna M. âgée de 51 ans, opérée pour occlusion intestinale et fibrome, présente depuis 2 ans un nodule sous cutané abdominal, asymptomatique évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen trouve un nodule sous cutané de 2,5 cm de grand axe au niveau de la fosse iliaque gauche, indolore, induré, mobile par rapport au plan

profond, avec la peau en regard un peu violacée. Le reste de l'examen était sans particularité. La dermoscopie était non spécifique. Devant cet aspect, les diagnostics de lipome ou de neurofibrome sous cutané ont été évoqués et une biopsie exérèse de la lésion a été réalisée objectivant une prolifération pseudokystique dermique, avec présence de quelques cellules claires et des limites d'exérèse saines en faveur d'hidradénome.

Discussion :

L'hidradénome est une tumeur peu fréquente d'origine annexielle, se développant aux dépens des glandes sudorales. Il se différencie en eccrine ou apocrine. Il représente 1 % des tumeurs cutanées primitives. Il est plus fréquent chez la femme avec un âge moyen entre 30 et 40 ans. Cliniquement, il s'agit d'un nodule solitaire se développant au niveau dermique ou hypodermique, sans signes cliniques spécifiques, le plus souvent asymptomatique, de taille variable (moins de 5 mm jusqu'à 10 cm). La peau en regard est de coloration variable. La lésion peut s'ulcérer, donnant ainsi un liquide clair ou hémorragique. Plusieurs localisations ont été rapportées pour l'hidradénome les plus fréquentes sont thoraciques, suivie par cervico-faciales et quelques cas de localisations plantaires. Mais à notre connaissance et jusqu'à ce jour aucun cas d'hidradénome à localisation abdominale n'a été décrit. Le diagnostic histopathologique est difficile, en raison des signes cliniques variés et la prévalence variable des différentes composantes. La forme à cellules claires est la plus fréquente. Elle se manifeste histologiquement par une cavité kystique bordée d'un épithélium avec stroma hyalinisé et des cellules polygonales, à cytoplasme clair. La chirurgie reste le traitement de premier choix, avec un risque de récidive de 12% et un risque de transformation maligne en hidradénocarcinome de 1 à 2%.

Conclusion :

L'hidradénome est une tumeur annexielle peu commune, caractérisée par sa localisation et sa présentation clinique et histologique non spécifique, nécessitant toujours une corrélation clinico-anatomopathologique pour le diagnostic. L'exérèse chirurgicale est la règle en raison du risque de transformation maligne avec un suivi régulier.

Résumé :143

Histiocytose langerhansienne cutanée imitant un prurigo nodulaire

Hassna Khaldi, El Alaoui Mariam,Boukis Fatima,Amal Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

L'histiocytose langerhansienne est une maladie rare d'étiologie inconnue impliquant la prolifération clonale de cellules dendritiques dans divers tissus. L'incidence de cette pathologie chez l'adulte est d'environ 1-2 cas par million avec un âge moyen de 33 ans. L'histiocytose langerhansienne cutanée peut imiter les dermatoses courantes et peut facilement être mal diagnostiquée. Les lésions typiques décrites sont papuleuses, de couleur rose jaune et sont souvent squameuses.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 37 ans qui présentait une éruption intensément prurigineuse évoluant par poussées depuis 14 ans qui touchait principalement les membres et

le visage. L'éruption était particulièrement prononcée en période de stress psychologique et n'avait pas répondu aux antihistaminiques ni aux corticoïdes topiques intermittents ni aux séances de photothérapie UVB. L'examen avait révélé au niveau des membres de multiples nodules fermes, de 1 à 1,5 cm de diamètre de couleur chair, évoquant un prurigo nodulaire. Des nodules dermiques monomorphes plus petits étaient également évidents, en particulier au niveau du bas du visage. Le tronc, les paumes des mains, les plantes des pieds ainsi que les muqueuses, le cuir chevelu et les plis flexions n'étaient pas atteints et l'examen des aires ganglionnaires ne révélait aucune anomalie. L'étude anatomopathologique d'une lésion nodulaire avait révélé un infiltrat dense d'histiocytes dans le derme superficiel et moyen, avec à l'étude immunohistochimique un marquage positif par la protéine S-100 et CD1a, confirmant le diagnostic d'histiocytose langerhansienne. La microscopie électronique n'avait pas été réalisée. D'autres investigations étaient réalisées à la recherche d'une atteinte systémique notamment une numération formule sanguine, un profil biochimique, une radiographie du squelette, une radiographie pulmonaire ainsi qu'une échographie abdominale mais n'avaient pas révélé d'anomalies. Un traitement par thalidomide avait été entrepris mais n'était pas poursuivi du fait du manque de moyens de la patiente. La patiente reste sous suivi médical régulier.

Discussion :

L'atteinte d'un seul système par l'histiocytose langerhansienne se produit dans 24 à 51% des séries rapportées, la peau étant l'organe le plus souvent impliqué après les os. Dans la littérature les nodules cutanés ont été rapportés uniquement dans 3 cas chez les adultes et avaient été associés à un prurit dans une seule publication. Les nodules prurigineux inhabituels observés chez notre patiente sembleraient être le résultat de frottements répétés de papules prurigineuses sur des sites accessibles, menant à une hypertrophie.

Conclusion :

Ainsi notre patiente présente une histiocytose langerhansienne cutanée imitant un prurigo nodulaire, mais étant donné que chez l'adulte cette pathologie peut être évolutive, il est recommandé de réaliser un suivi dermatologique au long cours.

Résumé :144

Ichtyose noire : une nouvelle observation

Sofia ABOUDAR, Said AMAL,Nadia AKHDARI,Ouafa HOCAR
CHU Mohammed V, Marrakech

Intrduction :

L'ichtyose noire ou encore appelée ichtyose récessive liée à l'X, touche principalement l'homme, en rapport avec des mutations du gène codant pour la stéroide sulfatase. Elle associe une atteinte cutanée caractéristique d'hyperkératose généralisée d'aspect sale et des atteintes extra cutanées multiples. Son traitement est symptomatique basé sur les kératolytiques locaux et les rétinoides par voie générale qui améliorent l'hyperkératose et la tolérance à la chaleur.

Observation :

: Nous avons reçu au staff hebdomadaire du service de dermatologie du centre hospitalier Mohamed VI de Marrakech , un enfant de 2 ans de sexe masculin adressé par un collègue dermatologue de ville, chez qui la grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans incidents, mais qui avait présenté une desquamation fine à la naissance puis ensuite

l'apparition à l'âge de 6 mois d'une hyperkératose noire du tronc et des membres épargnant le visage. A l'examen, il présentait des squames de grandes tailles noires adhérentes donnant un aspect sale à la peau, sans kératodermie palmoplantaire. Il présentait une cryptorchidie gauche. Un examen ophtalmologique systématique a été fait qui est revenu normal. Nous l'avons initialement mis sous kératolytiques locaux mais devant la réponse partielle à ce traitement nous avons décidé de le mettre sous acitrétine par voie générale à la dose de 0.5mg/kg/j. La tolérance du traitement est bonne, l'enfant s'est nettement amélioré sous traitement général avec une diminution importante de l'hyperkératose noirâtre, qui était à l'origine d'une gêne esthétique importante ressentie par les parents.

Discussion :

: L'ichtyose liée à l'X est relativement fréquente (1/2000) et atteint les sujets de sexe masculin. Elle ne débute jamais par un tableau de bébé collodion mais habituellement par une fine desquamation à la naissance suivie d'une phase d'amélioration puis vers trois ou quatre mois, d'une aggravation avec apparition de squames de grande taille, brun foncé, du tronc et des membres et d'une hyperkératose de la face d'extension des articulations aboutissant au tableau d'« ichtyose noire ». Sur le cou, l'hyperkératose est responsable d'un aspect « sale » souvent mal vécu par les patients. Les faces latérales du visage peuvent être atteintes, les régions palmoplantaires sont habituellement épargnées ; enfin, l'atteinte des grands plis est inconstante. À ces signes cutanés s'associent des opacités cornéennes caractéristiques sans retentissement sur la vision, une cryptorchidie dans 25 % des cas et un risque d'accouchement pathologique (travail et/ou délivrance prolongés). L'histologie est non spécifique. L'électrophorèse des lipoprotéines sériques met en évidence une augmentation de la motilité des β et pré-β lipoprotéines. Le gène en cause code pour une stéroïde sulfatase responsable de l'hydrolyse du cholestérol sulfate. Son déficit entraîne une modification du ciment intercellulaire et un retard de l'élimination des squames.Le traitement fait appel aux moyens locaux : hydratation, kératolytiques, rétinoides locaux et à des traitements systémiques réservés à des formes sévères tels que les rétinoides qui nécessitent une surveillance étroite chez l'enfant notamment sa croissance.

Conclusion :

L'ichtyose noire a une présentation clinique assez typique, parfois impressionnante, sa prise en charge est symptomatique sans oublier l'importance du conseil génétique et de la prise en charge psychologique de l'enfant et ses parents.

Résumé :145

Impact de la photo protection sur les taux de la vitamine D

EL AMRAOUI Mohamed, Ilyass ANOUAR,Meryem KHALIDI,Rachid FRIKH,Naoufal HJIRA,Mohammed BOUI
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

Les dermatologues défendent bien l'intérêt et les bienfaits de la photo protection dans la prévention du vieillissement et des cancers cutanés et dans la prise en charge des dermatoses photosensibles et photo aggravées. Cependant plusieurs confrères endocrinologues,

rhumatologues et internistes incriminent cette photo protection dans les taux bas observés de la vitamine D. L'objectif de notre étude était de confirmer ou d'infirmer ce lien présumé.

Matériels et méthodes :

Etude prospective, descriptive et analytique, menée sur une durée de cinq mois (Janvier-Mai 2019), au sein de service de dermatologie de l'Hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat. Selon une fiche d'exploitation comportant l'âge, le sexe, le motif de consultation, la photo protection et son type (vestimentaire ou médicamenteuse), le taux de la vitamine D, le bilan phosphocalcique, les éventuelles prises médicamenteuses, la présence d'une éventuelle malnutrition ou malabsorption. Ont été exclus de notre étude, les patients ayant des anomalies du bilan phosphocalcique, une prise médicamenteuse interférant avec le métabolisme de la vitamine D, une malnutrition et/ou une malabsorption. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 13.0.

Résultats :

32 cas ont été validés et inclus, dont 25 femmes (78,1%) et 7 hommes (21,9%), l'âge variait entre 13 et 65 ans avec un âge moyen de 41,4+-14 ans. Les principaux motifs de consultations étaient les alopécies et l'acné. 17 (53,1%) patients avaient une photo protection. Les taux de la vitamine D variaient entre 3 et 66 ng/ml avec une médiane de 14,5 [9-20,75] ng/ml, 10 (31%) patients avaient une carence (<10 ng/ml) et 16 (50%) avaient des taux insuffisants (10-30 ng/ml).

Discussion :

Notre étude montre la fréquence des hypovitaminoses D (81%) dans notre contexte et d'ou l'intérêt de la supplementation des patients insuffisant et/ou en carence, en effet la vitamine D et le calcium jouerait des rôles importants dans la physiopathologie de nombreuses dermatoses et la correction des taux de la vitamine D pourrait améliorer ces dermatoses. L'analyse statistique montre qu'il existe une différence statistiquement significative des taux de la vitamine D des patients avec et sans photo protection (p value : 0,006), cependant il n'existe pas de différence statistiquement significative des taux de la vitamine D entre les femmes et les hommes (p value : 0,075)

Conclusion :

La photo protection a un impact négatif sur les taux de la vitamine D, cette dimension doit être prise en considération dans la prise en charge des dermatoses qui requièrent particulièrement une photo protection.

Résumé :146

KPP ponctuée héréditaire et mélanome unguéal

Wafaa Bahtaoui, Kenza Baline,Fouzia Hali,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La kératodermie palmoplantaire (KPP) ponctuée de Buschke- Fischer-Brauer (KPP-BFB) est une génodermatose rare. Une possible association avec des néoplasies a été évoquée. Nous présentons un cas associé à un mélanome unguéal.

Observation :

Patient de 86 ans, présente une KPP depuis l'âge de 30 ans. L'interrogatoire révèle une KPP familiale chez ses 10 fils ainsi que sa fratrie et son père, avec une consanguinité familiale importante. Il n'y avait pas d'antécédents familiaux de cancers. L'examen clinique a objectivé de multiples lésions kératosiques papuleuses de couleur jaune brune avec dépression centrale, localisées au niveau palmo-plantaire. La taille des papules varient de 1 à 3mm. Ce patient a consulté pour un nodule pigmenté du gros orteil gauche détruisant la tablette unguéale. L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic de mélanome unguéal qui a bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire adaptée en RCP. Concernant sa KPP ponctuée héréditaire, aucun traitement n'a été proposé vu que le patient n'a pas rapporté de gêne.

Discussion :

Le diagnostic de KPP ponctuée héréditaire a été retenu chez notre patient devant l'aspect clinique et le caractère familial évoquant une transmission autosomique dominante. Une association avec des cancers a été suggérée par certains auteurs. Chez notre malade, la KPP ponctuée héréditaire a été associée au mélanome unguéal, mais il n'y avait pas d'antécédents carcinologiques dans la famille. La signification de cette association devra donc être précisée par des travaux ultérieurs.

Conclusion :

La signification de l' association KPP héréditaire et mélanome mérite d'autre travaux pour la confirmer ou l'infirmer

Résumé :147

L intérêt de la thérapie par pression négative (VAC) dans le traitement de l ulcère du pied : à propos de 3 cas et revue de la littérature

Sara Lahsaini, Cherkaoui Iblmaati
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Depuis quelques années, Le système Vacuum Assisted Closure (VAC) s'installe dans les établissements hospitaliers. Il a permis une amélioration considérable dans la prise en charge des plaies chroniques

Matériels et méthodes :

Nous avons analysé rétrospectivement trois cas des patients présentant un ulcère du pied sur ischémie critique ayant bénéficié de la pose d'un VAC entre mai 2019 et juillet 2019.

Résultats :

Il s'agit de deux hommes et une femme avec un âge moyen de 64 ans. Tous les patients étaient diabétiques, et les deux hommes étaient porteurs d'une hypertension artérielle. Dans tous les cas il s'agissait d'un trouble trophique sur ischémie critique, représenté par un ulcère artériel du pied. La surface moyenne de la plaie était de 60 cm2. Dans les trois cas, la plaie était infectée nécrotique, il existait un écoulement purulent au niveau de la lésion et une élévation des paramètres infectieux au bilan biologique. Tous les patients avaient bénéficié d'un geste de revascularisation antérieur et un parage chirurgical avant la pose du VAC. La durée moyenne de pose du VAC était de 11 jours Un bourgeonnement était obtenu dans un délai de 9 jours, et l évolution était favorable dans les 3 cas.

Discussion :

Vacuum-Assisted Closure (VAC) est un concept relativement récent, ces mécanismes d'action semble se faire à plusieurs niveaux : l'élimination du liquide interstitiel en excès, diminuant l'œdème tissulaire et activant les facteurs de croissance impliqués dans le processus de cicatrisation, ainsi que Le VAC joue également un rôle sur la néoangiogenèse, la diminue de la charge bactérienne. Toutefois il ne faut pas minimiser l importance des gestes de revascularisation, la qualité des parages et la gestion des facteurs de risque vasculaire

Conclusion :

Dans notre expérience, le VAC semble faciliter la cicatrisation des ulcères du pied, et ainsi la reprise de l'activité ambulatoire et la récupération d'un bon niveau d'autonomie.

Résumé :148

Le mois de Ramadan affecte-t-il l'observance des traitements locaux en dermatologie chez les patients musulmans ?

Jihane EL ALAMI, Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Amal Said,
CHU Mohamed VI, Marrakech

Introduction :

Le mois de Ramadan est un des cinq piliers de l'Islam. Il impose entre autre aux musulmans de jeûner du lever au coucher du soleil. Les personnes atteintes de maladies physiques ou mentales en sont dispensées. Malgré ces exemptions, la volonté de jeûner des patients entraîne des problèmes d'observance pour les traitements systémiques. Qu'en est-il des traitements locaux ?

Matériels et méthodes :

Etude observationnelle monocentrique réalisée au CHU de Marrakech à travers un questionnaire traduit en arabe dialectal, sur un échantillon de 150 patients musulmans en âge et capacité de jeûner et dont la pathologie nécessitait un traitement local.

Résultats :

Cinquante-neuf hommes et 91 femmes ont été interrogés. 48% des motifs de consultation étaient représentés par le psoriasis, les onychomycoses, l'eczéma, l'acné et les mycoses cutanées. Parmi les répondeurs, 92% affirmaient qu'utiliser un traitement par crème n'interférait pas avec le jeûne et 88% répondaient que même dans le cas contraire, ils accepteraient de l'appliquer s'il y avait prescription. Les infiltrations locales étaient jugées incompatibles avec le jeûne par 12%. Les produits cosmétiques étaient à éviter pendant cette période pour 22% car jugés "embellissant". Tous les répondeurs étaient d'avis que l'usage de dermocorticoïdes et d'antifongiques locaux était toléré et nécessaire. Les solutions filmogènes étaient incompatibles avec la pratique des ablutions pour 38%. La photothérapie ne semblait poser de problème à aucun des répondeurs.

Discussion :

L'importance du mois de Ramadan et du jeûne dans les pays musulmans a conduit à adapter les protocoles thérapeutiques par voix systémique. Pour les traitements topiques, très peu de données sur les opinions et pratiques des patients sont disponibles. Une étude réalisée en 2012 sur 100 patients musulmans vivants en Angleterre montre que plus d'un tiers n'utiliserait pas de traitement topique durant cette période et un autre tiers admet que si ce traitement pouvait rompre leur jeûne, il ne l'appliquerait pas. Par ailleurs 22,6% estimait également que la photothérapie était à bannir durant ce mois. Ces avis étaient essentiellement retrouvés chez les patients musulmans vivant en Angleterre mais nés dans un autre pays. Ces chiffres sont très éloignés de ceux de notre étude. Ceci est peut-être dû à un meilleur accès à l'information dans un pays musulman où ce genre de questions est régulièrement traité. Certains pays occidentaux tentent de palier à ces difficultés en publiant des fiches d'informations.

Conclusion :

Alors qu'il est observé par des milliards de personnes à travers le monde, le mois de Ramadan génère un vrai défi de gestion thérapeutique pour de nombreux médecins. Malgré certaines croyances, les traitements locaux n'interfèrent pas avec l'observance du jeûne. Mieux comprendre les comportements actuels permettrait aux dermatologues de mieux encadrer leurs patients.

Résumé :149

le traitement chirurgical du carcinome basocellulaire du canthus interne étendu aux deux paupières: à propos de deux cas

Ghita Cherkaoui Belmaati, Sara Lahsaini ,Ayat Allah Oufkir
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

La reconstruction des paupières doit aboutir à la protection du globe, mais également à la restauration du champ visuel et de l'esthétique du visage. Après exérèse carcinologique du carcinome basocellulaire (CBC) du canthus interne étendu aux 2 paupières cette reconstruction est complexe. Nous illustrons cette difficulté à travers 2 cas cliniques

Observation :

Cas 1:Il s'agit d'une patiente âgée de 70 ans, ayant comme antécédent la notion d'exposition solaire. Présentant un CBC nodulaire du canthus interne gauche de 5 cm de grand axe étendu aux 1/4 interne des 2 paupières, à la racine du nez et la partie haute du sillon naso-génien, sans lyse osseuse ni extension endo-orbitaire. La patiente a bénéficié dans un 1er temps d'une exérèse carcinologique avec des limites histologiques saines, puis d'une reconstruction par un lambeau frontal et un lambeau d'avancement jugal. L'évolution a été marqué par une bonne cicatrisation. Une retouche était faite pour ouverture de la fente palpébrale.Cas2:C'est une patiente de 89 ans ,admise pour une 2éme récidive d'un CBC nodulaire de 5 cm de grand axe du canthus interne gauche. L'exérèse carcinologique a emporté le 1/3 interne du sourcille, la moitié de la paupière supérieur, les 2/3 de la paupière inférieur, la région sous orbitaire, l'appareil lacrymal et la graisse intra orbitaire interne. La reconstruction a fait appel à l'utilisation de 2 greffons fibro-muqueux, un lambeau mustardé pour la paupière inférieure et région sous orbitaire et un lambeau frontal oblique bilobé pour le reste. L'évolution a été marqué par une nécrose partielle motivant une réalisation d'un avancement de ce dernier. La patiente a bénéficié d'une retouche secondaire consistant en un dégraissage du lambeau.

Discussion :

Les CBC sont majoritairement localisés sur la face et plus particulièrement autour de ses orifices pour les plus agressifs. Leur traitement de référence en première intention est chirurgical. Les CBC étendue du canthus interne causent un problème de reconstruction après exérèse carcinologique: les 2 paupières sont sacrifiées et la reconstruction fait appel aux lambeaux locorégionaux dont le résultat fonctionnel est imparfait (nos 2 cas ont une limitation d'ouverture palpébrale). Le but de cette reconstruction est de restaurer tous les éléments anatomiques amputés de façon à pouvoir protéger le globe oculaire. Les auteurs exposent plusieurs techniques dont les plus employées et fiables sont: la reconstruction par 2 lambeaux cutanés: un lambeau temporo-jugal de Mustardé sur greffon fibro-muqueux pour la reconstitution de la paupière inférieure, et un lambeau frontal pour la paupière supérieure.

Conclusion :

Les CBC du canthus interne étendu à la partie médiale des paupières et la région adjacente du nez causent un véritable problème de reconstruction ,nécessitant parfois plusieurs reprises chirurgicales avec un résultat esthétique et fonctionnel imparfait.

Résumé :150

Les dermatoses associées aux dysthyroïdies : à propos d'une série de 77 cas

Mohamed EL AMRAOUI, Naoufal HJIRA,Mohammed BOUI,
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

Le bilan thyroïdien est d'un très grand recours en pratique quotidienne dermatologique, certaines anomalies cutanéo-muqueuses et phanériènnes peuvent être révélatrices de certaines dysthyroïdies sans oublier les associations entre certaines dermatoses et certaines dysthyroïdies. Le but de notre étude est de mettre en évidence les dermatoses fréquemment associées aux dysthyroïdies et de tenter de chercher une éventuelle corrélation entre ces associations.

Matériels et méthodes :

Etude prospective, descriptive, menée sur une durée de six mois (Décembre 2018-Mai 2019), au sein de service de dermatologie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V de rabat, ayant colligé les patients consultant avec des anomalies du bilan thyroïdien.

Résultats :

77 cas ont été colligés, dont 62 femmes (80%) et 15 hommes (20%), l'âge des patients variait entre 11 ans et 70 ans avec une moyenne de 32 ans. Les dermatoses associées étaient : alopécies : 29 cas (Efflovium télogène : 11 cas, pelade : 10 cas, alopécie androgèno-génétique :5 cas et alopécie frontale fibrosante :3cas), dermatoses inflammatoires :28 cas (Vitiligo :8cas, acné : 6cas, Rosacée : 5cas, lichen :5cas et psoriasis :4cas), dermatoses immuno-allergiques :15 cas (prurit chronique :6cas, urticaire chronique : 5cas et prurigo :4 cas), connectivites : 3 cas (lupus :un cas, morphée :un cas et PEOMS syndrome :un cas) et dermatoses bulleuses auto-immunes : 2 cas (pemphigoïde bulleuse :un cas et dermatite herpétiforme un cas). Les dysthyroïdies enregistrées étaient : thyroïdite auto-immune de Hashimoto : 55 cas, goitre : 9 cas, maladie de Basedow : 8 cas et nodules thyroïdiens : 5 cas. Les prises en charge thérapeutiques étaient : abstention et surveillance : 36 cas, traitement hormonal substitutif : 29 cas, antithyroïdiens de synthèse : 8 cas et traitement chirurgical : 4 cas.

Discussion :

Notre étude montre l'âge relativement jeune de survenue et la prédominance féminine. Les principales dermatoses associées aux dysthyroïdies sont les alopécies, les dermatoses inflammatoires et immuno-allergiques. La thyroïdite auto-immune d'Hashimoto est la dysthyroïdie la plus fréquente. L'abstention thérapeutique et la surveillance suivie par l'hormonothérapie substitutive sont les principales modalités thérapeutiques. Notre étude montre suggère également que les alopécies et les dermatoses immun allergiques sont souvent associées a des dysthyroïdies simples (thyroïdites auto-immunes souvent en euthyroïdie), les connectivites et les dermatoses bulleuses auto-immunes sont souvent associées à des dysthyroïdies en hypo ou en hyperthyroïdie alors que les dermatoses inflammatoires sont dans la zone intermédiaire.

Conclusion :

Notre étude montre l'intérêt particulier du bilan thyroïdien devant toute dermatose fréquemment associée, l'intérêt de la prise en charge de la dysthyroïdie dans la rémission de la dermatose et l'intérêt de l'étroite collaboration dermatologue-endocrinologue.

Résumé :151

Les manifestations cutanées associées aux gammapathies monoclonales: A propos de septs observations

EL FAQYR Iyda, Layla Bendaouad,Nadia Akhdari,Said Amal,Ouafa Hocar
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Les gammapathies monoclonales (GM) sont fréquentes. Les auteurs estiment la prévalence des gammapathies monoclonales de signification indéterminée (MGUS) à 3,2

% chez les sujets de plus de 50 ans. La peau est un organe cible fréquemment atteint. L'atteinte cutanée peut être inaugurale, voire isolée, comme elle peut être discrète, au second plan d'un tableau systémique. En cas de manifestations cliniques évocatrices, l'immunoglobuline monoclonale doit être recherchée avec obstination.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective colligeant sept patients ayant des lésions cutanées et une gammapathie monoclonale, suivis au service de dermatologie-vénérologie du CHU Mohamed VI de Marrakech. Période: entre juin 2015 et juin 2019.

Résultats :

Nous rapportons sept patients dont cinq femmes et deux hommes, l'âge moyen était de 58 ans, avec des extrêmes allant de 28 à 74 ans. Deux patientes étaient suivies pour une polyarthrite rhumatoïde, une patiente pour un psoriasis, un patient avait un pemphigus profond et une patiente était suivie pour névrose sous anxiolytiques. Chez tous les patients les signes dermatologiques ont révélé la gammapathie monoclonale, il s'agissait de xanthélasma dans deux cas, une urticaire fixe à localisation périarticulaire dans un cas, un purpura vasculaire dans un cas, un pyoderma gangrenosum dans un cas, purpura ecchymotique palpébral révélant une amylose cutanée dans un cas et un cas de pemphigoide bulleuse. L'électrophorèse et l'immunoélectrophorèse des protéines sériques ont révélé une GM à IgA chez 4 patients, à IgG chez 2 patients et un seul cas de GM à IgM. Le reste du bilan étiologique (radiographies, myélogramme, biopsie ostéomédullaire, dosage pondéral des immunoglobulines) a montré qu'il s'agissait de myélome multiple chez 3 patients, une maladie de Waldenstrom chez 1 patiente, une maladie coeliaque chez une patiente, une MGUS chez 2 patients. La prise en charge était multidisciplinaire faisant intervenir dermatologue, rhumatologue, hématolgiste et interniste.

Discussion :

La GM est une affection caractérisée par la prolifération clonale et l'accumulation de plasmocytes producteurs d'immunoglobulines. Les manifestations cutanées associées aux GM sont très variées. Elles peuvent être spécifiques, secondaires à des infiltrats plasmocytaires, à des dépôts directs d'immunoglobulines entières à différents niveaux de la peau ou encore à des dépôts de chaines d'immunoglobulines, comme elles peuvent être non spécifiques, à type de vascularite leucocytoclasique, les dermatoses neutrophiliques: le pyoderma gangrenosum, le syndrome de Sweet, la pustulose sous cornée, l'urticaire neutrophilique et l'erythema elevatum diutinum, s'associent à une GM à IgA sans pour autant qu'un lien physiopatholgique soit établi. Xanthomes: notamment le xanthome plan et le xanthogranulome nécrobiotique en absence de dyslipidémie. Mucinoses, deux tableaux principaux: les mucinoses papuleuses localisées ou sclérœmyxœdème et le sclérœdème de Buschke. Cutis laxa acquise: associe une fièvre, un syndrome inflammatoire et une éruption cutanée (pseudo-érythème polymorphe), s'associe à une maladie auto-immune ou une dysglobulinémie monoclonale. L'œdème angioneurotique acquis: débute après l'âge de 40 ans sans contexte familial, associe œdèmes segmentaires essentiellement, surtout localisés aux extrémités et au visage

Conclusion :

S'il est parfois difficile d'affirmer le lien physiopathologique e entre les signes dermatologiques et la gammapathie monoclonale, celle-ci doit néanmoins faire l'objet d'une recherche obstinée face à des manifestations cliniques évocatrices.

Résumé :152

Lichen plan éruptif révélateur d'une récidive d'un kyste hydatique du foie

Youness Elkhachine, Ihssane Hallab, Boudhas Adil, Abdessamad Sakkah,Jalal Elbenaye
Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès

Introduction :

Le lichen plan est une dermatose qui survienne préférentiellement chez l'adulte d'âge moyen. Même si son association aux hépatopathies soit largement documentée, elle reste un sujet de controverse avec des résultats discordants en fonction des études. Nous rapportons un cas particulier d'un lichen plan éruptif ayant révélé une récidive d'un kyste hydatique du foie.

Observation :

Un patient de 54 ans, opéré pour un kyste hydatique du foie il y a 3 ans, présente depuis 15 jours, une éruption cutanée diffuse prurigineuse faite de papules polygonales squameuses, violines, brillantes à jours frisant, intéressant le tronc, les membres supérieurs et inférieurs. Les muqueuses étaient respectées et le reste de l'examen clinique était sans particularité. Le diagnostic de lichen plan a été évoqué et confirmé par une étude histologique. Le bilan biologique a objectivé la présence d'une hyperéosinophilie à 600/mm3. Devant ce tableau clinique et biologique, nous avons réalisé une échographie hépatique complétée par une tomodensitométrie abdominale. Cette dernière a révélé la présence d'un kyste hydatique type 3 de Gharbi. Le diagnostic a été confirmé par la positivité de la sérologie hydatique. L'évolution était favorable sous dermocorticoïdes. Le patient n'a pas manifesté de récidives après prise en charge médicochirurgicale avec un recul de trois ans.

Discussion :

Le lichen plan est une dermatose fréquente d'étiologie inconnue. Son association à une hépatopathie a été largement controversée. Les données concernant l'association avec une parasitose sont encore plus rares, d'où l'intérêt de notre observation. En effet, il s'agit d'une manifestation cutanée non spécifique mais jamais décrite, de l'infection par l'Echinococcus granulosus. Il s'agit à notre connaissance du premier cas rapporté d'un lichen plan éruptif révélateur de cette infection. Cette découverte nous a permis de faire le diagnostic précoce d'une situation clinique susceptible de complications très graves et parfois mortelles. Ceci pourrait en plus alerter sur la nécessité d'un bilan étiologique minimal devant chaque cas de lichen éruptif.

Conclusion :

Le lichen plan reste une dermatose mystérieuse d'étiologie inconnue, qui fait intervenir des mécanismes immunologiques non encore bien élucidés. Des études approfondies et à larges échelles sont encore nécessaires pour une meilleur compréhension des mécanismes physiopathologies et une large connaissance de l'éventail des comorbiditées qui pourraient être associées.

Résumé :153

Lichen plan pigmentogène et maladies auto-immunes : à propos d'une étude cas – témoins

Selma EL KADIRI,Hanane Bay Bay,Chaoui Rhizlane,sara elloudi,fatima zahra mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le lichen plan pigmentogène (LPP) est une variante rare du LP cutané. Objectif du travail : étudier la prévalence des maladies auto-immunes chez les patients atteints de LPP.

Matériels et méthodes :

Étude cas-témoin uni centrique avec un recueil prospectif de données incluant tous les cas de LPP confirmés histologiquement ayant consulté à notre service sur une durée de 2 ans et demi (entre 2017 et 2019).

Résultats :

Nous avons colligé 35 patients avec LPP suivis dans notre service et 35 patients témoins appariés par l'âge et le sexe atteints de dermatose autre que LPP. Chez les cas , : la moyenne d'âge est de 42 ans ; le sex-ratio H/F de 0,3. Le prurit était rapporté par 69% des patients. Le LPP en nappes est le type d'atteinte cutanée le plus fréquent 80%. Les joues et le front étaient les topographies les plus fréquemment touchées. Le fond brun à l'analyse dermoscopique était présent dans 66,5% des cas. La distribution des globules et des points en patron réticulaire complet était le patron le plus fréquemment retrouvé chez nos patients 66,5%. Les mélanophages et l'incontinence pigmentaire étaient présents à l'étude histologique de tous nos patients (tableau1). La prévalence des maladies auto-immunes était supérieure chez les cas (40%) par rapport au groupe témoin (3%) avec une différence statistiquement significative (tableau 2). 4 patients étaient diabétiques et 4 patients avaient une thyroïdite d'hashimoto (tableau 3).

Discussion :

Notre étude est la première à l'échelle marocaine visant à rechercher les maladies auto-immunes associées au LPP. Nos résultats épidémio-cliniques corroborent ceux décrits au Japon, en Inde, au Kuwait et en Tunisie. Nous rapportons une association significative du LPP aux maladies auto-immunes (40% de nos cas). Dans notre étude, le diabète était fréquemment associé (28,5%) au LPP comme dans l'étude de Youssef et al . La thyroïdite d'Hashimoto a été retrouvé chez 4 cas ce qui consolide les données publiées concernant les dysthyroidies et LPP. Nos résultats suggèrent qu'un processus immunologique commun pourrait intervenir dans la genèse du LPP chez les patients présentant des affections auto-immunes et inversement.

Conclusion :

L'association entre le LPP et les maladies auto-immunes nous amène à conclure que la prise en charge des patients atteints de LPP doit être multidisciplinaire et insister sur le dépistage des maladies auto-immunes. Toutefois, d'autres études supplémentaires sont nécessaires afin d'élucider les mécanismes exacts de ces associations.

Résumé :154

Maladie de Riga-Fede : une nouvelle observation

Yasmine Slimani
Fatima-Zohra El Fatoiki,Hayat Dahbi Skalli,Fouzia Hali,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La maladie de Riga-Fede est une affection bénigne rare. Elle correspond à une ulcération bénigne persistante de la muqueuse buccale. Nous en rapportons un cas.

Observation :

Une femme de 30 ans, qui portait un appareil orthodontique depuis 8 ans dont elle négligeait l'hygiène consultait pour une lésion douloureuse de la face muqueuse de la lèvre inférieure apparue une semaine auparavant, gênant l'alimentation et saignant au contact. L'inspection retrouvait une ulcération de la face muqueuse de la lèvre inférieure, mesurant 3 cm de diamètre, bien limitée, jaunâtre, non douloureuse, à bords fibrineux. Elle se situait en regard des 2 incisives inférieures. Il n'existait pas d'induration. Il n'y avait pas d'autre anomalie muqueuse ou cutanée. La patiente a bénéficié d'une exérèse de la lésion. L'analyse histologique de la biopsie montrait une hyperplasie papillomateuse sans signe de malignité. Le diagnostic de maladie de Riga-Fede a été posé. La patiente a été prise en charge en médecine dentaire pour ablation de l'appareil dentaire et meulage superficiel des incisives centrales inférieures.

Discussion :

L'intérêt de notre observation réside dans la rareté de la maladie de Riga-Fede, dont moins de 30 cas ont été rapportés dans la littérature. La présentation clinique est relativement stéréotypée. L'ulcération est unique, profonde, bien limitée, couverte d'un enduit fibrineux grisâtre adhérent. Même si la pathogénie de la maladie de Riga-Fede est souvent discutée, elle est liée au traumatisme dentaire. Le traitement est fondé sur le lissage ou le meulage du bord incisif tranchant ou mise en place d'une résine protectrice. En cas d'inefficacité du traitement conservateur, l'extraction des incisives a été proposée comme solution de dernier recours.

Conclusion :

La maladie de Riga-Fede est une lésion peu fréquente, bénigne et autolimitée de la muqueuse buccale. Elle peut simuler cliniquement un cancer. II est important de reconnaître cette lésion pour proposer une attitude thérapeutique précise.

Résumé :155

Manifestations cutanées des histiocytoses langerhansiennes de l'enfant

Hasna AIT EL HADJ, Akhdari Nadia,Amal Said,Hocar Ouafa
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

L'histiocytose langerhansienne (HL) est une affection rare, caractérisée par une infiltration d'un ou plusieurs organes, par des cellules dendritiques de type Langerhans. L'HL a une présentation clinique polymorphe. Nous rapportons cinq cas d'histiocytose langerhansienne chez l'enfant révélé par des lésions cutanées.

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective de cinq observations d'enfants atteints d'une histiocytose langerhansienne colligés au service de dermatologie de CHU Mohamed VI de Marrakech, entre janvier 2009 et janvier 2019. Nous avons recueilli les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, anatomopathologiques et radiologiques des patients, ainsi que leur évolution et leur prise en charge thérapeutique.

Résultats :

Il s'agit de 3 garçons et 2 filles âgés en moyenne de 4 ans avec des extrêmes allant de 5 mois à 12 ans. Avaient des antécédents de diarrhées chroniques dans deux cas, un décès dans la fratrie pour une éruption cutanée d'étiologie non identifié dans deux cas. Le motif de consultation était variable : gène respiratoire avec tuméfaction amygdalienne bilatérale dans un cas, syndrome hémorragique et tumoral dans deux cas, des douleurs abdominales, associées à des diarrhées chroniques avec des rectorragies de faible abondance dans un cas, et un syndrome polyuropolydipsique bilanté et diagnostiqué comme étant un diabète insipide sans étiologie précise dans un cas. L'examen clinique a révélé des lésions cutanées papulo-crouteuses, des lésions purpuriques pétéchiales par endroits, associées à une hypertrophie amygdalienne bilatérale et une coulée d'adénopathies cervicales bilatérales (un cas). Lésions érythémato-squameuses et érythémato-papuleuses, HPM, SPM, avec adénopathies multiples (2 cas). Lésions purpuriques avec des lésions ecchymotiques, HPM avec poly-adénopathies (un cas). Des macules squameuses brunâtres, associées à un syndrome cérébelleux stato-cinétique, signes d'irritation pyramidale associées à une hypoacousie et une diplopie (un cas). Le bilan biologique a révélé un diabète insipide (un cas), une anémie sévère (2 cas), une bicytopénie (2 cas), une cytolyse hépatique (2 cas). La ponction sternale pratiquée chez 3 enfants était normale. La radiographie du squelette a montré une atteinte osseuse chez un enfant. Le scanner thoracique a montré une atteinte pulmonaire bilatérale dans deux cas. La neuro-imagerie a montré des lésions nodulaires sus et sus tentorielle, bulbo-protubérantielles et médullaire cervicale, et d'une infiltration de la tige pituitaire (un cas). Le diagnostic était confirmé par l'examen anatomopathologique réalisé sur des biopsies cutanée, ganglionnaire et osseuse.

Il s'agit d'une histiocytose avec atteinte multiviscérale dans tous les cas. Une chimiothérapie à base de vinblastine avec corticothérapie a été utilisée chez tous les patients. L'évolution était favorable dans trois cas, deux décès sont survenus après la 1ère cure de chimiothérapie, dans un tableau d'altération de l'état général et la maladie est en progression.

Discussion :

Les histiocytoses langerhansiennes constituent une maladie rare,plus fréquente chez l'enfant et l'adolescent avec une incidence de 1/200 000. Elles résultent de la prolifération clonale d'histiocytes présentant des caractéristiques de la cellule de langerhans : antigène CD1a, protéine S100 et granules de birbeck. C'est une pathologie à développement multiviscéral, ses manifestations cliniques sont très diverses selon la forme de la maladie: localisée (un seul organe atteint) ou disséminée (2 organes atteints ou plus). L'atteinte cutanée est fréquente (35 a 50 %) et souvent révélatrice. Elle survient après l'atteinte osseuse (80 %), et hypophysaire

(25 %). L'atteinte cutanée consiste en une éruption maculeuse rouge d'aspect séborrhéique ou peut être sous forme d'une éruption étendue papuleuse de couleur jaune orangé ou brune siégeant préférentiellement au niveau du tronc et des grands plis. Le diagnostic de certitude est anatomo-pathologique. L'imagerie permet un bilan de l'ensemble des lésions et le suivi évolutif sous traitement. Les traitements sont aussi variés que les formes cliniques : abstention, traitement local, chimiothérapie voire même une allogreffe.

Conclusion :

L'histiocytose langerhansienne est une maladie rare, hétérogène dans sa présentation clinique et souvent capricieuse dans son évolution. En raison du faible nombre de patients, il est important que la prise en charge soit faite de façon homogène et multicentrique.

Résumé :156

Manifestations cutanées et unguéales chez les patients hémodialysés chroniques

Hasna AIT EL HADJ, Bouchemla Nadia,Poda Anselme,Chettati Mariam,Fadili Wafaa ,Laouad Inass,Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Amal Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Les complications de la maladie rénale chronique affectent presque tous les organes, y compris la peau et les annexes. La prévalence des manifestations cutanées au cours de l'IRC et chez le sujet hémodialysé est supérieure à 50%. Le but de cette étude est de déterminer la fréquence des manifestations cutanées et unguéales ainsi que les facteurs favorisants chez les hémodialysés chroniques.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique sur une période de 3 mois de février 2019 au mai 2019. Les patients étaient recrutés de manière consécutive dans le centre de dialyse du Centre Hospitalier Universitaire de Marrakech. On avait inclus dans l'étude 52 patients hémodialysés chroniques. Pour chaque patient, un interrogatoire et un examen dermatologique étaient réalisés. Les valeurs biologiques étaient issues du bilan du suivi mensuel des patients hémodialysés chroniques. Une analyse multivariée a été réalisée pour déterminer les facteurs associés à ces manifestations.

Résultats :

Nous avons recruté 52 patients. L'âge moyen des hémodialysés chroniques est de 50 ans avec un sex-ratio de 0.94, et une durée moyenne en dialyse de 55 mois +/- 33 mois (6 mois-22 ans). Il existait au moins une atteinte dermatologique chez 94% de nos patients. Les principales manifestations dermatologiques étaient la xérose cutanée (69%), le prurit (38.46%), l'hyperpigmentaion (19.2%) et la dermatophysie (13%). Les manifestations unguéales étaient identifiées chez 76 % des patients. Les plus courantes étaient la mélanonychie (30.76 %), l'onycholyse (20 %), les ongles moitié-moitié (17 %), les stries longitudinales (7.6 %), les stries transversales (5.7 %).Vingt patients (58 %) avaient une onychomycose. La durée de l'hémodialyse étaient significativement corrélée au risque de prurit et d'hyperpigmentation.

Discussion :

Les manifestations cutanées chez les hémodialysés chroniques sont fréquentes et polymorphes. Leur incidence varie de 50 à 100 % des cas selon les séries. Leur connaissance mérite une prise en charge correcte tant par le dermatologue que par le néphrologue, afin d'améliorer la qualité de vie du patient hémodialysé.

Conclusion :

Les manifestations dermatologiques sont fréquentes chez les patients hémodialysés chroniques. Elles sont dominées par la xérose cutanée et le prurit, qui est associé à des troubles sévères du métabolisme phosphocalcique.

Résumé :157

Manifestations dermatologiques de l'hypocalcémie : À propos de 4 cas

Hasna AIT EL HADJ, Akhdari Nadia,Amal Said,Hocar Ouafa
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

L'hypocalcémie peut être associée à une pustulose généralisée, non seulement chez la femme enceinte mais également en dehors de la grossesse. Cette pustulose pose des difficultés nosologiques, notamment avec le psoriasis pustuleux généralisé. Nous rapportons quatre cas avec une pustulose aseptique révélant une hypocalcémie.

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective de quatre observations de patientes atteintes d'une pustulose aseptique révélant une hypocalcémie, colligée au service de dermatologie de CHU Mohamed VI de Marrakech, entre janvier 2012 et mai 2019. Nous avons recueilli les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, et thérapeutiques des patientes.

Résultats :

II s'agit de quatre femmes âgées de 35, 36, 66 et 85 ans, Avaient respectivement des antécédents personnels d'hypoparathyroidie post-chirurgicale chez deux des patientes, d'épilepsie sous traitement et de rhumatisme articulaire. Elles ont été hospitalisées devant un tableau fait d'une pustulose aseptique. Les lésions étaient faites de plaques érythemato-squameuses, bordées de pustules non folliculaires à disposition annulaire prédominant en regard des plis, de l'abdomen, du dos, des cuisses et des extrémités chez la première patiente, des lésions pustuleuses sur le cou, les grands plis et le tronc chez la deuxième, et une érythrodermie pustuleuse chez les deux dernières patientes. Au cours de l'hospitalisation, la première patiente a présenté des crises de tétanie, des crises convulsives chez la deuxième, des troubles de conscience, ayant nécessité une hospitalisation en réanimation chez la troisième, des fasciculations et des crampes chez la quatrième patiente. Ces anomalies ont révélés une hypocalcémie profonde chez toutes ces patientes, associée à une hyperphosphorémie dans 3 cas. Le taux de parathormone était bas dans 2 cas. Le traitement symptomatique de l'hypocalcémie a permis la régression des signes cutanés chez toutes ces patientes.

Discussion :

Plusieurs observations de pustuloses aseptiques (psoriasis pustuleux généralisé, impétigo herpétiforme, psoriasis vulgaire) en rapport avec l'hypocalcémie ont été recensées dans la littérature. Cette éruption n'est pas spécifique à l'hypoparathyroïdie puisqu'elle a été décrite avec des hypocalcémies de diverses étiologies (syndrome de malabsorption, insuffisance rénale chronique, pseudohypoparathyroïdisme). Toutes ces observations de pustuloses aseptiques illustrent la relation certaine qui existe entre l'éruption cutanée et l'axe calcium-PTH-vitamine D et le rôle de l'hypocalcémie dans le mécanisme de ces lésions. En effet, l'administration de calcium et de vitamine D a fait disparaître les problèmes dermatologiques dans nos observations.

Conclusion :

L'hypoparathyroïdie post-chirurgicale est une cause fréquente d'hypocalcémie. Cette hypocalcémie semble être en partie responsable de poussées de pustulose puisque sa correction seule s'accompagne d'une disparition des lésions. Les mécanismes physiopathologiques liant les deux anomalies restent actuellement inconnus.

Résumé :158

Mélasma et acide tranexamique oral : étude prospective de 15 cas

Kettani Fatima-zohra,Kenza Baline,Fouzia Hali,Soumia Chiheb
CHUIbn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le mélasma est un trouble pigmentaire fréquent au sein de la population marocaine. Son traitement est un réel challenge. L'acide tranexamique (AT) oral représente un nouvel outil thérapeutique depuis quelques années. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité de l'AT oral dans le mélasma chez une population marocaine.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude prospective au service de dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca de Janvier 2018 à décembre 2018. L'AT par voie orale était administré à la dose de 500 mg/jour avec une photo protection externe, sans aucun traitement local. Le pourcentage de réduction de la valeur initiale du Melasma Area and Severity Index (MASI) a été évalué toutes les 4 semaines, et la réponse a été jugée très bonne (réduction> 75%), bonne (réduction de 50% à <75%), modérée (25% à <50% de réduction), légère (<25% de réduction) ou sans réponse. Les photographies des patientes ont été prises et analysées à l'aide de l'appareil Visioface avant l'initiation du traitement, à 3 mois et à 6 mois. Toutes les patientes étaient consentantes.

Résultats :

Nous avons recensé un total de 15 patientes. La moyenne d'âge était de 40 ans avec des extrêmes allant de 27 à 53 ans. Toutes les patientes étaient de phototype 3 ou 4. La durée

moyenne de traitement était de 6 mois. Sept patientes étaient sous contraception orale, 3 avaient un dispositif intra-utérin, et des antécédents familiaux de mélasma étaient retrouvés chez 4 patientes L'évaluation à 6 mois a montré une bonne réponse chez 10 patientes (66,6%), une réponse modérée chez 3 patientes (20%) et 2 patientes ont été perdues de vue (13,4%). L'analyse Visioface a montré une amélioration globale chez toutes les patientes. Le traitement était bien toléré et aucun effet indésirable n'était rapporté. Le suivi à 3 mois après l'arrêt du traitement a été marqué par la reprise des lésions chez 6 patientes. Chez les 7 autres patientes, les lésions sont restées stables.

Discussion :

Bien que diverses options thérapeutiques soient actuellement disponibles pour traiter le mélasma, aucun traitement ne s'est révélé réellement satisfaisant. L'efficacité de L'AT dans le mélasma, un inhibiteur de la plasmine et un antifibrinolytique, a été signalée pour la première fois en 1979. Plusieurs études ont depuis rapporté que l'AT oral à la dose de 250 mg deux fois par jour serait efficace, administré seul ou comme traitement adjuvant. Le traitement est généralement bien toléré, mais l'effet suspensif à l'arrêt observé chez certaines de nos patientes et rapporté également dans la littérature représente un point négatif.

Conclusion :

Notre étude, bien que limitée par le nombre réduit de l'échantillon, prouve que l'AT oral peut être une option thérapeutique prometteuse. Des études plus importantes avec des durées de traitement et des périodes de suivi plus longues ainsi que des études comparant l'AT avec d'autres traitements sont nécessaires.

Résumé :159

Myocardite: manifestation rare au cours d'un Dress syndrome

Fatima Zahra Chahboun, Alj Maha,Madiha Eljazouly,Dahbi Skali Hayat, Chiheb Soumiya
hôpital universitaire Cheikh Khalifa Ibn Zaid Al Nayhan Casablanca

Introduction :

Le Dress syndrome (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) est une réaction d'hypersensibilité médicamenteuse rare mais létale. Sa sévérité est liée à la survenue de manifestations systémiques. Nous en rapportons un cas sous forme de myocardite à éosinophile avec atteinte multi viscérale.

Observation :

Mr K.MA âgé de 39 ans, suivi depuis 2005 pour une hématurie récidivante révélant une cystite chronique, pour laquelle il avait consulté un herboriste à Casablanca. Ce dernier lui avait prescrit des comprimés de salazopyrine. Cinq semaines après, était apparue une éruption cutanée évoluant rapidement vers une érythrodermie fébrile, le patient était admis aux urgences de l'hôpital universitaire cheikh khalifa, tachycarde, hypotendu, fébrile à 39°, œdème du visage, érythrodermie maculo-papuleuse, purpurique par endroit et prurigineuse, associée à des poly adénopathies douloureuses. Le bilan biologique retrouvait une hyper

éosinophilie et une cytolyse hépatique, le bilan infectieux (HHV6 – HIV- HVB-HVC) revenait négatif. Le bilan radiologique avec échographie cardiaque ne montrait pas d'anomalie. La biopsie cutanée était en faveur d'une toxidermie et l'enquête de pharmacovigilance révélait une relation de cause à effet probable pour la Salazopyrine. Le diagnostic du Dress était retenu devant des critères cliniques, biologiques et évolutives. Une corticothérapie était prescrite à la dose de 1 mg/kg/j par voie orale associée à la vitamine C orale, double antihistaminique et les soins locaux. L'évolution était marquée par la régression des signes cutanés mais la persistance des palpitations et de la dyspnée à l'effort et au repos. Une Imagerie par résonnance magnétique cardiaque était réalisée objectivant une fibrose sous épicardique secondaire à une myocardite. Un traitement par bétabloquants était instauré avec amélioration des symptômes.

Discussion :

La particularité de notre observation réside dans la survenue d'une complication rare mais potentiellement mortelle du Dress, il s'agit de la myocardite à éosinophile. Elle peut survenir immédiatement ou dans les mois qui suivent l'éruption cutanée. L'évaluation de l'atteinte cardiaque impose la réalisation d'un bilan englobant la recherche des enzymes cardiaques, l'électrocardiogramme et l'écho-cœur. Dans certains cas, une imagerie par résonnance magnétique peut s'avérer indispensable dans le diagnostic précoce d'une myocardite éosinophilique, le cas de notre observation.

Conclusion :

Le diagnostic de myocardite éosinophilique doit être envisagé de façon systématique devant tout signe clinique cardiaque même minime dans le cadre du Dress.

Résumé :160

Neurofibromatose type 1: un phénotype diffèrent chez des jumelles monozygotes .

Afaf Khouna, Soraya Aouali,Hazem Aburabie,Siham Dikhaye,Nada Zizi
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

La neurofibromatose 1 (NF1) est une maladie autosomique dominante, dont le gène muté NF1 présente une extrême variabilité d'expression, allant de lésions cutanées légères à de graves complications mettant en jeu le pronostic vital.[2] Les jumeaux monozygotes (MZ) avec NF1 ont été intensivement étudiés à fin de pouvoir expliquer la discordance phenotypiques et les mécanismes génétiques mis en jeu. Nous rapportons le cas de deux jumelles monozygotes marocaines porteuses d'une NF1 avec des présentations cliniques différentes.

Observation :

Il s'agit de 2 jeunes filles de 18 ans, jumelles issues d'un mariage non consanguin, sans notion de déficience intellectuelle ni de retard scolaire, chez qui l'examen clinique trouve de multiples taches café au lait arrondies et d'autres ovalaires, allant de 5 à 30 mm de diamètre diffuses, de localisation différentes chez les deux patientes. L'une d'entre elles présente un grand placard papuleux violacé infiltré, à surface mamelonnée, verruqueux par endroit à base sessile, parcourus par des poils, faisant 31 cm / 10 cm, entouré dans sa périphérie d'une hyper

trichose périphérique, correspondant à neurofibrome plexiforme. La 2 éme présente quelques petits neurofibromes cutanés de localisation et de taille différente par rapport à sa sœur .

Discussion :

La NF1 est une maladie autosomique dominante qui affecte environ 1 personne sur 3 500 dans le monde, causée par des mutations du gène NF1 situé sur le chromosome 17q11.2 qui code pour la neurofibromine. Il existe au moins 30 rapports de cas de jumeaux MZ avec NF1 dans la littérature. La variabilité de l'expression clinique a constitué un défi pour les cliniciens et une énigme pour les chercheurs. Des groupes de jumeaux ont été rapportés avec une concordance pour les lésions pigmentaires, les déficiences cognitives et le nombre de neurofibromes cutanés qui étaient similaires dans 70% des cas.Cependant les gliomes optiques, les neurofibromes plexiformes et les tumeurs malignes sont susceptibles d'être discordants.Cela serait cohérent avec les études montrant des mutations de second coup dans la NF1.

Conclusion :

La discordance phénotypique chez les jumeaux monozygotes porteurs de NF1 a fait l'objet de plusieurs études. Ce jour l'hypothèse de mutation post zygotique reste la plus probable bien que la mutation causative reste énigmatique soulignant la nécessité de poursuivre les recherches génétiques dans ce sens.

Résumé :161

Pemphigus végétant atypique

Soumaya Hamich, Badredine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune rare, il peut être subdivisé en trois groupes: le pemphigus superficiel, profond, et les formes particulières (paranéoplasique, herpétiforme, et à IgA). Le pemphigus végétant est une forme profonde de pemphigus, il s'agit d'une forme exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'une patiente ayant un pemphigus végétant atypique de par sa localisation et son évolution.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 46 ans, sans antécédent pathologique notable, qui a présenté depuis 3 semaines avant son admission des lésions bulleuses puis érosives initialement au niveau de l'ombilic, avec extension au reste du corps. L'examen clinique retrouvait une patiente en bon état général, fébrile à 38,5°C , sur le plan cutané on notait de larges érosions au niveau de l'ombilic, et des grands plis dont certaines étaient surinfectées et surmontées d'un enduit jaune grisâtre, et plusieurs érosions arrondies au niveau du tronc, dos, fesses, membres supérieurs, inférieurs, cou, des pseudo cocardes au niveau du tronc et dos ainsi qu'une érosion génitale. La surface cutanée atteinte était estimée à 25 % et le signe de Nickolsky était négatif. Elle présentait également des papules couleur chair légèrement hypertrophiques au niveau des plis nasogéniens et au niveau du menton. La biopsie cutanée montrait une acanthose avec un décollement intraépidermique suprabasal, l'immunofluorescence directe montrait un dépôt intradermique en résille d'IgG et C3. Le diagnostic de pemphigus végétant a été retenu, et la patiente a été mise sous corticothérapie 2mg/kg/jr et antibiothérapie à base de flucloxacilline,

mais l'évolution a été marquée par l'extension foudroyante des lésions avec état de choc septique ayant conduit au décès de la patiente.

Discussion :

Le pemphigus végétant est une forme exceptionnelle de pemphigus profond. Il se manifeste par des lésions bourgeonnantes en relief, rarement par des bulles et se localise principalement au niveau des plis. L'originalité de notre observation réside dans le fait que les lésions sont atypiques, avec érosions arrondies et aspect en pseudo-cocarde, avec une localisation qui s'étend au-delà des plis. L'évolution rapidement fatale était due à l'extension des lésions et leur surinfection avec confluence en vastes surfaces érosives, recouvrant presque la totalité de la surface cutanée. Ceci fait évoquer un pemphigus malin subaigu à bulles extensives, qui est en fait une variété de pemphigus vulgaire.

Conclusion :

Le pemphigus végétant est une dermatose bulleuse auto-immune exceptionnelle, qu'il faut évoquer devant une atteinte végétante des plis, mais qui peut toucher d'autres régions du corps. Le diagnostic précoce est primordial afin de traiter rapidement la maladie et d'éviter l'extension et la surinfection des lésions.

Résumé :162

Pemphigus vulgaire et cirrhose biliaire primitive : Association fortuite ?

Layla Bendaoud, Hasna Ait el hadj,Imane Bahbouhi,Ouafa Hocar,Said Amal
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le pemphigus est une dermatose auto-immune touchant plus le sujet âgé, qui peut s'associer à des maladies auto-immunes. Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente un pemphigus vulgaire et une cirrhose biliaire primitive.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 94ans, hypertendue sous traitement, qui se présente pour une dermatose bulleuse avec atteinte muqueuse et cutanée, la biopsie cutanée a montré un clivage intra-épidermique suprabasal avec présence de cellules acantholytiques, l'immunofluorescence directe a objectivé les dépôts des Ig G et de C3 en intercellulaire, l'immunofluorescence indirecte a confirmé la présence des anticorps anti-substances intercellulaires. Le diagnostic du pemphigus vulgaire a été retenu, et la patiente a été mise sous corticothérapie à base de prednisone par voie orale à 1mg/kg/j avec les mesures symptomatiques. Par ailleurs, le bilan biologique a montré une cytolyse ALAT à 112 UI/l (3.5N), ASAT à 61 UI/l (2N), une cholestase PAL à 208 UI/l (2N), GGT à 332UI/l (8N), avec une bilirubine totale normale, TP correct à 98%, les sérologies hépatitiques étaient négatives, le bilan d'hépatopahtie auto-immune a révélé la présence des anticorps anti-mitochondries positifs à 70 (positif >10), les anticorps antinucléaires positifs à 1/320, et les anticorps anti-muscle lisse étaient négatives. L'échographie hépatique a noté un foie dysmorphique pseudo - nodulaire sans anomalies canalaires biliaires. Le diagnostic de la cirrhose biliaire primitive a été retenu. La patiente a été mise sous acide ursodésoxycolique. L'évolution a été marquée sur

le plan dermatologique par le blanchiment cutané, et sur le plan hépatique par l'amélioration de sa cytolyse et la régression de sa cholestase.

Discussion :

Le pemphigus vulgaire (PV) est une dermatose bulleuse intra-épidermique d'origine auto-immune, de type profond, qui se caractérise par une atteinte muqueuse quasi-constante et cutanée. La coexistence de pemphigus avec une autre maladie auto-immune a été rapportée dans la littérature. Cependant, l'association du PV à une cirrhose biliaire primitive est rare. Dans la littérature, un cas publié par Gibson LE* qui parle d'une patiente suivie pour une cirrhose biliaire primitive traitée par D-pénicillamine, après deux ans de traitement, elle a présenté un pemphigus érythémateux. Contrairement à notre patiente qui a présenté simultanément ces deux pathologies auto-immunes.

Conclusion :

L'association du pemphigus à une cirrhose biliaire primitive est une association rare et pourrait révéler des mécanismes physiopathologiques communs.

Résumé :163

Plaque hyperkératosique: penser au pemphigus végétant!

Farah EL Hadadi, Line Mezni,Kaoutar Znati,Nadia Ismaili,Laila Benzekri,Karima Senouci, Badreddine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le pemphigus végétant (PV) est une forme rare de pemphigus profond (1 à 2 % des cas). Caractérisé par sa localisation au niveau des grands plis et une évolution selon le mode végétant, il se présente sous deux formes : PV de type Neumann et le PV de type Hallopeau. Nous rapportons un cas original d'un pemphigus végétant avec une présentation clinique atypique

Observation :

patient âgé de 49 ans sans antécédents particuliers, qui consultait pour l'apparition d'une dermatose végétante des plis (interfessier, inguinaux) et d'une plaque hyperkératosique au niveau de la jambe gauche évoluant depuis 03 mois dans un contexte de dysphagie aux solides. L'interrogatoire retrouvait une consommation accrue d'ails et d'oignons, le patient rapportait un début d'apparition des lésions sous forme de bulles laissant place à des érosions. L'examen dermatologique objectivait des végétations mamelonnées érythémateuses, molles, suintantes, malodorantes prennant un aspect en chou-fleur au niveau des plis inguinaux et interfessier . Au niveau de la face antérieure de la jambe gauche, on retrouvait une plaque hyperkératosique blanc grisâtre papillomateuse de 9 cm longueur sur 6 cm de largeur avec une bordure érythémato- violacée (figure 1). Une biopsie cutanée et une IFD ont été réalisées au niveau de la jambe. L'histologie mettait en évidence une acantholyse ,un clivage intra épidermique ainsi qu'un dépôt d'IgG en mailles de filet l'IFD (figure 2). A l'immunofluorescence indirecte (IFI) : les anticorps antisubstance intercellulaires étaient positifs à 160. Dans le cadre de l'exploration de sa dysphagie une hypopharyngoscopie a été

réalisée objectivant une lésion blanchâtre friable saignante non sténosante dont la biopsie a confirmé le diagnostic de pemphigus végétant. Le patient a bénéficié d'une corticothérapie à raison de 2mg/kg/j avec traitement adjuvant. Une rémission complète a été notée après 2 mois (figure 3).

Discussion :

Le pemphigus végétant est une variante de pemphigus profond caractérisée par des placards hypertrophiques végétants humides qui siègent au niveau des grands plis. Il existe deux formes de PV : la forme de Neumann et la forme d'Hallopeau.La forme de Neumann caractérisée par des érosions post-bulleuses qui cicatrisent selon un mode végétant, c'est le cas de notre patient, et la forme de Hallopeau où les lésions végétantes succèdent aux pustules et sont entourées de plaques pustuleuses à évolution centrifuge. Dans la forme de Neumann, l'atteinte muqueuse est plus rare que dans la forme de Hallopeau. Au niveau lingual, il s'agit essentiellement d'aspect de langue scrotale ou cérébriforme, plus rarement de lésions bourgeonnantes. Des atteintes isolées de la langue, de la cavité buccale et des lèvres ont été décrites1, l'atteinte de l'hypopharynx a été décrite pour la première fois chez notre patient. L'atteinte des phanères est possible sous forme de bulle péri-unguéale décollant l'ongle de sa matrice2, la présentation clinique sous forme de plaque hyperkératosique papillomateuse en dehors des sites de prédilection du PV n'a été rapporté que dans quelque cas isolés de la littérature, cette présentation atypique peut prêter confusion avec une tuberculose végétante, une leishmaniose cutanée ou encore une pyodermite végétante. Le diagnostic du pemphigus végétant est confirmé par la biopsie cutanée et l'immunofluorescence directe et indirecte. Le traitement de choix reste la corticothérapie par voie orale associés ou non aux immunosuppresseurs (Azathioprine) en fonction de : la sévérité de l'atteinte cutanéo-muqueuses3, ou en cas de non réponse ou de corticorésistance, les ac monoclonaux anti CD20 peuvent être proposé en 2ème intention.

Conclusion :

Nous rapportons un cas original de pemphigus végétant par sa présentation clinique atypique mais aussi par sa localisation inhabituelle (atteinte de l'hypopharynx, plaque hyperkératosique de la jambe). Ces présentations cliniques peuvent égarer le diagnostic d'où l'intérêt de réaliser des biopsies cutanées et ne pas hésiter à les multiplier afin de confirmer le diagnostic.

Résumé :164

Prise en charge chirurgicale des gelures: à propos d'un cas

Ghita Cherkaoui Belmaati , Sara Lahsaini, Ayat Allah Oufkir
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Les gelures sont la conséquence d'une exposition au froid intense. Leur traitement est bien codifié dès la prise en charge sur le terrain. C'est une urgence thérapeutique qui expose à un risque d'amputation, septique et vital. Nous rapportons un cas de gelure traité chirurgicalement chez un homme de 23 ans

Observation :

il s'agit d'un patient âgé de 28 ans, ayant comme ATCD une hépatite B non suivie, qui a marché pied nus sur la neige pendant 24 heures dans un contexte d'évasion clandestine 2 semaines avant son admission dans notre formation. Chez qui l'examen clinique trouve une nécrose distale des 4 premières orteils des 2 pieds, et de la face plantaire des 2 gros orteils. Le patient a bénéficié d'un parage économe et d'une régularisation la plus courte possible avec couverture par greffes et lambeaux locaux ce qui a permis la cicatrisation et la récupération fonctionnelle.

Discussion :

Les dommages corporels dus au froid se distinguent en formes localisées, systémiques et mixtes. Les formes localisées vont de l'onglée aux gelures graves. Historiquement, elles étaient associées aux guerres et à la montagne. Actuellement, la majorité des cas affecte des populations civiles vulnérables. Ce cas reste inhabituel dans notre région. La gravité des gelures est liée au gradient thermique à la surface de la peau, à la durée d'exposition et aux lésions tissulaires induites devenues irréversibles. L'indispensable évaluation précoce et la prise en charge dès l'admission de ces lésions permettront d'améliorer le pronostique et d'optimiser la prise charge thérapeutique.

Conclusion :

Les gelures sont la forme la plus sévère des lésions localisées liées au froid. Leurs modalités de traitement varient avec leurs sévérités. Les premiers soins peuvent être donnés sur le terrain d'où l'intérêt d'éducation de la population à risque ainsi que du personnel soignant inhabitué à recueillir ce genre de patient.

Résumé 165 :

Profil clinique et épidémiologique de la maladie de Kaposi classique au CHU d'Oujda

LOUBAB OMAHSAN, HAZIM ABURABIE,HANAN RAGRAGUI,NADA ZIZI,SIHAM DIKHAYE
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

La maladie de Kaposi est une pathologie proliférative et multifocale secondaire à une infection par herpès virus humain 8 (HHV8). On distingue quatres formes. La forme classique, également dite méditérranéenne est la plus fréquente dans notre contexte. Le but de notre travail est de détailler le profil clinique et épidémiologique de cette maladie dans la région de l'orientale au Maroc.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective monocentrique réalisée au centre hospitalier universitaire Mohammed VI depuis son inauguration (Octobre 2014 à Juillet 2019). On avait inclus tous les patients ayant un diagnostic de maladie de kaposi retenue sur les données cliniques et histologiques.

Résultats :

Au total neuf patients ont été colligés. L'âge moyen de nos patients était de 69,5 ans avec des extrêmes de 56 ans et 86ans. On avait noté une prédominance masculine avec un sex ratio de 2H/1F.Tous nos patients sont d'origine Marocaine, ils rapportaient tous la notion de marche pieds nus. Cinq de nos patients avaient des rapports sexuels non protégés, sans notion d'homosexbuccale (Figure 2), sans atteinte de la muqueuse anale. Aucun de nos malades n'avait une infection par le VIH, un seul avait une hépatite B avec une charge virale négative et une syphilis latente. La sérologie HHV8 était réalisée chez cinq patients (Figure 3) : positif chez trois patients et négatifs chez les deux autres. Un bilan d'extension fait de TDM CTAP, bronchoscopie et FOGD/Colonoscopie était réalisé chez tous nos malades et il n'a pas objectivé d'atteintes multifocales. Sur le plan thérapeutique, 5 patients étaient traités par chimiothérapie (Paclitaxel).on a préconisé une abstention thérapeutique chez une patiente avec un seul nodule de l'orteil. Deux patients ualité. La localisation au niveau des membres inférieurs était notée chez tous nos malades. Trois d'entres eux avaient également une atteinte de la muqueuse non pas encore démarré leur traitement et un dernier est perdu de vue. On a noté un blanchiment total chez 6 patients.

Discussion :

La maladie de Kaposi se définit comme un processus prolifératif mésenchymateux concernant les cellules des systèmes sanguin et lymphatique, qui est induit par des facteurs de croissance viraux, notamment le HHV8. Dans notre série 60% des patients ayant bénéficié d'une sérologie HHV8 était positive. L'âge avancé de nos malades ainsi que la prédominance masculine rejoignent également les données de la littérature. Les rapports sexuels à risque sont considérés comme un des principaux facteurs de risque de la forme classique, chose qu'on a noté chez 55,55% de nos malades. On distingue trois situations, la MK localisée non agressive, la MK localement agressive et la MK disséminée. Dans notre série aucun cas de forme disséminée n'a été noté. Plusieurs méthodes thérapeutiques sont possibles selon le type de la maladie, l'étendue, l'évolution et les symptômes du patient. L'abstention thérapeutique, les traitements locaux et les traitements systémiques comme le méthotrexate, la chimiothérapie, les agents antiangiogéniques et l'intérferon peuvent être proposé. Le taux de survie est de 5 à 10 ans dans 69% des cas. Dans notre série on avait noté un blanchiment totale chez tous les patients traités jusqu'à ce jour.

Conclusion :

Pathologie multifocale, son incidence est en augmentation progressive surtout après l'épidémie du VIH. La forme classique est la plus répondue dans notre contexte et souvent associé à une infection à HHV8. Dans la forme classique le traitement dépend du stade de la maladie. La chimiothérapie reste une bonne méthode thérapeutique.

Résumé 166 :

Profil epidemio-clinique, etiologique, therapeutique et evolutif des hyperhidroses au sein du service de dermatologie de l'hopital militaire d'instruction mohammed v de rabat

Meryem Khalidi, El Amraoui Mohammed,Naoufal hjira,Mohammed Boui
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

L'hyperhidrose (HH) est une production excessive de la sueur qui est responsable d'une gêne esthétique et sociale avec un retentissement majeur sur la qualité de vie et une fréquence accrue des complications infectieuses. Malgré sa rareté relative, elle constitue parfois un casse-tête diagnostique et thérapeutique pour le dermatologue.

Matériels et méthodes :

Nous présentons une étude prospective descriptive, menée sur une durée de 2 ans (Juin 2017-juin 2019), au sein de service de dermatologie-vénéréologie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V, selon une fiche d'exploitation préétablie.

Résultats :

36 cas ont été colligés, dont 65% des femmes et 35% des hommes, l'âge des patients variait entre 13 et 44 ans avec une moyenne de 27,41 ans, 59% étaient de classe sociale moyenne et 41% de classe sociale basse. 94% des HH étaient localisées, 6% étaient généralisées et aucun cas d'HH régionale. Les localisations les plus fréquentes étaient: palmaires 65%, axillaires 35% et plantaires 29%. 80% des patients avaient une HH ayant commencé avec la puberté, 41% avaient un état anxieux et 35% avaient des cas familiaux. La sévérité selon le score HDSS était: niveau I 0%, niveau II 35%, niveau III 41% et niveau IV 23%. Les traitements utilisés étaient: antiperspirants 65%, Ionophorèse 29%, Oxybutynine 35%, Toxine botulinique 41% et sympathectomie thoracique 23%. L'efficacité des traitements variait entre aucune et 100% avec une moyenne de 64%, les traitements les plus efficaces étaient la toxine botulinique et la sympathectomie thoracique, les traitements les moins efficaces étaient les antiperspirants et l'Oxybutynine, alors que l'ionophorèse se situe dans la zone intermédiaire. La satisfaction des patients variait entre 3/10 et 10/10 avec une moyenne de 7,17/10. La tolérance des traitements variait entre 7/10 et 10/10 avec une moyenne de 8,7/10. Les effets secondaires retrouvés étaient une hypersudation corporelle compensatrice après une sympathectomie thoracique chez un patient.

Discussion :

L' HH dans notre contexte est caractérisée par: l'âge jeune de survenue, la prédominance féminine, la prédominance des formes localisées, la fréquence des formes familiales, la fréquence des formes modérées à sévères, l'inefficacité des antiperspirants et de l'Oxybutynine, l'efficacité de la toxine botulinique et de la sympathectomie, une très bonne satisfaction et tolérance et la rareté des effets secondaires.

Conclusion :

L'HH impacte profondément l'état psychique des patients particulièrement jeunes et adolescents. Les formes légères peuvent être prises en charge par les antiperspirants, l'Oxybutynine et l'ionophorèse alors que les formes modérées et sévères justifient le recours à la toxine botulinique voire la sympathectomie thoracique et d'où l'intérêt d'une collaboration pluridisciplinaire.

Résumé :167

Prurigo pigmentosa : à propos d'un nouveau cas

Meryem Khalidi, Naoufal hjira
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

Le prurigo pigmentosa est une dermatose inflammatoire rare marquée par son caractère prurigineux et son aspect réticulé typique du tronc, laissant un réseau pigmenté cicatriciel. Elle est très rarement rapportée au japon mais peut se voir dans tout le monde. Nous rapportons un nouveau cas marocain de cette affection dont la physiopathologie est jusque là méconnue.

Observation :

patiente de 19 ans, marocaine , qui présentait une éruption très prurigineuse, faite de macules et de papules coalescentes formant un réseau réticulé inflammatoire sur le tronc et le dos avec atteinte de la nuque. Cette éruption survenait lors du premier trimestre d'une grossesse marquée par des vomissements gravidiques majeurs ayant conduit à la perte de 10kg, avec présence d'une cétonémie et d'une cétonurie. Devant l'aspect clinique caractéristique, l'absence de diagnostic différentiel et un aspect histologique d'une papule montrant un infiltrat polymorphe et inflammatoire du derme superficiel, constitué essentiellement de lymphocytes associés à quelques polynucléaires éosinophiles ainsi qu'un épiderme siège de foyers de spongiose modérée : le diagnostic de prurigo pigmentosa était retenu. L'évolution était marquée par des phases de diminution de l'inflammation et du prurit en alternance avec des poussées inflammatoires rythmées par des ré-ascensions de la cétonémie. Les symptômes étaient seulement résolus au deuxième trimestre de la grossesse, après disparition des vomissements, laissant un réseau hyperpigmenté brun séquellaire

Discussion :

Bien que rare, le prurigo pigmentosa a un aspect clinique très évocateur qui doit facilement en faire évoquer le diagnostic. D'étiologie encore indéterminée, il a été rapporté dans des cas de jeûne intense, d'anorexie, de diabète de type 1 mais aussi dans deux autres cas de grossesse avec vomissements intenses. les thérapeutiques sont souvent inefficaces mais le pronostic est souvent bon.

Conclusion :

Notre observation souligne l'importance de penser à cette entité , ainsi que rechercher et de prendre en charge efficacement une cétonémie sous-jacente pour obtenir une rémission des poussées inflammatoires de prurigo pigmentosa.

Résumé :168

Qualité de vie chez les patients avec une dermatose faciale: à propos de 102 cas

Soundous BEN MOUSSA, SEBBANI Majda,ABID Meriem,AKHDARI Nadia,AMINE Mohamed,AMAL Said,HOCAR Ouafa
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le visage constitue l'interface principale des rapports interhumains. Il est le siège de nombreuses dermatoses qui constituent un motif fréquent de consultation. Avoir une dermatose affichante est susceptible d'altérer la qualité de vie des patients et parfois être la cause de troubles psychiques importants. Le but de notre étude est d'évaluer la qualité de vie chez les consultants pour certaines dermatoses faciales et d'identifier les facteurs influençant leur qualité de vie.

Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive d'une série de cas colligés sur une période de 6 mois allant de Novembre 2018 et Avril 2019, incluant les patients âgés de plus de 16 ans, présentant une dermatose faciale au cours des consultations de dermatologie. Le DLQI a été utilisé dans sa version arabe validée et publiée. Le questionnaire du DLQI était rempli par le médecin après accord de participation.

Résultats :

Cinquante-six patients étaient inclus (24 hommes, 32 femmes). La médiane de l'âge était de 55,71 ± 11,4 ans. Au moment de l'étude, 85% des patients étaient mariés, dont 91,3% avaient des problèmes conjugaux. La durée médiane d'évolution du pemphigus était de 3ans. La majorité des patients (57,4 %) présentaient un pemphigus vulgaire. La médiane du score du DLQI était de 8,9 (de 1 à 16). Celle du SKINDEX était de 25 (de 4 à 49). Les scores d'évaluation de la QDV par le DLQI étaient bien corrélés avec les résultats du SKINDEX 16 (Pearson = + 0,79, p = 0,001). 74,5 % des patients soulignaient que leur maladie avait influencée leur vie sexuelle. L'étude de la sexualité des femmes malades par le FSFI montrait un score moyen à 25,5. 46,8% des femmes avaient un score global du FSFI inférieur ou égal à 26 témoignant de la présence d'un Dysfonction Sexuel. Toutes les dimensions de la sexualité étaient atteintes (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction). La médiane de l'échelle IIEF-5 utilisé pour évaluer la sexualité chez l'homme pemphigique était de 13,16. Plus que la majorité des hommes (70,83%) avaient des problèmes d'érection.

Discussion :

L'altération de la qualité de vie des malades ayant une dermatose faciale est très importante, comme en témoigne notre étude. Une évaluation de la qualité de vie chez ces malades est souhaitable afin de déceler les dimensions les plus affectées et d'essayer d'intervenir par des conseils pratiques et au besoin par une prise en charge psychologique spécialisée.

Conclusion :

Les dermatoses faciales sont nombreuses et constituent un motif fréquent de consultation dans notre contexte, le plus souvent sont source de préjudice esthétique et de souffrance psychique secondaire à leur caractère affichant altérant ainsi la qualité de vie des patients.

Résumé :169

Qualité de vie et sexualité des patients avec pemphigus

Nadia Baali,Amal Said,Ouafa Hocar
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :
Le pemphigus est une dermatose bulleuse chronique fréquente au Maroc, affectant considérablement la qualité de vie, bien que la vie sexuelle puisse être gravement affectée chez les patients pemphigiques, elle est souvent peu évaluée par les dermatologues. Le but de ce travail est de déterminer l'impact du pemphigus sur la qualité de vie et la sexualité.

Matériels et méthodes :
Il s'agit d'une étude prospective descriptive portant sur une série de 56 patients pemphigiques, suivis en consultation de dermatologie, effectuée entre Octobre 2018 et de Mai 2019. L'évaluation de la qualité de vie était faite à l'aide du (Dermatology Life Quality Index [DLQI]) et le SKINDEX16, la sexualité a été évalué à l'aide du Female Sexual Function Index (FSFI) et International Index of Erectile Function Questionnaire (IIEF-5) respectivement pour les femmes et hommes pemphigiques.

Discussion :
Les études récentes ont démontré que le pemphigus peut affecter le bien-être psychosocial. Cependant, les données sur l'impact du pemphigus sur la vie sexuelle sont très limitées, car les troubles sexuels sont toujours considérés comme un problème embarrassant et négligé.

Conclusion :
L'évaluation de la qualité de vie et de la sexualité s'impose aujourd'hui en tant que complément d'examen clinique.

Résumé :170

Syndrome de Fahr à révélation dermatologique : à propos de deux cas

Hasna AIT EL HADJ, Kandri Rody Kenza,Oujennane Khadija,Akhdari Nadia,Amal Said,Hocar Ouafa
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le syndrome de Fahr est une entité anatomoclinique rare déterminée par la présence de calcifications intracérébrales bilatérales et symétriques des noyaux gris centraux (NGC). Cette affection est habituellement associée à des troubles du métabolisme phosphocalcique. Nous rapportons deux observations du pustulose aseptique révélant un syndrome de Fahr.

Observation :

Deux femmes de 36 et 66 ans, avaient respectivement des antécédents personnels d'épilepsie sous traitement et rhumatisme articulaire. Elles ont été hospitalisées devant un tableau fait d'une pustulose aseptique. L'examen avait montré un syndrome dysmorphique fait d'une hypertélorisme faciale, hypertrophie gingivale, cou court et large, des doigts boudinés, problèmes d'élocution et une débilité mentale, avec à l'examen dermatologique des lésions

pustuleuses sur le cou, les grands plis et le tronc chez la première, et une érythrodermie pustuleuse chez la deuxième. Au cours de l'hospitalisation, la première patiente a présenté des crises convulsives, le bilan biologique a objectivé une hypocalcémie à 27mg/l, une phosphorémie à 47mg/l, une hypoalbuminémie à 21.8 g/l, le taux de parathormone était normal à 36.4 pg/ml. La deuxième patiente a présenté des troubles de conscience, ayant nécessité son hospitalisation en réanimation, au bilan biologique, elle avait une hypocalcémie à 37 mg/l, une hypoalbuminémie à 26 g/l, une phosphorémie à 46 mg/l, la magnésémie était normale, le taux de parathormone était bas (hypoparathyroïdie). Dans les deux cas, une tomodensitométrie cérébrale mettait en évidence de multiples calcifications intra-parenchymateuses diffuses bilatérales et symétriques évocatrices d'un syndrome de Fahr. La correction de l'hypocalcémie s'est accompagnée d'une amélioration clinique chez les deux patientes.

Discussion :

Le syndrome de Fahr est généralement difficile à suspecter cliniquement car il peut rester asymptomatique ou se traduire par des manifestations polymorphes ne correspondant à aucun tableau spécifique, et le corollaire anatomoclinique n'est pas toujours évident. L'hypocalcémie semble jouer un rôle dans leur formation, puisque une prise en charge thérapeutique précoce pourrait prévenir leur constitution. Il survient préférentiellement chez les patients présentant des dysparathyroidies, en particulier l'hypoparathyroïdie, plus rarement en association avec une hyperparathyroïdie ou une pseudohypoparathyroïdie. La pustulose aseptique est l'une des manifestations dermatologiques exceptionnelles du syndrome de Fahr.

Conclusion :

Devant des troubles du métabolisme phosphocalcique, et en particulier en cas de pathologies neurologiques ou endocriniennes associées, des calcifications intracérébrales doivent être recherchées. Ces deux observations illustrent la variabilité des présentations cliniques du syndrome de Fahr.

Résumé :171

Syndrome de Fiessinger-Rendu

Bouabdella Sara, Hazem Aburabie,Afaf Khouna,Nada zizi,Siham Dikhaye
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Le syndrome de Fiessinger-Rendu ou l'ectodermose érosive pluriorificielle est une forme sévère de l'érythème polymorphe bulleux caractérisée par des lésions cutanées maculo-vésiculeuses ou bulleuses avec une atteinte muqueuse. Parmi les facteurs déclenchants, on note les infections à mycoplasma pneumonias ou à l'herpès simplex virus et certains médicaments. Nous décrivons le cas d'un patient de 68 ans avec une ectodermose pluriorificielle déclenchée par l'herpès simplex virus.

Observation :

C'était un patient de 68 ans qui a été admis aux urgences pour des lésions cutanées érosives douloureuses et symétriques des extrémités et de la région fessière associées à une atteinte muqueuse faite d'une cheilite fumigène avec un énanthème de la muqueuse buccale et une

pharyngite évoluant depuis 2 semaines associés à des érosions péniennes et scrotales suintantes avec issu de pus et une conjonctivite bilatérale. Il avait comme antécédent un herpès labial apparu 20jours avant son admission. A l'examen clinique, on ne notait pas d'anomalie à l'auscultation pulmonaire avec une radiographie thoracique normale. Une biopsie cutanée a été réalisée et a montré un derme siège d'infiltrat inflammatoire et des cavités épidermiques remplies de sérosités avec de cellules inflammatoires et hémorragiques. Le diagnostic d'érythème polymorphe a été retenu. Le patient a été traité par valacyclovir 1g/jour pendant 2 semaines. L'évolution a été marquée par une cicatrisation complète des lésions10 jours après le début du traitement.

Discussion :

En raison des similitudes cliniques apparentes, on considérait que l'érythème polymorphe, le syndrome de Stevens-Johnson et l'ectodermose pluriorificielle étaient des manifestations d'une même maladie. Les données actuelles permettent de les séparer cliniquement, sur le plan étiologique et pronostic. L'ectodermose pluriorificielle est une variante de l'erythème polymorphe caractérisée par des lésions cutanées discrètes et par l'atteinte de deux ou plusieurs sites muqueux. Le plus souvent, elle affecte la muqueuse buccale, les organes génitaux et les conjonctives. Elle va de lésions cutanéo-muqueuses légères à des troubles systémiques graves pouvant menacer le pronostic vital. Les symptômes oculaires comprennent la conjonctivite, la kératite, l'iritis et l'uvéite pouvant évoluer vers une cécité. Les lésions buccales peuvent conduire à une dénutrition ou à des troubles hydro-électrolytiques. Le diagnostic d'ectodermose pluriorificielle est essentiellement clinique. Le risque de récidive est faible (<5%) et le rétablissement complet est typique.

Conclusion :

L'ectodermose pluriorificielle est une maladie d'hypersensibilité induisant sur la peau et les muqueuses des lésions bulleuses et nécrotiques. Elle est déclenchée par une infection ou par une des médicaments. Le diagnostic et clinique et l'évolution se fait généralement vers la guérison spontanée sans séquelles en 2 à 3 semaines.

Résumé :172

Syndrome de Klippel-Trenaunay : un nouveau cas.

Sofia ABOUDAR, Said AMAL,Nadia AKHDARI,Ouafa HOCAR
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le syndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) est une malformation vasculaire complexe rare d'un membre aussi appelé syndrome angio-ostéo-hypertrophique, caractérisée par une triade, associant un angiome plan, des varices et une hypertrophie du membre atteint. Son diagnostic est clinique et son traitement nécessite une concertation pluridisciplinaire

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 18 ans sans antécédents pathologiques particuliers qui présente depuis la naissance un angiome plan touchant tout le membre inférieur gauche et débordant la ligne médiane au niveau des fesses et de la cuisse droite, elle présente également des varices du membre inférieur gauche qui sont apparus pendant la petite enfance. On constate également une inégalité des membres inférieurs avec un écart de 4 cm et une hypertrophie osseuse et des tissus mous. Nous avons conclu à syndrome de Klippel-Trenaunay. Des

radiologies comparatives des membres inférieurs confirmaient l'hypertrophie osseuse et des tissus mous. L'écho-Doppler veineux montrait une insuffisance tronculaire de la saphène interne gauche jambière gauche. Une attitude conservatrice basée sur la compression médicale du membre inférieur a été préconisée afin d'éviter la survenue de complications veineuses, et vu la gêne esthétique de la patiente une prise en charge par laser colorant pulsé est prévue.

Discussion :

Le SKT bien que rare, est le plus fréquent des syndromes angio-ostéo-hypertrophiques. Il associe un angiome plan, des anomalies veineuses et une hypertrophie des tissus mous ou osseux d'un membre. Son diagnostic est clinique basé sur la présence de 2 critères parmi les 3. La majorité des cas sont sporadiques. Le membre affecté peut présenter une croissance excessive, la différence de longueur entre les membres pouvant varier de légère à 10 cm ou plus. Les autres manifestations incluent un nævus cutané, une dilatation des veines superficielles, un élargissement des membres, une augmentation de la température cutanée, une dermatite, des ulcères et des saignements. Cependant, ces signes ne sont pas toujours présents. L'existence de fistules artérioveineuses autour ou à l'intérieur de l'os est maintenant reconnue comme la principale cause de surcroissance osseuse et l'ancienne théorie qui postulait que la veinostase pourrait être en cause est largement remise en question. Le traitement interventionnel n'est indiqué que dans le cadre d'un retentissement fonctionnel, d'une gêne esthétique ou de complications thromboemboliques, douloureuses ou hémorragiques, autrement une attitude conservatrice est indiquée en première intention.

Conclusion :

Le SKT est rare, avec jusqu'à présent autour de 1000 cas dans la littérature, sa connaissance, son diagnostic précoce et sa prise en charge adéquate durant l'enfance offre de bons ou excellents résultats.

Résumé :173

Syndrome de Parry Romberg associée à une épilepsie

MARIAM ELALAOUI, KHALDI hassna,ABID meriem,HOCAR ouafa,AMAL said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le syndrome de Parry-Romberg (SPR) est une atrophie progressive de l'hémiface par atteinte de la graisse et parfois du muscle. Sa physiopathologie reste obscure. L'épilepsie est la manifestation neurologique la plus fréquente, habituellement de type focal et pharmacorésistant. Les lésions cérébrales associées sont homolatérales à l'hémiatrophie faciale et peuvent être évolutives.

Observation :

nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 54 ans . thyroidectomisée il y a 9 ans, qui a présenté depuis 20 ans une hémiatrophie faciale progressive droite associé à une sclérodermie localisée en coup de sabre paramédiane droite et 2 plaques atrophiques homolatérales fessière et lombaire. L'examen a trouvé une enophtalmie associée à des déformations des dents à type de malposition et obliquité du plan d'occlusion La patiente a présenté, en plus de

l'hémiatrophie, des crises épileptiques intéressant l'hémiface et le membre supérieur gauches qui étaient résistantes au anti épileptiques L'IRM a montré une atrophie cortico-sous corticale droite et hippocampique homolatérale, l'EEG était normal La patiente a bénéficié d'une corticothérapie par voie générale pour stopper l'évolution de la maladie et des cures de lipofilling avec une légère amélioration de sa morphologie

Discussion :

Le syndrome de Parry-Romberg (SPR) se caractérise par une atrophie hémifaciale progressive (du plan profond osseux au plan superficiel hypodermique) avec aspect en « coup de sabre ». C'est une affection entrant dans le cadre des trophonévroses, débutant parfois dans l'enfance, d'évolution lente et irrégulière. il suscite encore des interrogations et des réflexions sur sa physiopathologie, son expression clinique et son évolutivité imprévisible . Cette affection est fréquemment associée à des altérations oculaires, neurologiques, endocriniennes et systémiques réalisant alors, des tableaux cliniques très varié L'épilepsie est le trouble neurologique le plus fréquemment associé au syndrome de Parry Romberg, son lien avec la maladie pourrait être expliqué par la théorie de dysgénésie microvasculaire cérébrale. Le traitement de cette pathologie est décevant et reste surtout chirurgicale

Conclusion :

le syndrome de Parry Romberg est une pathologie très rare qui s'associe à des manifestations neurologique, oculaire et endocrinienne et qui a une retentissement psychologique et sociale très importants sur le patient.

Résumé :174

Syndrome des ongles jaunes

Wafaa Bahtaoui, Kenza Baline,Fouzia Hali,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le syndrome des ongles jaunes est un syndrome très rare associant des ongles jaunes, des manifestations respiratoires et un lymphoedème des membres. Nous en rapportons un nouveau cas.

Observation :

Patient de 32 ans, consultait pour des anomalies des ongles. L'histoire avait débuté par l'apparition deux ans auparavant d'une toux chronique traitées par bronchodilatateurs avec une efficacité incomplète et transitoire. Dans le même temps, il avait remarqué que ses ongles avaient une croissance ralentie et se coloraient en jaune. L'examen clinique a trouvé une xanthonychie de tous les ongles, qui étaient opaques avec disparition de la lunule, et également un lymphœdème discret des membres inférieurs. Les prélèvements mycologiques des ongles étaient négatifs. La radiographie de thorax montrait une accentuation modérée des opacités broncho-alvéolaires, sans épanchement pleural. Le patient a été mis sous l'association de tocophérol et de fluconazole, avec légère amélioration de l'atteinte unguéale.

Discussion :

Le syndrome des ongles jaunes est une entité rare, dont la physiopathologie reste encore mal connue. Sa définition repose sur une triade clinique associant des ongles jaunes, un

lymphoedème et des manifestations respiratoires chroniques. Il peut exister un décalage temporel entre les différents signes de la triade, qui reste longtemps incomplète et rend le diagnostic difficile. Il n'y a pas de traitement codifié pour ce syndrome. L'association de tocophérol et fluconazole oral peut permettre l'amélioration de l'atteinte unguéale.

Conclusion :

l'association de signes respiratoires, lymphoedème et ongles jaunes doit faire évoquer le syndrome des ongles jaunes dont la physiopathologie et le traitement restent mal déterminés

Résumé :175

Syndrome hyperéosinophlique « pemphigoide-like » chez un patient suivi pour pemphigus : une présentation déroutante !

Mehdi Khallaayoune
Ibtissam Boubnane
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le syndrome hyperéosinophilique (SHE) est une entité rare définie, après exclusion des causes d'éosinoiphilie secondaire, par une hyperéosinophilie persistante (>1500/mm3) associée à une atteinte d'organe. Les manifestations cutanées sont fréquentes, polymorphes et parfois isolées. L'atteinte bulleuse est exceptionnelle notamment comme mode de révélation de la maladie. Nous rapportons le cas déroutant d'un patient de 64ans suivi pour pemphigus superficiel qui a présenté un SHE révélé par une atteinte cutanée bulleuse mimant une PB.

Observation :

Un patient de 64 ans, ayant pour antécédent un pemphigus foliacé en rémission depuis 10ans, s'est présenté pour une éruption bulleuse prurigineuse évoluant depuis 1 mois dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen clinique retrouvait de multiples placards urticariens disséminés, des bulles tendues reposant sur peau saine ou non, ainsi qu'une atteinte muqueuse sous formes de discrètes érosions buccales. La biopsie cutanée d'une bulle récente mettait en évidence un décollement sous épidermique avec un infiltrat à éosinophilie compatible avec une PB. L'examen en IFD ne montrait pas de dépôts au niveau de la membrane basale et l'IFI retrouvait la présence isolée d'anticorps anti-membrane basale à 160U. Le bilan biologique standard montrait une éosinophilie initiale à 2300/mm3 avec un discret syndrome inflammatoire. Le diagnostic de PB avec possible transition phénotypique a été retenu avec mise en place d'une corticothérapie orale à 1mg/Kg/j. Devant l'amélioration clinique très partielle après 1 mois de traitement et la persistance d'un taux d'éosinophiles fluctuant une exploration complémentaire de l'éosinophilie a été réalisée. Le diagnostic de SHE lymphoprolifératif a été retenu sur l'exclusion des autres causes d'éosinophilie (paranéoplasique, parasitaire…), un transcrit de fusion FIPL1-PDGFRA négatif, une clonalité T dans le sang périphérique positive et un immunophénotypage lymphocytaire sanguin montrant un clone T aberrant. Le bilan de retentissement notamment cardiaque, rénal, hépatique et cérébral ne montrait pas d'anomalies. Un premier traitement par Imatinib à 100mg/j a été introduit sans résultat avant d'être remplacé par l'association INFalpha (3MUI 3x/sem) et hydroxyurée (1g/j). Une amélioration modeste a été observée après 2 semaines,

néanmoins en raison de la mauvaise tolérance le traitement a du être interrompu. Les suites ont été marquées par l'installation d'un état de choc septique à point de départ cutané jugulé en réanimation. Une sortie contre avis médical a malheureusement été demandée par le patient et sa famille rendant impossible la poursuite de tout traitement.

Discussion :

Les SHE peuvent être en rapport avec des anomalies de la lignée myéloïdes (SHE-M) à l'origine d'éosinophilies clonales (avec gène de fusion FIPL1-PDGFRA positif), ou avec des anomalies de la lignée lymphoïde (SHE-L) constituant ainsi un véritable syndrome lymphoprolifératif. Des manifestations dermatologiques sont observées dans 27-69% des cas. Elles peuvent, comme pour notre patient, représenter le mode de révélation de la maladie voire être isolées sans manifestation systémique associée. Les variants lymphoprolifératifs sont les plus susceptibles de s'associer à des signes cutanés [3]. Ces derniers sont polymorphes, peu spécifiques et se manifestent principalement par un prurit, des lésions urticariennes, des épisodes d'angiœdèmes, des lésions eczématiformes voire une érythrodermie. Des tableaux de syndrome de Wells' ou de vascularite cutanée sont également possibles. Les lésions bulleuses ne sont pas classiques et peuvent poser des difficultés diagnostiques notamment avec les dermatoses bulleuses auto-immunes. La PB qui comporte des éléments urticariens, des bulles ainsi qu'une éosinophilie d'accompagnement fréquente, peut être facilement confondue avec un SHE comme pour notre patient, d'autant plus que d'authentiques cas d'association ont été rapportés. Les atteintes muqueuses, en particulier orales et génitales, ont pu quant à elles évoquer à tort des tableaux de pemphigus profond. Le diagnostic peut être suspecté devant la présence d'une éosinophilie persistante et d'un infiltrat éosinophilique à la biopsie cutanée, mais seules les explorations hémato-biologiques, particulièrement la recherche du transcrit de fusion FIPL1-PDGFRA ou encore la cytométrie en flux permettent la confirmation et la classification en sous-type du SHE. Un bilan de retentissement notamment cardiaque est indispensable à la recherche de signes de souffrance viscérale absents chez notre patient. L'imiatinib a considérablement amélioré le pronostic du SHE-M mais reste inconstamment efficace dans les SHE-L. La corticothérapie générale est le traitement de choix dans les formes lymphoïdes. L'INF et l'hydroxyurée sont utilisés en seconde intention en cas de corticorésistance, au prix d'une tolérance médiocre. Le pronostic à long terme est meilleur dans les formes myéloïdes que dans les formes lymphoïdes où il existe un risque de transformation lymphomateuse après plusieurs années d'évolution.

Conclusion :

Les SHE sont un groupe hétérogène d'affections hématologiques dont le dénominateur commun est une éosinophilie primitive associée à des lésions d'organe. La peau occupe une place privilégiée au rang des organes atteints et peut constituer la voie d'accès au diagnostic. Ce dernier doit être systématiquement considéré devant un tableau de dermatose chronique atypique associée à une éosinophilie persistante.

Résumé :176

Ulcère chronique de jambe : une complication de la drépanocytose à ne pas méconnaître

Baali Nadia Amal Said,Ouafa Hocar
CHU Mohammed V, Marrakech

Intorduction :

La présence d'ulcère chronique de jambe chez un jeune fait souvent évoquer une cause infectieuse ou traumatique. Cependant, il représente une complication fréquente de la drépanocytose et peut parfois être révélatrice de la maladie. En Afrique, les dermatologues très souvent confrontés à la prise en charge des ulcères chroniques évoquent rarement cette pathologie. Nous rapportons un cas d'ulcère de jambe associé à une drépanocytose SS.

Observation :

Patient I.Y, âgé de 31 ans, issu d'un mariage consanguin du 1er degré , de sexe masculin, suivi pour drépanocytose depuis l'âge de 08 ans, mis sous hydrea arrêté dernièrement, hospitalisé dans notre formation, pour un ulcère de jambe traînant, survenu à l'occasion d'un traumatisme sans notion de cicatrisation et évoluant depuis 06 mois, associé à un prurigo nodulaire confirmé histologiquement. A l'examen dermatologique; on note la présence des nodules de 7 mm de diamètre prurigineux étendus sur tout le corps essentiellement les membres supérieurs et inférieurs, dont certains sont surinfectés, associés à un ulcère de jambe droit traînant sans tendance à la cicatrisation, douloureux, sans zone de nécrose, sans dermite ocre, de contours géographiques irréguliers à la région malléolaire.

Discussion :

L'ulcère de jambe est une complication dermatologique rarement rapportée dans la drépanocytose homozygote. Elle est la conséquence d'une souffrance cutanée occasionnée par les troubles vaso-occlusives répétées. À ce facteur se surajoutent les mauvaises conditions socio-économiques dont la malnutrition et le manque d'hygiène. La localisation malléolaire et l'évolution traînante des lésions sans tendance à la cicatrisation chez un sujet jeune doit faire évoquer cette hémoglobinopathie notamment une drépanocytose homozygote SS. Par ailleurs, l'association du prurigo nodulaire et sa survenue chez le drépanocytaire n'a jamais été rapporté ce qui fait l'originalité de notre observation.

Conclusion :

La présence d'ulcère malléolaire traînant chez un sujet jeune doit faire évoquer une drépanocytose et faire pratiquer une électrophorèse de l'hémoglobine.

Résumé :177

Ulcères de jambe et qualité de vie .

Afaf Khouna, Said Arbaoui,Hazem Aburabie,Hanane Daflaoui,Adnane Benzirar,Omar El Mahi,Nada Zizi,Siham Dikhaye
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Les ulcères de jambe représentent un problème de santé publique et un fardeau important pour les patients, les professionnels de la santé et l'ensemble du système de santé en raison de leur chronicité, leur prévalence élevée et leur coût .La prise en charge de l'ulcère de jambe ne se limite pas uniquement à la prise en charge étiologique et organique et doit viser l'amélioration de la qualité de vie de ces patients qui est souvent compromise .Le but de notre étude est

d'évaluer la qualité de vie des patients porteurs d'ulcère chronique de jambe au CHU Mohammed VI d'Oujda .

Matériels et méthodes :

Nous avons revu la totalité des dossiers des patients hospitalisés ou qui ont consulté pour un ulcère de jambe au service de dermatologie et au service de chirurgie vasculaire du CHU Mohammed VI d'Oujda entre juin 2015 et Mars 2019. L'évaluation de la qualité de vie était réalisé par le DLQI (Dermatology life quality index) .

Résultats :

Nous avons colligé 47 cas, 16 patients étaient vus au service de dermatologie et31 patientsau service de chirurgie vasculaire. La moyenne d'âge était de 48 ans. On notait une prédominance masculine avec un sexe ratio de 2,35 . Les causes d'ulcère retrouvées étaient : ulcère veineux dans 63%, ulcère arteriel dans 10%, ulcère mixte dans 8%, avec un cas de pyodermagangrenosum, un cas d'angiodermitenécrotique, un cas d'ecthyma et un cas de brulure thermique. Sur le plan thérapeutique, 82% des patients bénéficiaient de soins locaux, 31% avaient bénéficié d'une chirurgie visant à traiter l'insuffisance veineuse. Le DLQI était calculé à l'admission et après le traitement. Trente-deux patients avaient répondu au questionnaire . A l'admission le score médian était de 11 , dont 17 % des patients avaient un effet modéré sur leur qualité de vie, 55% avaient un effet important et 8% avaient un effet extrêmement important .Après le traitement étiologique et les soins locaux réguliers, le DLQI était recalculé : 10% ne rapportaient aucun effet sur la qualité de vie, 19 % avaient un effet faible sur la qualité de vie, 17 % avaient un effet important et 8% avaient un effet important sur la qualité de vie .

Discussion :

Nous rejoignons la majorité des séries internationales avec une prédominance masculine et une prédominance des causes vasculaires des ulcères de jambes notamment l'origine veineuse .Dans notre série nous dépassons de loin les scores moyens de DLQI initial retrouvés dans la majorité des études ne dépassant pas 4,46 ± 3,97 soulignant l'altération importante de la qualité de vie de nos patients.Cependant, le DLQI semble sous estimer la qualité de vie des patients porteurs d'ulcère de jambe vu qu'il fait référence aux changements dans la semaine précédente conduisant à sous-estimer l'impact de celui ci. Ainsi les questions omettent des facteurs altérant considérablement la qualité de vie des patients notamment l'odeur désagréable et le cout .

Conclusion :

Notre étude souligne l'importante altération de la qualité de vie des patients porteurs d'ulcères imposant à prendre en considérationl' accompagnement psychologique dans la prise en charge de ces patients. Le DLQI ne semble pas être adapté aux ulcères de jambeset ne permet pas d'évaluer le cout de la maladie ce qui nous pousse à penser à établir un questionnaire plus complet et plus spécifique .

Résumé :178

Un cas de fibrokératome digital acquis

FARAH EL HADADI, Mezni Lina,Kaoutar Znati,Ismaili Nadia,Benzekri Leila,Senouci Karima,Hassam Badreddine,
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le fibrokératome digital acquis, décrit pour la première fois par Bart et al en 1968, est une protrusion bénigne, indolore d'étiologie inconnue, souvent localisée aux extrémités distales, de préjudice esthétique. Il est important de connaître sa présentation clinique pour pouvoir évoquer ce diagnostic en pratique courante et éliminer les autres diagnostics différentiels.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 40 ans, sans antécédents particuliers, qui consultait pour une excroissance digitale sessile, indolore non prurigineuse, de couleur chair localisée au niveau de la face palmaire de l'auriculaire de la main gauche évoluant depuis deux ans (figure A), le reste de l'examen clinique était sans particularités, une exérèse chirurgicale avec étude histologique ont été réalisées. L'étude anatomopathologique montrait un montrait un épiderme acanthosique papillomateux, surmonté d'une hyperkératose orthokératosique, une fibrose collagénique dermique parcourue par des capillaires à parois épaissis (figure B).

Discussion :

Le fibrokératome digital acquis (FKDA) est une entité anatomoclinique rare, de cause inconnue, survient habituellement chez l'homme entre 30 et 60 ans . Il s'agit d'une excroissance digitale en dôme localisée en acrale (doigts, orteils) en rapport avec des microtraumatismes multiples , mais peut également être retrouvée sur les paumes et dos des mains, plantes des pieds, poignets, chevilles et dans la région prépatellaire . Les lésions du FKDA sont habituellement isolées, mais peuvent être associées à d'autres tumeurs. En général, elles sont de petite taille (moins de un centimètre), les rares cas de FKDA avec des tailles plus de 1 cm ont été rapportés et ils ont été nommés de géants FKDAs. Le diagnostic différentiel se pose avec un botriomycome épidermisé, une tumeur de Koenen, un onychomatricome, fibromyxome acral superficiel, une corne cutanée, une verrue avec laquelle il se distingue par la présence à sa base d'un sillon le séparant de la peau saine. Histologiquement, on retrouve une acanthose, une hyperkératose, des faisceaux de collagène dermiques épaissis et disposés selon un axe vertical parallèle à celui de la lésion, des fibres élastiques fines avec augmentation du nombre des fibroblastes et des vaisseaux entre les denses faisceaux de collagène.

Conclusion :

La principale complication, bien que très rare, reste l'ulcération avec risque de surinfection. Quant aux FKDAs géants, ils peuvent être douloureux . L'exèrese chirurgicale complète de la lésion est le traitement de choix sans risques de récidive

Résumé :179

Un Cutis Gyrata associé à une tuberculose péri-orificielle mutillante

Ryme Dassouli, Jihad Kassel, Douhi Zakia, BayBay Hanane, Mernissi Fatima Zahra
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La pachydermie vorticellée du cuir chevelu ou cutis verticis gyrata (CVG), est un état plicaturé rare et acquis du cuir chevelu le plus souvent primitif, sans modification de calotte crânienne associée. Les associations inhabituelles de cette affection avec d'autres pathologies sont rapportées dans de rares cas dans la littérature. Nous citons une nouvelle observation illustrant un cas de Cutis Gyrata associé à une tuberculose péri-orificielle mutilante .

Observation :

Un patient de 58ans, sans antécédents pathologiques, qui présente une macro-chéilite érosive récidivante évoluant depuis 10 ans, précédée par un prurit féroce avec une congestion de la muqueuse nasale, ainsi qu'une infiltration du scalp. L'évolution était marquée 2 ans plus tard par l'ulcération puis la perforation de la cloison nasale sans épistaxis ni rhinorrhées. L'examen clinique trouve une macro chéilite ulcérées et nécrotique par endroits prenant les 2 lèvres, non douloureuse, une perlèche bilatérale et fissuraire, avec une destruction de la cloison nasale et une encoche cicatricielle au niveau de l'aile du nez. Un aspect cérébriforme fait de gyrus séparés par des sillons profonds était remarquable. Le bilan biologique a révélé une légère hyper-éosinophilie à 550.Les bacilles de koch étaient négatifs dans les crachats. Une IDR à la tuberculine déclenchait une réaction phlycténulaire de18 mm. La biopsie parlait de cellules épithéloides géantes regroupées en follicules avec nécrose fibrinoide au centre. L'amplification génomique confirmait le diagnostic de tuberculose. Le patient fut mis sous traitement antituberculeux de 6 mois. Le recul est en cours.

Discussion :

Le CVG est une affection évolutive du scalp caractérisée par une hypertrophie formant des plis semblables au cortex cérébral. La forme primitive est rare, d'origine génétique indéterminée, débutant à l'adolescence. En outre, des formes secondaires peuvent se voire à un âge plus avancé (1). Ces formes sont de causes variées paranéoplasiques, endocriniennes, génodermatoses, maladies de surcharge ou métastases cutanées. La tuberculose péri-orificielle figure parmi les pathologies associées comme c'est le cas de notre patient, chez qui l'objectif principal du traitement était d'arrêter la progression de son lupus Vorax mutilant. Les données de la littérature restent rares pour cerner l'évolution du CVG en fonction de la pathologie associée, en outre, une dizaine d'observations d'accordent à prouver la stagnation de la symptomatologie après un traitement adapté de l'affection associée (2).

Conclusion :

Le CVG est une maladie rare et évolutive nécessitant un bilan clinique et paraclinique pour éliminer les formes secondaires. L'association de cette affection avec la tuberculose demeure rare et mal élucidée. Des études de séries permettraient de conforter les récentes constatations et aider à mieux prendre en charge cette entité.

Résumé :180

Un nodule vulvaire atypique : L'hidradénome papillifère

Meryem Khalidi, Naoufal hjira
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

L'hidradénome papillifère (HP) est une tumeur bénigne, kystique et papillaire des glandes apocrines qui survient presque exclusivement chez les femmes au niveau de la région anogénitale . Les caractéristiques cliniques de cette tumeur peuvent être déroutantes, car elles sont rares. Nous présentons une nouvelle observation à propos de cette entité.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 52 ans ayant consulté pour un nodule vulvaire évoluant depuis quelques mois et qui augmentait progressivement de volume. Parmi ses antécédents médicaux nous avons retrouvé la notion d'un nodule vulvaire au mêmes caractéristiques qui a été excisé chirurgicalement 5 ans auparavant sans document précisant sa nature. A l'examen clinique, on note un nodule blanchâtre de 1,5 cm de diamètre localisé au niveau du tiers inférieur du bord libre de la grande lèvre gauche, indolore, ferme, non prurigineux, mais causant une gêne esthétique et fonctionnelle lors des rapports sexuels chez notre patiente. L'examen gynécologique était sans particularités éliminant principalement une bartholinite qui peut faire le diagnostic différentiel dans cette localisation. L'échographie des parties molles a révélé un nodule kystique sous-cutané hypoéchogène de 15 x 9 mm avec des marges mal définies. Le contenu était hétérogène avec renforcement postérieur sans signe de collection ni de fistule. Le nodule a été excisé sous anesthésie locale. L'analyse histologique a révélé une lésion kystique bénigne avec des plis papillaires tapissés de cellules éosinophiles cylindriques présentant une différenciation apocrine, fournissant un diagnostic d'Hidradénome papillifère. La patiente n'a présenté aucun signe de récurrence après un an de suivi.

Discussion :

HP est une tumeur bénigne rare, prenant naissance dans les glandes sudoripares apocrines . Il est situé presque exclusivement dans les régions vulvaire et anale. Il survient quatre fois plus souvent dans la vulve que dans la région périanale. Il touche les femmes âgées de 30 à 60 ans. La localisation extragénitale est assez rare et a été décrite sur le cuir chevelu , les paupières, le visage ; le conduit auditif externe ; la peau nasale, le tronc, les membres et les aisselles. La lésion est généralement asymptomatique, mais peut être révélée par des démangeaisons, une douleur, un saignement ou un écoulement, en particulier si elle s'ulcère. C'est un nodule solitaire, ferme, mobile et bien délimité, recouvert d'une peau normale. Histologiquement, c'est une lésion kystique dermique bénigne caractérisée par des plis papillaires qui se projettent dans la cavité kystique. Les principaux diagnostics différentiels se portent avec le carcinome épidermoïde, l'endométriose et l'abcès anal. Le traitement repose sur une résection chirurgicale qui établit le diagnostic après un examen pathologique. Les récidives sont rares

Conclusion :

L'hidradénome papillifère est une tumeur anogénitale bénigne de la femme souvent mal connue et dont le diagnostic est essentiellement histologique. son excision chirurgicale garantie la guérison définitive.

Résumé :181

Une étrange morphée généralisée prurigineuse révélant un adénocarcinome prostatique

Ibtissam BENSLIMANE KAMAL, Kenza BALINE,Fouzia HALI,Farida MARNISSI,Soumiya CHIHEB
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

L'association morphée et néoplasie est très rarement décrite. Nous rapportons une observation originale d'association entre une morphée généralisée et un adénocarcinome prostatique.

Observation :

Patient de 71 ans, ayant présenté deux mois avant la consultation, des plaques scléreuses prurigineuses péri-ombilicales qui se sont ensuite étendues à la racine des membres. L'examen clinique révélait une sclérose cutanée généralisée au tronc et aux membres supérieurs et inférieurs, respectant le visage et les extrémités. La symptomatologie cutanée notamment le prurit évoluait de façon concomitante avec la dysurie. Il n'y avait pas de phénomène de Raynaud, ni de signes digestifs ou respiratoires. Le bilan immunologique était négatif. La biopsie cutanée montrait un aspect rectiligne de l'épiderme avec des vaisseaux congestifs aux parois épaissies, le derme était fibreux comportant des faisceaux de collagène épais et horizontalisés. Le diagnostic de morphée généralisée était retenu. La PSA était très élevée avec à l'histologie de la biopsie prostatique un aspect d'adénocarcinome (ADK). Le bilan d'extension était normal. Le patient avait refusé le traitement chirurgical proposé et un traitement à base de colchicine était instauré et suivi pendant des mois sans amélioration de l'atteinte cutanée. Devant l'aggravation des symptômes urinaires, une radiothérapie (RTH) était indiquée aboutissant à une nette amélioration clinique des symptômes urinaires et cutanés à savoir une disparition quasi complète de la sclérose cutanée et une régression totale du prurit.

Discussion :

L'évolution concomitante de la morphée et des signes urinaires qui ont révélé l'ADK prostatique, le caractère prurigineux des lésions scléreuses inhabituel dans une simple morphée et la disparition du prurit et des lésions de morphée juste après le traitement de l'ADK prostatique, sont tous des arguments qui suggèrent le caractère paranéoplasique de la morphée chez notre patient. Si l'association sclérodermie systémique et néoplasie est mieux documentée, le caractère paranéoplasique de la morphée généralisée pourrait être discuté. Nous retrouvons dans la littérature quelques cas d'association entre la morphée et certains cancers, principalement le cancer du poumon, le cancer colorectal, le cancer du sein, les syndromes carcinoïdes. Les patients se caractérisent par un âge avancé, une apparition

soudaine et une morphée concomitante avec un processus paranéoplasique, par contre le prurit n'a jamais été rapporté.

Conclusion :

Notre cas est original en raison du caractère paranéoplasique de la morphée, pouvant être argumenté par la disparition de tous les symptômes cutanés après la RTH. Même Si c'est une association très rare, il faut savoir penser à un cancer devant une morphée surtout chez les sujets âgés, quand celle-ci a un caractère prurigineux, une apparition aigue et une évolution rapidement extensive.

Résumé :182

Une pathomimie cutanée mimant un lupus cutané.

Jean Berchmans NTIHEBUWAYO
Fatma Zahra Fetoiki
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La pathomimie cutanée ou trouble factice est caractérisée par des lésions cutanées, auto infligées et entretenues pour simuler ou imiter une dermatose au vrais sens du terme. Le diagnostic est souvent tardif et difficile à établir pour un clinicien à cause de la multiplicité des aspects cliniques dermatologiques. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant un érythème violacé du visage.

Observation :

Une patiente âgée de 25 ans, consultait pour des lésions érythémateuses du visage évoluant depuis 4 ans. L'interrogatoire retrouvait l'apparition des lésions bulleuses des joues, du tronc, de l'abdomen, des membres et du cuir chevelu, survenues au cours du deuxième trimestre de ses deux grossesses. L'examen clinique trouvant des lésions érythémato-violacées surmontées de squames et de croutes avec des zones cicatricielles atrophiques , des joues, à contour net, en forme géographique, respectant le sillon naso-génien, la zone périorbitaire et péribuccale. La patiente affirme avoir été traitée par les APS pendant 6 mois dans un hôpital de zone, avec amélioration avant d'arrêter d'elle-même la thérapie et voir la récidive des lésions. Le bilan immunologique était négatif permettant d'éliminer le lupus. La biopsie cutanée avait conclu à une dermite non spécifique. Le bilan biologique et infectieux normal. L'examen psychiatrique avait objectivé un syndrome dépressif. Devant la négativation du bilan et la présence de troubles psychiatriques, le diagnostic de pathomimie cutanée avait été retenu. Un traitement à base d'antidépresseur et suivi psychiatrique était inities, associé a l'application des crèmes cicatrisantes sur les lésions du visage avec protection externe. Au bout de 10 jours, un blanchiment cutané complet a été observé avec une amélioration de l'humeur de la patiente.

Discussion :

La pathomimie est un besoin morbide de simuler, d'imiter une maladie en s'imposant des symptômes inventés, le plus souvent des lésions cutanées qu'il se crée lui-même. La difficulté à poser le diagnostic de pathomimie cutanée repose sur la multiplicité des aspects cliniques dermatologiques et du nombre parfois important de médecins qui se sont occupé du même patient pathomime. Le diagnostic est celui de l'exclusion et il est souvent difficile à

confirmer, car les patients admettant rarement leur rôle dans la création de leurs lésions. Le traitement dermatologique des pathomimies cutanées ne doit pas passer au second plan et doit être étroitement articulé à la prise en charge psychiatrique.

Conclusion :

La pathomimie bien qu'elle soit fréquente, son diagnostic reste tardif et imprécis dans la majorité des cas. Le médecin somaticien, le plus souvent seul doit lier rapidement la souffrance somatique et la souffrance psychique dès la démarche diagnostique et faire appel à l'aide d'une équipe pluridisciplinaire.

Résumé :183

Une tumeur inhabituelle du pied : à propos d'un cas

Meryem Khalidi, Naoufal hjira
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

Le porome eccrine de Pinkus est une tumeur bénigne de l'adulte qui se développe aux dépens des glandes sudorales eccrines à partir des kératinocytes jouxtant la portion intraépidermique du canal sudoral. Nous présentons un nouveau cas chez un patient qu'on suit en consultation.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 62 ans, suivi pour diabète type 2 sous antidiabétiques oraux et insulinothérapie, qui s'est présenté en consultation pour un nodule du bord latéral du pied droit ayant apparu il y a quatre ans, augmentant progressivement de volume sans douleur, ni suintement gênant essentiellement le chaussage et sujet aux traumatismes journaliers répétés. L'examen clinique objective un nodule de 1 cm, pédiculé, dur, indolore à surface légèrement rugueuse faisant craindre en premier lieu un carcinome épidermoïde invasif. L'examen histologique de la biopsie-exèrese totale de la lésion a objectivé une tumeur bien limitée formant un plateau revêtu d'une mince couche cornée épidermique formant des travées monomorphes bien délimitées et composées de petites cellules rondes régulières à noyau basophile. Au sein des travées on observe des canalicules à disposition spiralée donnant un aspect dit « excrétoporal ». Les mitoses sont rares. Ainsi le diagnostic de porome eccrine de Pinkus a été retenu. Après un recul d'une année le patient n'a pas présenté de récidive.

Discussion :

Le porome eccrine de Pinkus est une tumeur cutanée bénigne de l'adulte qui partage la large topographie des glandes sudorales eccrines. Cliniquement, elle se présente sous forme d'une tumeur unique bourgoennante, pédiculée à surface kératosique ou érodée. Elle siège préférentiellement au niveau des pieds mais peut se voir à tout le tégument. Elle peut être confondue cliniquement avec un botriomycome, une verrue, un carcinome épidermoide, et surtout un mélanome acromique et histologiquement avec un porocarciome eccrine qui est la plus fréquente tumeur maligne des glandes sudorales de l'adulte d'où l'intérêt d'une exérèse chirurgicale avec analyse histologique.

Conclusion :

Une tumeur à localisation acrale est toujours source d'inquiétude pour le patient et pour le dermatologue, la porome eccrine s'ajoute à la liste des diagnostics différentiels du mélanome

et du carcinome épidermoïde ce qui rend judicieux de rappeler ses caractéristiques cliniques permettant d'y penser lors du diagnostic.

Résumé :184

Utilisation du méthotrexate en milieu hospitalier

LOUBAB OMAHSAN, SORAYA AOUALI,SIHAM DIKHAYE,NADA ZIZI
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Le méthotrexate (MTX) est un traitement utilisé par plusieurs disciplines en médecine. Il s'agit d'un ancien immunosuppresseur qui a prouvé son efficacité dans le traitement de plusieurs pathologies, dans les maladies auto-immunes et néoplasiques.

Matériels et méthodes :

Etude transversale descriptive portant sur les médecins résidents au CHU Mohammed VI d'Oujda, ayant acceptés é répondre à notre questionnaire. Il s'agissait d'un questionnaire anonyme comportant différents items.

Résultats :

Dans cette étude, 32 médecins ont répondu à notre questionnaire. Les dermatologues constituaient 32% d'entre eux, suivi des rhumatologues et des gastro-entérologues (18,8% chacun) . 90,6% de nos praticiens utilisent le méthotrexate en pratique courante, dont 90,6% dans le cadre de maladie auto-immune. La plus part de nos confrères démarrent à une dose inférieure ou égale à 15mg/sem. Ils réalisent tous un bilan préthérapeutique. Seulement 83,3 % associent l'acide folique au méthotrexate. Parmi nos confrères, 81,3% prescrivent une contraception efficace chez la femme, alors que seulement 46,9 l'a prescrive chez l'homme. 34,3% de nos médecins arrêtaient le méthotrexate 2 mois avant l'arrêt de la contraception. En pratique courante, nos médecins étaient confrontés à plusieurs effets indésirables du méthotrexate. Il s'agissait principalement des complications hépatiques (56,3), pulmonaires (21,9%) et hématologiques (12,4%).

Discussion :

Le méthotrexate est un antagoniste de l'acide folique, largement utilisé dans le traitement de quelques pathologies tumorales et auto-immunes. Il a l'AMM dans plusieurs disciplines : rhumatologie, gastro-entérologie, dermatologie…. Son bilan préthérapeutique est actuellement standardisé. Vue ces effets indésirables digestifs, il est fortement conseillé de l'associer à l'acide folique. Le MTX est un médicament tératogène chez les deux sexes. Cependant plusieurs praticiens continuent à ne pas prescrire une contraception efficace chez le couple, si un des deux conjoints est sous ce traitement, comme l'illustre notre étude. Les effets indésirables de ce traitement sont nombreux est bien étudier dans la littérature. La plus part des écrits rapportent les effets indésirables hématologiques en chef de fil. Contrairement à notre étude ou les effets indésirables hépatiques étaient plus dominant.

Conclusion :

Le MTX est un médicament largement prescrit en milieu hospitalier. Ses indications, son bilan préthérapeutique et ses effets indésirables sont actuellement bien connu. Son association

à une contraception efficace est nécessaire. Son utilisation en parallèle à l'acide folique est bien conseillée.

Résumé :185

Validité de la version arabe des scores de qualité de vie DLQI et Skindex16 : évaluation marocaine

Kenza Kandri Rody, Akhdari Nadia,Hocar Ouafa,Amal Said,
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le DLQI et le Skindex-16 sont des questionnaires de mesure de la qualité de vie en Dermatologie. Ils ont été traduits en plusieurs langues différentes dans le cadre de l'adaptation transculturelle facilitant ainsi les échanges comparatifs internationaux. Peu d'études d'évaluation des versions arabes des scores DLQI et Skindex-16 ont été réalisées. Le but de notre étude est d'évaluer la validité et la fiabilité ainsi que l'acceptabilité de la version arabe des scores DLQI et Skindex-16 dans notre contexte marocain à travers deux dermatoses inflammatoires chroniques fréquentes connues par leur retentissement considérable sur la qualité de vie des patients : le psoriasis et le vitiligo.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique réalisée sur une période de neuf mois (Septembre 2018 à Mai 2019 inclus) auprès de 170 patients adultes âgés de plus de 18 ans suivis pour psoriasis et/ou vitiligo de sévérité variable au service de Dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech. Chaque patient a répondu aux deux versions française et arabe dialectale marocaine des deux questionnaires DLQI et Skindex-16. Le questionnaire a été auto-administré sauf chez 10% de nos patients chez qui nous étions contraint de l'administrer par le même enquêteur étant donné leur bas niveau d'instruction.

Résultats :

Durant la période de l'étude, 170 patients ont répondu aux questionnaires, dont 100 patients psoriasiques et 70 présentant un vitiligo. L'âge moyen était de 47 ans avec une légère prédominance féminine. L'acceptabilité des deux langues française et arabe du DLQI et du Skindex-16 était bonne. Aucune donnée incompréhension n'a été notée dans notre étude. La durée moyenne de remplissage du DLQI en arabe était de 8 min contre 9 min pour le DLQI français et de 10 min pour le Skindex-16 arabe contre 12 min pour sa version française. Le psoriasis avait un effet important sur la vie de nos patients selon les deux versions française et arabe avec des scores moyens respectifs de 12,5 et 14 pour le DLQI et de 28 et 32 pour le Skindex-16, dont les extrêmes supérieurs correspondaient aux psoriasis pustuleux et érythrodermique. Quant au vitiligo, il avait un effet plus modéré sur la vie de nos patients selon les deux scores DLQI et Skindex-16. Nous avons noté pour les deux versions française et arabe respectivement des moyennes de 7 et 7,3 pour le DLQI et de 8,5 et 9,2 pour le Skindex-16.

Discussion :

Aucune donnée manquante ou incompréhension n'a été notée dans notre étude, ce qui souligne l'acceptabilité, la simplicité et la fiabilité des versions arabes du DLQI et du

Skindex-16. Celles ci peuvent être considérées également valides puisque leurs moyennes étaient avoisinantes aux moyennes des scores des versions françaises. Les scores des deux versions française et arabe du DLQI dans notre étude convergeaient avec ceux du Skindex-16, consolidant ainsi la validité des deux questionnaires. La durée moyenne de remplissage du DLQI et du Skindex-16 était plus longue dans notre étude, ceci peut être expliqué par le pourcentage élevé d'administration du questionnaire par un enquêteur notamment chez les patients de bas niveau scolaire (10%). La durée moyenne de remplissage des versions arabes avoisinait celle de remplissage des versions françaises, ceci est probablement lié à la francophonie au Maroc.

Conclusion :

Les versions arabes du DLQI et du Skindex-16 adaptées à notre contexte socioculturel marocain, constituent désormais des outils solides valides et fiables pouvant être recommandés pour l'évaluation de la qualité de vie des patients en dermatologie, et ainsi permettre un échange international comparatif.

Résumé :186

Vitiligo infantile: Etude de 11 cas

Meriem El mansouri , El fatoiki Fatimazahra,Sekkali Hayat,Hali Fouzia,Chiheb Soumiya
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le vitiligo est une affection auto-immune due à une perte progressive des mélanocytes. Son diagnostic positif est aisé dans la plupart des cas. Sa prévalence exacte dans la population pédiatrique est inconnue. Le but de notre travail est d'évaluer son profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif chez la population pédiatrique.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective menée en consultation pédiatrique au service de dermatologie de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca, sur une période de 3 ans allant de Juillet 2016 à Juillet 2019.

Résultats :

Nous avons recensé 11 patients. L'âge moyen était de 7 ans avec des extrêmes allant de 5 à 12ans. Le sex-ratio M/F était de 0.4. Le caractère familial était retrouvé chez un malade. Les affections associées étaient représentées par: 1 cas de maladie cœliaque, 2 cas de dermatite atopique avec un cas d'hypovitaminose D. La forme la plus retrouvée était représentée par le vitiligo non segmentaire avec 8 cas. La localisation principale a été représentée par le tronc chez 4 cas, les membres et le périné étaient touchés chez 3 malades, avec une localisation faciale chez un malade. Sur le plan thérapeutique, les dermocorticoïdes restent notre traitement de 1ère intention dans la prise en charge de nos malade , avec recours au tacrolimus chez 2 d'entre eux

Discussion :

Le vitiligo peut apparaître peu après la naissance jusqu'à la fin de l'âge adulte. Le vitiligo infantile est défini dès l'apparition de la maladie avant l'âge de 12 ans. Dans notre pays, très peu d'études ont été menées sur le vitiligo de l'enfant. Plusieurs différences ont été rapportées

entre vitiligo infantile et celui de l'adulte: Sites anatomiques début de présentation de la maladie, les comorbidités et le pronostic. Peu d'essais thérapeutiques ont été réalisés chez l'enfant,les dermocorticoides et le tacrolimus 0.1% ,constituent les principaux moyens thérapeutiques, utilisés dans notre série

Conclusion :

Le vitiligo infantile est une dermatose bénigne dont l'impact psychologique est considérable.

Résumé :187

Maladie de Paget vulvaire: une entité rare et trompeuse

Karrakchou Basma, Asermouh Marwa,Benzekri Laila ,Senouci Karima,Ismaili Nadia,Hassam Badredine
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La maladie de Paget extramammaire correspond à un adénocarcinome intraépidermique fait de grandes cellules claires à noyaux volumineux, et dont le siège est extra mamelonnaire. La localisation vulvaire est la plus fréquente des localisations extra mammaires. Tout l'intérêt réside dans la recherche d'un adénocarcinome associé.

Observation :

Patiente de 70 ans, ménopausée, sans antécédents, consulte pour un prurit vulvaire évoluant depuis 6 mois. L'examen clinique trouve un placard leucoplasique prenant toute la face interne de la grande lèvre gauche et s'étendant au clitoris et à la petite lèvre homolatérale. La biopsie cutanée et l'immunohistochimie sont en faveur d'une maladie de Paget. Le bilan d'extension est sans particularités. La patiente a bénéficié d'une hémivulvectomie, avec des marges d'exérèse saines, et des suites opératoires simples.

Discussion :

La maladie de Paget extramammaire est le plus souvent de localisation vulvaire et touche alors les femmes avec une moyenne d'âge de 50 ans. Contrairement à la maladie de Paget mammaire, la localisation extramammaire n'est associée à un carcinome annexiel sous-jacent que dans 24 à 33 % des cas, et à un cancer viscéral à distance dans 12 à 15% des cas. Le diagnostic positif doit être le plus précoce possible pour rechercher cette association néoplasique probable à des stades initiaux. Cependant, les manifestations cliniques peuvent être trompeuses à type de prurit chronique intense. A l'examen, la lésion est souvent unique, érythémateuse bien limitée recouverte de zones blanchâtres, avec une surface rugueuse parfois érosive, et qui s'étend en tâche d'huile à l'ensemble de la vulve puis du périnée voire de la face interne des cuisses. Les diagnostics différentiels sont alors nombreux et se font surtout avec les mycoses génitales, un psoriasis inversé, un eczéma ou un lichen. L'examen anatomopathologique avec étude immunohistochimique permettent de poser le diagnostic de certitude en mettant en évidence des cellules de grande taille intra épidermiques à cytoplasme abondant pâle et à noyau ovale nucléolé parfois refoulé en périphérie donnant un aspect en bague à chaton. A l'immunohistochimie, ces cellules expriment fortement la cytokératine7,

l'ACE (antigène carcinoembryonnaire), et l'EMA (antigène des membranes épithéliales). Un immunomarquage positif du GCDFP-15 (gross cystic disease fluid antigen) diminuerait la probabilité d'un adénocarcinome associé. Et une absence de marquage de la cytokératine 20 est en faveur d'une maladie de Paget extramammaire primitive. Le bilan d'extension est guidé en fonction de la localisation de la lésion. Le traitement de choix reste la chirurgie d'exérèse avec des marges de 2 cm en emportant la graisse sous cutanée en profondeur, ainsi que la prise en charge de la néoplasie associée. Mais elle ne diminue pas le risque de récidives qui sont rares mais qui nécessitent un suivi rapproché aussi pour dépister un cancer métachrone. Toutefois, le pronostic est souvent bénin.

Conclusion :

Il faut savoir évoquer la maladie de Paget devant toute dermatose chronique du mamelon, vulve, scrotum, ou aisselles résistantes aux traitements symptomatiques.

Résumé :188

Acanthosis Nigricans révelateur d'une récidive ganglionnaire d'un cancer du sein

Kaoutar LAAMARI, Selma El Kadiri,Zakia Douhi,Sara Elloudi,Hanane Baybay,Fatima Zahra Mernissi,
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'acanthosis nigricans est une éruption cutanée généralement observée dans le cadre du syndrome d'insulinorésistance. Il est parfois associé une pathologie maligne,faisant partie des syndromes paranéoplasiques. La principale caractéristique des cancers associés est leur évolution le plus souvent rapidement fatale . Nous rapportons le cas d'une patiente présentant un cancer du sein en rémission et qui presente un acanthosis nigricans révelateur d'une récidive. L'objectif de ce cas est de mettre le point sur l'intérêt de rechercher une pathologie maligne devant un acanthosis nigricans.

Observation :

Il s'agissait d'une patiente âgée de 32 ans, suivie pour un cancer du sein depuis 2012 traité par radiochimiothérapie avec rémission depuis 4 ans , admise en notre formation pour des lésions pigmentées au niveau des plis évoluant depuis 4 mois. L'examen dermatologique révélait la présence d'un placard pigmenté, lichenifié, à surface micropapilleuse par endroits, à limites floues, siégeant aux plis inguinaux et s'étendant sur la racine des cuisses, .Ce même type de lésions se trouvait à moindre degré au niveau du cou et des aisselles et le visage. Le reste de l'examen somatique était sans particularités. Le diagnostic d'acanthosis nigricans était retenue sur des critères cliniques et devant l'antécédents de la patiente, on a demandé un bilan paranéoplasique à la recherche d'une récidive qui a objectivait la présence d'adénopathie sus claviculaire gauche suspecte. Une biopsie fut réalisé objectivant une métastase ganglionnaire de son cancer du sein. La patiente fut adressé en oncologie pour prise en charge.

Discussion :

L'acanthosis nigricans correspond à une éruption cutanée symétrique caractérisée par un épaississement et une hyperpigmentation de la peau. Il peut siéger sur n'importe quelle partie du corps mais prédomine sur les grands plis surtout au niveau de la nuque, des faces latérales

du cou et les régions axillaires. Sur le plan histologique, l'étude microscopique trouve une papillomatose, une hyperkératose partielle ou complète et une pigmentation de la couche basale . L'acanthosis nigricans associé à une pathologie maligne est beaucoup plus rare que l'acanthosis nigricans bénin. Celui-ci se rencontre surtout chez les diabétiques dans le cadre d'un syndrome d'insulinorésistance, chez les obèses et chez les patientes avec syndrome de Stein–Leventhal. Il existe également des formes familiales et des formes induites par certains médicaments comme les corticoïdes . L'absence de notion d'obésité chez notre patiente, et la glycémie à jeun normale, ainsi que l'absence d'antécédent familial de diabète, n'étaient pas en faveur du syndrome d'insulinorésistance. Les tumeurs malignes les plus fréquemment associées à l'acanthosis nigricans sont le cancer de l'estomac, le cancer du pancréas et le cancer du poumon . L'association à une récidive est exceptionnelle. La fréquence de l'acanthosis nigricans chez les patients atteints de cancer est estimée à un sur 6000 . Il peut s'associer à d'autres syndromes paranéoplasiques, comme la papillomatose cutanée floride, le signe de Leser–Trélat et l'hyperkératose palmoplantaire. Par ailleurs, étant un marqueur cutané de cancers, toute découverte d'acanthosis nigricans doit faire chercher minutieusement une pathologie maligne interne. Le traitement de cette pathologie inductrice entraîne le plus souvent une régression de la symptomatologie cutanée associée.

Conclusion :

L'acanthosis nigricans doit être considéré comme un marqueur cutané important de pathologie endocrine ou néoplasique sous-jacente Les associations morbides de l'acanthosis nigricans justifient la recherche exhaustive de sa pathologie associée. Il peut toutefois être considéré comme un marqueur de surveillance.

Résumé :189

Angiofibrome intra-oral : une localisation très particulière !

Safae Maouni, Noureddine Mahiou ,Badredine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

L'angiofibrome est une tumeur bénigne fibrovasculaire rare, localement invasive et d'étiologie inconnue, qui peut affecter différentes parties du corps, dont le nasopharynx, réalisant l'angiofibrome nasopharyngien juvénile. Cette tumeur touche essentiellement les adolescents de sexe masculin. La localisation dans la cavité buccale sur le palais dur est inhabituelle. Nous rapportons le cas d'une femme de 81 ans admise pour la prise en charge d'un angiofibrome siégeant sur le palais dur, confirmé à l'histologie.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 81 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui présente depuis 6 mois une tuméfaction augmentant progressivement de taille, noirâtre, indolore, saignant abondamment au contact, pédiculée au niveau du palais dur, ferme à la palpation, mesurant 5cm x 4cm. Il n'y avait pas d'adénopathies palpables à l'examen des aires ganglionnaires locorégionales. Une exérèse réalisée par voie intra-orale, a permis d'enlever le processus en entier. Il mesurait 5 cm dans son plus grand diamètre. L'histologie a conclu à un angiofibrome du palais dur.

Discussion :

Les angiofibromes de la tête et du cou proviennent le plus souvent du nasopharynx. Une forte corrélation entre le sexe et l'âge suggère l'incrimination des troubles hormonaux du système hypophysaire androgène-œstrogène. Cependant, il n'y a toujours pas de preuve directe de cette hypothèse. La tumeur affecte presque exclusivement les hommes et les symptômes apparaissent à l'âge moyen de 13-15 ans, contrairement à notre cas qui était de sexe féminin avec un âge avancé. Le diagnostic différentiel microscopique se pose avec l'angiomyolipomes, l'angiomyofibroblastome, l'angiofibrome nasopharyngé juvénile, la tumeur fibreuse solitaire, le lipome cellulaire et l'angiomyxome superficiel. Toutes ces tumeurs sont richement vascularisées avec des éléments fibroblastiques ou myofibroblastiques, une sclérose variable et des agrégations adipocytaires focales. Le traitement de choix des angiofibromes intraoraux repose sur la chirurgie. La radiothérapie peut être indiquée pour les lésions non résécables. L'approche chirurgicale est adaptée à la localisation et à la taille de la tumeur. Malgré leur nature histopathologique bénigne, les angiofibromes peuvent présenter une croissance agressive, des saignements peropératoires abondants et un taux de récidive variable de 6 à 27,5 %.

Conclusion :

Nous rapportons un cas rare d'angiofibrome localisé dans la cavité buccale et survenant chez une femme d'âge avancé. La démarche diagnostique fait appel à l'imagerie qui permet de relever le caractère vasculaire de la masse.

Résumé :190

Carcinome Basocellulaire térebrant : Série de 10 cas

KAOUTAR LAAMARI,Sara Elloudi,Zakia Douhi,Hanane Baybay,Fatima Zahra Mernissi,
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le carcinome basocellulaire (CBC) est une tumeur épithéliale développée aux dépens du tissu épidermique, survenant le plus souvent de novo, localisée uniquement à la peau, de malignité locale et lentement extensive. L'objectif : Préciser le profil épidémio-clinique et thérapeutique des patients avec un CBC térébrant.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective au service de Dermatologie du CHU HASSAN II de FES entre janvier 2015 et Mai 2019 colligeant tous les patients présentant des CBC térébrants.

Résultats :

Sur 290 patients colligés ayant un CBC, 10 cas avaient un CBC térébrants (3%). L'âge moyen était de 61ans, avec une prédominance masculine. Le délai de consultation était de 5 ans. Les localisations étaient essentiellement périorificielle: nasale (2 cas), orbitaire (3 cas), auriculaire (1 cas), labiale (3 cas), et temporale (1 cas). L'examen clinique objectivait une tumeur ulcéro-bourgeonnante mutilante à bordure perlée infiltrant les structures profondes. L'examen anatomopathologique avait objectivé un carcinome basocellulaire infiltrant. Six patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, et deux patients ont bénéficié d'un traitement palliatif à base de chimiothérapie type Vismodegib vu la contre indication à la chirurgie. L'évolution a

été marquée par une guérison sans récidive chez 4 patients, 2 étaient perdus de vue et 2 décédés, cependant 2 patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical et de ce fait leur évolution est toujours en cours.

Discussion :

Le carcinome basocellulaire représente la tumeur cutanée la plus fréquente de la peau. Sa variante térébrante représente 2% de l'ensemble des carcinomes basocellulaires avec une nette prédominance masculine. Il s'agit de carcinome ulcéreux creusant de grands cratères nécrotiques qui envahissent les cavités naso-sinusiennes et orbitaires, perforent les os du crâne jusqu'aux méninges, ou détruisent les vaisseaux du cou. La localisation au niveau des plis est expliquée par la zone de fusion embryonnaire. Sur le plan clinique, il est important de ne pas omettre son principal diagnostic différentiel : le carcinome métatypique, d'où l'intérêt d'une étude anatomopathologique de toute la pièce d'exérèse. Ce carcinome térébrant est caractérisé par un aspect agressif avec une structure trabéculaire infiltrante faite des cellules souvent indifférenciées. La localisation au niveau de la face représente un réel challenge thérapeutique. Le pronostic est sombre avec un risque accru de récidive secondaire à deux facteurs: la localisation périorificielle et le retard de consultation.

Conclusion :

Le carcinome basocellulaire térébrant pose une réelle difficulté de prise en charge thérapeutique d'où l'intérêt d'un dépistage précoce des tumeurs cutanées et une sensibilisation de la population.

Résumé :191

Carcinome cutané en cuirasse: Aspect peu commun des métastases cutanées

EL FAQYR Iyda, Layla Bendaouad,Nadia Akhdari,Ouafa Hocar,Said Amal
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le carcinome en cuirasse est une variété peu commune des métastases cutanées, caractérisé par une induration diffuse et un aspect sclérodermiforme de la peau. Ce nom lui a été attribué par Velpeau en 1838 sur la base de sa ressemblance avec le pectoral en acier du cuirassier. Habituellement, le cancer en cuirasse survient chez les patientes présentant une récidive tumorale locale après une mastectomie, bien que chez certains sujets, il peut révéler un cancer du sein. Rarement, cette forme de métastase cutanée a été associée à d'autres adénocarcinomes (cancer du poumon, du rein ou du tractus gastro-intestinal). Nous rapportons deux cas de carcinome cutané en cuirasse.

Observation :

Le premier patient est un homme âgé de 72 ans, tabagique chronique, s'est présenté en consultation de dermatologie pour un placards sclérodermiforme de l'hémithorax droit, et de la région latéro-cervicale droite associé à un lymphœdème du membre supérieur homolatéral, sans nodule cutané palpable, l'examen pleuro-pulmonaire a objectivé un syndrome de condensation médiothoracique droit. Le patient a refusé la biopsie cutanée. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a montré un complexe ganglio-tumoral de la bronche souche droite

dont l'étude histologique et himmunohistochimique était compatible avec un adénocarcinome pulmonaire infiltrant, nous avons conclu à un adénonocarcinome pulmonaire avec métastases ganglionnaires et cutanées et le patient fus adressé en oncologie pour complément de prise en charge. La deuxième patiente est une dame âgée de 52 ans, aux antécédents de mastectomie bilatérale en 2015 pour carcinome canalaire infiltrant bilatéral. Elle s'est présentée en consultation de dermatologie pour une lésion étendue de la paroi thoracique antérieure avec extension latéro-cervicale et dorsale, cette lésion était caractérisée par un placard scléreux et induré de la paroi thoracique, l'examen des aires ganglionnaires a objectivé des adénopathies axillaires droites de 1,5 et 2 cm respectivement dures et fixes au plan profond La biopsie cutanée a montré la présence d'une prolifération carcinomateuse indifférenciée avec présence d'embols vasculaires, l'immunohistochimie n'a pas été faite, faute de moyens. Le scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien a montré des adénopathies cervicales bilatérales et axillaires d'allure tumorale. La patiente a été adressée en oncologie médicale pour complément de prise en charge.

Discussion :

Les métastases cutanées ne représentent que 2% de tous les cancers de la peau, mais l'incidence augmente en raison de l'amélioration de la survie des patients atteints de cancer. Bien que classiquement se présentent sous forme de lésions papulo-nodulaires l'aspect clinique des métastases cutanées peut varier considérablement. Le carcinome cutané en cuirasse est rarement rapporté, il complique le plus souvent une néoplasie mammaire chez la femme et pulmonaire chez l'homme. Il s'agit d'un processus de fibrose atteignant une grande partie de la paroi thoracique et ressemblant à une armure de cuirassier. Des papules et des nodules fermes se fondent en une plaque sclérodermiforme qui recouvre une base érythémateuse. A l'examen histologique, la fibrose est prédominante, le derme est infiltré par des cellules tumorales disposées en «file indienne» entre les faisceaux de collagène, ceci explique une grande résistance à la chimiothérapie.

Conclusion :

Les deux cas que nous rapportons font partie des manifestations métastatiques cutanées peu communes. La connaissance de ces manifestations permet de rechercher rapidement une pathologie néoplasique et de proposer un traitement approprié.

Résumé :192

Carcinome de Merkel de localisation exceptionnelle

Hasna Azendour,Mariame Meziane,Nadia Ismaili,Karima Senouci,Badreddine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Les carcinomes neuroendocrines sont des tumeurs malignes cutanées rares, développées aux dépens des cellules de Merkel cutanées. Ils surviennent préférentiellement chez les sujets âgés et se localisent le plus souvent au niveau des zones photo-exposées, notamment le visage.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 54ans, sans antécédents notables, de phototype III, qui s'est présentée en consultation rapportant l'apparition depuis six mois d'une tuméfaction nodulaire, ulcéro-bourgeonnante indolore de la fesse gauche, mesurant environ 5cm/5cm, de

consistance dure et de coloration violacée. L'examen clinique a retrouvé des adénopathies inguinales gauches en magma dures et indolores. Le reste de l'examen est sans particularités. La biopsie cutanée complétée par l'immunohistochimie était en faveur d'un carcinome de Merkel exprimant de la cytokératine 20, de la chromogranine ainsi que le neurone spécifique énolase.. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a montré la présence de multiples adénopathies sus et sous diaphragmatiques et des métastases hépatiques. Ainsi la patiente était considérée en stade IV de la maladie et avait bénéficié de deux cures de chimiothérapie à base d'étoposide et de carboplastine. Mais l'évolution était décevante et elle est décédée par aggravation de son état général et dissémination métastatique six mois après sa consultation.

Discussion :

Le carcinome de Merkel survient surtout chez la femme, vers l'âge de 60 ans, de race blanche. Elle se présente sous forme d'un nodule ou une plaque cutanée d'un diamètre moyen de 2cm, intéressant essentiellement la face, le thorax et plus rarement les membres. Le présence de granules neurosécrétoires et neurofilaments au microscope électronique est caractéristique. L'immunohistochimie objective la coexistence de cytokératine et de neuropeptides ainsi que la présence quasi-constante de neurone spécifique énolase et de l'antigène épithélial de membrane. Le traitement des tumeurs de moins de 2 cm est l'exérèse chirurgicale seule, au delà de 2cm la lymphadénectomie associée est impérative si présence d'adénopathies. La radiothérapie, à titre adjuvant, est réservée aux localisations cervico-faciales ou la résection large n'est pas toujours possible. Quant à la chimiothérapie, elle reste indiquée dans les formes métastatiques. Le pronostic est mauvais, la survie à 3ans est de 62%.

Conclusion :

Le carcinome de Merkel est une tumeur cutanée rare mais fatale. Elle nécessite plus d'études randomisées afin d'en améliorer le pronostic.

Résumé :193

Carcinome pulmonaire à grandes cellules révélé par un prurit chronique : à propos d'un cas

Hazim Aburabie, Afaf Khouna,Nada Zizi,Siham Dikhaye
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Le prurit est un symptôme fréquemment rencontré en consultation dermatologique. Il est définit comme une sensation subjective et désagréable d'un désir de se gratter qui ne préjuge en rien de la dermatose ou de la maladie sous-jacente. Il peut relever d'affections diverses, notamment néoplasique (1). Nous rapportons le cas d'un carcinome pulmonaire à grandes cellules révélé par un prurit chronique chez un patient de 59 ans.

Observation :

A.R est un patient de 59 ans, suivi pour une cholangite biliaire primitive, consultant pour un prurit généralisé intense évoluant depuis 6 mois avant son admission, associé à une altération de l'état général et un amaigrissement chiffré à 8 kg sur 6 mois. L'examen dermatologique avait révélé de multiples plaques éryhémato-squameuses, bien limitées, infiltrées et suintantes

(figure1), intéressant le tronc et les membres. L'étude histologique et immunohistochimique cutanées étaient non spécifiques. Par ailleurs, le scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien avait montré un processus tumoral parenchymateux hilaire du lobe inferieur du poumon droit, ainsi que de volumineuses adénopathies médiastinales dont l'aspect histologique était en faveur de lambeaux carcinomateux à grandes cellules, avec la présence de noyaux irréguliers et une nécrose tumorale.

Discussion :

Le prurit chronique ne constitue pas une maladie en soi mais un symptôme qui peut révéler plusieurs maladies sous-jacentes, il peut être la première manifestation des maladies internes. En effet dans 10 à 50 % des cas, le prurit coexiste avec une pathologie générale, d'origine médicamenteuse, métabolique, endocrinienne, hémopathique, infectieuse, toxique ou paranéoplasique. Le prurit paranéoplasique est le plus souvent causé par des tumeurs malignes notamment les tumeurs lymphoprolifératives, mais aussi les tumeurs solides telles que les tumeurs gastro-intestinales, les insulinomes, les cancers pancréatiques, les cancers hépatiques, les cancers de la vessie et des voies biliaires. Le carcinome pulmonaire à grande cellule a été rarement rapporté dans la littérature. Le prurit peut précéder le diagnostic de cancer par des mois (2). Une étude allemande Incluant 700 patients a montré que le prurit généralisé était retrouvé chez 13 % des cas (4). Une autre étude portant sur 16925 patients cancéreux présentant un prurit chronique a montré que 7% de ces patients avaient une néoplasie pulmonaire (5). Plus spécifiquement 9 patients parmi 68 patients suivis pour cancer du poumon avaient un prurit dont un seul patient avait un carcinome pulmonaire à grandes cellules(6). Cependant la vraie prévalence de cette association reste inconnue. Notre cas souligne l'importance de l'interrogatoire, l'examen clinique et paraclinique à la recherche d'une néoplasie associée au cours du prurit chronique (3).

Conclusion :

Le carcinome pulmonaire est rarement rapporté comme néoplasie associée au prurit chronique. Les syndromes paranéoplasiques y compris le prurit permettent un diagnostic précoce du cancer, souvent à un stade résécable, améliorant ainsi le pronostic vital.

Résumé :194

Carcinome trichoblastique : à propos d'un cas

Hazim Aburabie, Siham Dikhaye,Nada Zizi,
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Le carcinome trichoblastique (CT) est une tumeur annexielle maligne rarement rapporté dans la littérature. Sa présentation n'est pas spécifique et le diagnostic est toujours histologique, il présente une forte agressivité locale et un potentiel métastatique à distance. Sa prise en charge n'est pas codifiée. Nous rapportons le cas d'un carcinome trichoblastique chez une femme marocaine de 56 ans sans antécédent pathologiques particuliers.

Observation :

C'est une femme âgée de 56 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui consulte pour une masse nodulaire évoluant depuis 12 ans, augmentant progressivement de taille,

devenant rouge, douloureuse, s'ulcérant par endroit, au niveau de la nuque en regard du muscle trapèze droit, faisant 2*2 cm(figure 1). une exérèse cutanée a été réalisée objectivant un CT avec des marges tumorales (figure2,3). Un bilan d'extension locorégionale et générale a été réalisé ne montrant pas d'anomalies, la patiente a ensuite bénéficié d'une reprise chirurgicale avec des marges de 2 cm dont l'étude anatomopathologique n'a pas objectivé de tissu tumoral.

Discussion :

Le CT est une entité de découverte récente et rare puisque actuellement seulement 30 cas ont été décrits dans la littérature. Il survient principalement chez les personnes âgées, de prédominance masculine, atteignant préférentiellement la face, le cuir chevelu, le torse, le dos, les épaules et les extrémités(2). Le CT a des similitudes clinico-histologiques avec le CBC infiltrant et le diagnostic différentiel entre les deux est souvent difficile. Le traitement de choix est la chirurgie avec des marges suffisantes allant de 0,5 à 3 cm selon les auteurs. En cas de métastases, les chimiothérapies conventionnelles n'ont pas montré un effet bénéfique. Cependant une étude proposant un traitement par Sunitinib (inhibiteur de la tyrosine kinase) a permis une réponse partielle avec décroissance de la taille de la tumeur. Le vismodegib constitue également une alternative thérapeutique surtout dans les formes métastatiques en inhibant la voie patched sonic hedgehog (SHH). Sur le plan évolutif, le CT est une tumeur agressive et récidivante, avec un risque de métastases à distance essentiellement pulmonaire d'où la nécessité d'une surveillance clinique rapprochée des patients tous les trois mois .

Conclusion :

Il n'existe pas de consensus pour la prise en charge du carcinome trichoblastique, l'exérèse chirurgicale reste le meilleur traitement et doit être complète avec des marges suffisantes suivie d'une surveillance clinique rapprochée des patients.

Résumé :195

Dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand: à propos de 57 cas

Meriem Chiguer, Hasna khaldi,Ouafa Hocar,Said Amal,Imane Yafi,Driss Elamrani,Yassine Benchemkha

CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le dermatofibrosarcome de Darier Ferrand (DFS) est une tumeur mésenchymateuse cutanée maligne rare mais non exceptionnelle, représentant 0,1% des tumeurs cutanées malignes et moins de 5% des sarcomes des tissus mous de l'adulte. A travers une série de 57 cas, nous analysons le profil épidémiologique, clinique, anatomopathologique, thérapeutique et évolutif de ce sarcome.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur une période de 10 ans allant de janvier 2009 à décembre 2018, portant sur 57 cas du Dermatofibrosarcome de Darier Ferrand colligés au service de dermatologie et de chirurgie plastique au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Résultats :

Parmi les 57 patients, 21 se sont présentés initialement au service pour une récidive tumorale. Une discrète prédominance masculine a été notée. Les DFS touchent préférentiellement l'adulte jeune. Le délai diagnostique observé est en moyenne de 6 ans. Le tronc est la localisation préférentielle (59%), suivi par les extrémités proximales (35 %). Les patients ont été traités par exérèse chirurgicale avec une marge de 5cm en surface, emportant en profondeur une barrière anatomique saine. La couverture de la perte de substance (PDS) a été réalisée après confirmation anatomopathologique du caractère carcinologique de l'exérèse, et a fait appel à différents moyens allant de la greffe cutanée aux lambeaux musculo–cutanés libres. L'évolution a été marquée par la survenue d'une récidive tumorale chez 14 patients (6 cas parmi les tumeurs vues en première intention et 8 cas parmi les tumeurs vues en récidive) et les résultats ont été jugés satisfaisants sur le plan esthétique et fonctionnel.

Discussion :

Le DFS est une tumeur dont le pronostic et le risque évolutif sont principalement liés au délai diagnostic et la qualité de la première exérèse. Le diagnostic tardif rend difficile la chirurgie d'exérèse et de reconstruction. Les possibilités de guérison en cas de chirurgie primaire bien conduite sont significativement supérieures à celles d'une chirurgie de rattrapage. L'amélioration du pronostic passe par une prise en charge multidisciplinaire précoce et codifiée, d'où l'intérêt de la sensibilisation et de l'information du médecin généraliste pour le diagnostic précoce et l'orientation correcte de ces malades vers des centres spécialisés.

Conclusion :

Le DFS est de bon pronostic lorsque le traitement est bien mené mais exige néanmoins une surveillance clinique à vie sachant que certains cas de récidives ont été décrits très tardivement.

Résumé :196

Dermatoses inflammatoires chroniques et carcinome épidermoide

Meriem Abid, Benmoussa Soundous,Ouafa Hocar,Nadia Akhdari,Said Amal
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Les carcinomes épidermoïdes cutanés (CEC) ou « carcinome spinocellulaire » regroupent les tumeurs malignes primitives de la peau, exprimant une différenciation malpighienne. Essentiellement associés à l'exposition solaire, ils apparaissent dans certaines dermatoses inflammatoires chroniques cicatricielles. Nous rapportons une série de dix patients qui présentent des carcinomes épidermoides survenus sur des dermatoses inflammatoires chroniques.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 10 observations de carcinomes épidermoides sur dermatoses inflammatoires chroniques, colligées au service de dermatologie au CHU Mohamed VI de Marrakech durant une période allant de mai 2012 à mai 2019.

Résultats :

Il s'agit de 10 patients : 7 hommes et 3 femmes, d'un âge moyen de 62 ans suivis dans notre formation pour des dermatoses inflammatoires chronique. Deux patients avaient un lupus tuberculeux, trois avaient une hidradénite suppurative, deux avaient un condylome acuminé géant, deux étaient suivis pour un lichen dont un buccal et un inguinal, et un patient présentait une sarcoïdose profuse. La durée moyenne d'évolution de ces dermatoses au moment du diagnostic du carcinome épidermoide était de 21 ans avec des extrêmes allant de 2 à 37 ans. Chez tous les malades la dégénérescence maligne a été suspectée cliniquement devant des lésions ulcéreuses chez 7 malades et ulcéro-bourgeonnante chez 3.L'examen anatomo-pathologique a confirmé le diagnostic. Tous les patients ont bénéficié d'une exérèse tumorale avec curage ganglionnaire. L'évolution a été marquée par la récidive dans 50% des cas.

Discussion :

L'association entre inflammation chronique et transformation maligne est connue depuis l'observation de Virchow qui, au19èmesiècle, a attribué le développement de certaines tumeurs à une irritation chronique. En effet, l'inflammation chronique et la sollicitation quasi permanente du processus de cicatrisation dans les dermatoses inflammatoires pourraient favoriser l'augmentation du nombre des mutations génétiques et la prolifération tissulaire. La stimulation du turnover des cellules basales pourrait également favoriser la transformation maligne.

Conclusion :

En conclusion, les dermatoses inflammatoires chroniques doivent être traitées et surveillées régulièrement et à très long terme pour dépister la moindre transformation maligne.

Résumé :197

Epidermodysplasie verruciforme : une génodermatose rare à HPV

Jihane El Alami, Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Amal Said,
CHU Mohamed VI, Marrakech

Introduction :

L'épidermodysplasie verruciforme (EV) ou maladie de Lutz-Lewandowski est une génodermatose rare, caractérisée par une sensibilité anormale à l'infection par certains types de Papillomavirus Humain (HPV) et la prédisposition à développer des cancers cutanés. Nous rapportons ici le cas d'une patiente avec un retard diagnostic de près de 50 ans, responsable de séquelles fonctionnelles grave.

Observation :

Madame J.M âgée de 58 ans, femme au foyer, qui consultait pour une lésion ulcérée de 4 cm de diamètre au niveau du front qui évoluait depuis plus d'un an. Dans ses antécédents on trouvait une consanguinité au 1er degré, l'exérèse de plusieurs lésions verruqueuses (sans documents) et une infertilité primaire. L'examen cutané montrait de très nombreuses macules hypochromiques pityriasis-versicolor like et des verrues planes. L'examen trouvait également des carcinomes basocellulaires pigmentés de taille variable au niveau du front, du canthus

interne de l'œil, et en sous mentonnier, confirmés histologiquement. De nombreuses kératoses actiniques et kératoses séborrhéiques étaient également retrouvées. Le diagnostic d'épidermodysplasie verruciforme compliqué de lésions précancéreuses et de carcinomes basocellulaires a été retenu. Le bilan d'extension loco-régional des carcinomes basocellulaires a montré un envahissement de la graisse périorbitaire par le carcinome du canthus interne de l'œil droit. La sérologie VIH était négative et la recherche d'HPV n'a pas été pratiquée. La prise en charge thérapeutique comportait l'exérèse des carcinomes basocellulaires avec recouvrement par greffe cutanée pour la lésion du front, et une énucléation de l'œil droit pour la lésion du canthus interne de l'œil droit.

Discussion :

L'EV est une affection rare de transmission habituellement autosomique récessive. Son évolution et son pronostic sont dominés par le développement de cancers dans environ 30 à 70 % des cas après l'âge de 30 ans : maladie de Bowen, carcinomes épidermoïdes et basocellulaires. Ceux-ci apparaissant avec une plus grande fréquence sur le front et le visage, ce qui renforce le rôle cocarcinogène des UV. Chez notre patiente, cette localisation élective associée à un retard diagnostic a été responsable de lourdes séquelles à la fois esthétiques mais également fonctionnelles au vu de l'énucléation de l'œil droit, et d'un impact psychologique notable avec isolement social et port de niqab pour camoufler ses lésions. Deux types de lésions cutanées sont hautement caractéristiques de l'affection et permettent un diagnostic précoce dès l'enfance, avant l'apparition des cancers cutanés. C'est, d'une part, une éruption persistante de papules légèrement squameuses ou kératosiques, à type de verrues planes disséminées, et, d'autre part, des macules dépigmentées ou pigmentées squameuses ressemblant au pityriasis versicolor. Ces lésions siègent électivement sur le dos des mains, les avant-bras, le visage (notamment le front), les jambes et le tronc. Le criblage du génome de familles consanguines a permis d'identifier deux loci de susceptibilité à l'EV responsables d'un défaut de réponse immune à l'éradication des kératinocytes infectés par l'HP. Plus récemment une forme acquise d'EV a été décrite chez les patients immunodéprimés.

Conclusion :

L'épidermopdysplasie verruciforme est une affection multifactorielle, où des facteurs génétiques, virologiques, immunitaires et solaires sont impliqués. La photoprotection et la surveillance régulière des patients sont impératives pour prévenir et prendre en charge au plus vite les carcinomes cutanés.

Résumé :198

Fibrokératome digital siamois à propos d'un cas

Mezni Line, Soumaya Hamich
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le fibrokératome digital acquis (FKD) est une tumeur rare bénigne du tissu fibreux d'étiologie inconnue, habituellement présente au niveau de l'extrémité distale des orteils. Nous rapportons ici le cas d'un fibrokératome en double branche.

Observation :

Patient de 57 ans, aux antécédents d'insuffisance rénal chronique d'étiologie non étiquetée, présente depuis 2 ans une masse filiforme sous-unguéale indolore du gros orteil gauche quelques mois plus tard, il développa un nodule semblant fusionner à son origine avec la première lésion. Devant l'augmentation de taille il consulte en dermatologie, à noter que le patient rapporte la notion de traumatismes répétés du même pied . L'examen trouve une tuméfaction longitudinale sous-unguéale rosée émergeant du repli unguéal proximal surmontée d'une excroissance pédiculée asymptomatique. Le reste de l'examen ne retrouve pas d'éléments en faveur d'une sclérose tubéreuse de Bourneville (STB). La biopsie cutanée avait montré un épiderme acanthosique et hyperkératosique et une fibrose dermique, ce qui était en faveur d'un fibrokératome acral acquis. Une excision totale a été réalisée

Discussion :

Le fibrokératome digital acquis (FKD) est une entité anatomoclinique isolée en 1968 par Bart et al. Il s'agit d'une tumeur conjonctive bénigne, d'étiologie inconnue. Devant la topographie acrale, une origine traumatique a été évoquée. Dans la forme typique, cette tumeur acquise touche surtout l'homme entre 30 et 60 ans, elle est le plus souvent unique, mais des lésions doubles sont possibles. Cliniquement, ce sont des lésions de 3 à 5 mm, qui naissent au niveau du repli sus-unguéal recouvrant partiellement la tablette unguéale. Ils sont rarement volumineux au point de détruire l'ongle. Ces lésions peuvent aussi se voir sur la paume ou la plante, le genou ou la cheville. Les FKD sont cliniquement indifférenciables des tumeurs de Koenen dans la STB, mais dans ce cas, elles ont la caractéristique d'être multifocales, et histologiquement, on note la présence de myofibroblastes étoilés atypiques. En cas de doute, un examen clinique complet est nécessaire à la recherche des critères majeurs et mineurs de Gomez. Les autres diagnostics différentiels des FKD sont le dermatofibrome, l'onychomatricome, le fibromyxome acral superficiel, la corne cutanée et les verrues. L'exérèse chirurgicale est le traitement de choix, avec rarement des récidives.

Conclusion :

Le FKD sous unguéal est une entité particulière, d'où l'importance de connaître sa présentation clinique pour pouvoir évoquer ce diagnostic en pratique courante. L'aspect multibranche chez ce patient est inhabituel et constitue à notre connaissance le deuxième cas rapporté dans la littérature.

Résumé :199

Fibromatose desmoïde du dos du pied gauche : une localisation inhabituelle

Yasmina El Arabi , Baline Kenza,Hali Fouzia,Marnissi Farida,Tawfiq Nezha,Chiheb Soumaya
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La fibromatose desmoïde est une tumeur bénigne rare des tissus mous, agressive localement. Le dos du pied est une localisation inhabituelle. Nous rapportons l'observation originale d'une patiente présentant une tumeur desmoïde du dos du pied gauche.

Observation :

Une patiente de 16 ans présentait une tuméfaction indolore du dos du pied gauche évoluant depuis 3 ans. L'examen clinique trouvait un nodule sous cutané de consistance dure, fixe par rapport au plan profond, en regard du 4ème et 5ème métatarsiens, mesurant 6/4cm. L'IRM du pied objectivait une masse mal limitée des parties molles superficielles dorsales évoquant en premier une fibromatose profonde, sans atteinte osseuse. La biopsie profonde a confirmé la présence d'une tumeur desmoïde avec un marquage négatif des récepteurs hormonaux. La colonoscopie était normale. Après staff d'oncologie-traumatologie, la patiente était mise sous inhibiteurs de la cyclooxygénase2 avec amélioration clinique.

Discussion :

L'originalité de notre observation réside non seulement dans la rareté de cette entité mais surtout dans sa localisation inhabituelle au niveau du pied. En effet, les tumeurs desmoïdes représentent 3,5% de l'ensemble des tumeurs mésenchymateuses et 0,03% de toutes les néoplasies. Leurs localisations les plus courantes sont par ordre de fréquence: l'épaule, la paroi thoracique, le dos, les cuisses et la région cervicale. Dans une revue de la littérature de 2018, seulement 8 cas de fibromatose profonde du dos du pied ont été rapportés. Plusieurs traitements peuvent être proposés. Même s'ils n'ont jamais été utilisés pour notre localisation, les AINS ont fait leur preuve dans des cas de tumeurs desmoïdes thoraciques et intra-abdominales, ce qui nous a incités à les utiliser chez notre patiente avec un bon résultat.

Conclusion :

Le traitement par AINS peut avoir un intérêt pour la conservation des structures anatomiques en cas de fibromatose desmoïde du pied. Ceci dit, des études doivent valider cette indication.

Résumé :200

Gaz moutarde et Mycosis fongoide au Nord Est du Maroc :

Afaf Khouna, Nada Zizi,Siham Dikhaye
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Le mycosis fongoïde (MF) est le lymphome cutané T primaire le plus fréquent. Il représente environ 50% de tous les lymphomes cutanés primaires. Son étiopathogénie est multifactorielle. Le gaz moutarde ou le sulfure de 2,2'-dichlorodiéthyle, classé clairement comme carcinogène pourrait être incriminé dans la survenue ou l'aggravation du MF chez les patients exposés.

Matériels et méthodes :

Nous avons revu la totalité des dossiers des patients suivis dans notre formation pour un MF entre juin 2015 et mai 2019. Les dossiers retenus étaient analysés selon une grille comprenant les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives .

Résultats :

Nous avons revu la totalité des dossiers des patients suivis dans notre formation pour un MF entre juin 2015 et mai 2019. Les dossiers retenus étaient analysés selon une grille comprenant les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives .

Discussion :

Le gaz moutarde est un liquide huileux incolore à jaune, lipophile facilement absorbé par la peau, par inhalation ou par les muqueuses des yeux. C'est l'agent qui était le plus largement utilisé dans la guerre chimique pendant la Première Guerre mondiale, dans le conflit Irak-Iran (1983-1988) ainsi que dans la guerre chimique de l'Espagne contre le Rif du Maroc (1921-1926). Il a été clairement classé comme un cancérigène chez l'homme notamment pour les cancers des voies respiratoires, les cancers gastro-intestinaux et les cancers hématologiques. Cependant, les tumeurs malignes de la peau sont rarement rapportées. Quant au MF, une étude iranienne portant sur 1100 patients exposées au gaz moutarde a montré une incidence élevée de MF avec un âge de diagnostic inferieur par rapport à la population non exposée. Dans notre étude presque la moitié des patients porteurs de MF avaient des origines et/ou habitaient les régions du Rif. Nous avons remarqué également que les 3 cas qui avaient un stade tumorale de la maladie avec un pronostic fâcheux étaient tous originaires et habitaient le Rif.

Conclusion :

Très peu d'études se sont intéressées à établir le lien de causalité entre le gaz moutarde et le MF, ce qui nous pousse à suggérer une analyse moléculaire chez ces patient à fin de dépister le MF et confirmer cette théorie.

Résumé :201

Hidradénocarcinome développé sur un hidradénome préexistant : Une nouvelle observation

Ghita Sami, Kenza Baline,Fouzia Hali,Farida Marnissi,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

L'hidradénocarcinome est une tumeur maligne développée aux dépens des glandes sudoripares. Il est particulièrement rare et représente moins de 6 % des tumeurs eccrines malignes. Il survient classiquement de novo. Nous rapportons le cas d'un patient présentant un hidradénocarcinome du pli de l'aine développé sur un hidradénome préexistant.

Observation :

Patient de 61 ans suivi pour vitiligo depuis 15 ans, présentait depuis l'âge de 14 ans un nodule, non inflammatoire au niveau du pli inguinal gauche, initialement de 1,5 cm. L'évolution était marquée depuis deux par l'augmentation rapide de la taille avec ulcération et saignement. L'examen dermatologique trouvait une lésion nodulaire, ferme, érythémato-violacée, de 6cm, ulcérée par endroits, surmontée d'un petit nodule de 1cm. Une biopsie cutanée avec étude immunohistochimique et marquage à l'ACE et l'EMA était en faveur d'un hidradénome atypique avec index de prolifération élevé focalement en d'une exérèse large.

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire mettait en évidence une prolifération tumorale mal limitée avec différenciation caniculaire sudorale, un ki67 élevé avec présence d'atypies nucléaires et de multiples mitoses; faisant ainsi la part entre le contingent bénin et le contingent carcinomateux Le diagnostic retenu était un hidradénocarcinome développé sur hidradénome préexistant. Un bilan d'extension était normal. Le recul actuel est de trois mois.

Discussion :

La particularité de notre observation réside dans la rareté de l'hidradénocarcinome, et le fait qu'il soit développé sur un hidradénome préexistant puisqu'il s'agit d'une situation encore plus rare ainsi que le siège qui est peu décrit. L'hidradénocarcinome représente moins de 0,001 % de l'ensemble des tumeurs. A ce jour, une cinquantaine de cas seulement ont été décrits dans la littérature. Il touche essentiellement les sujets âgés de 50 à 70 ans avec une légère prédominance féminine. Cliniquement, il se présente sous forme de nodule ferme ou kystique siégeant habituellement au niveau de la tête, cou, tronc et extrémités. Il survient le plus souvent de novo, rarement sur dégénérescence d'un hidradénome préexistant dans près de 7% des cas seulement. Il n'y a pas de consensus thérapeutique ; la chirurgie large avec marges saines est le gold standard. Le curage ganglionnaire et la radiothérapie peuvent également être envisagés selon les indications. Le pronostic est sombre avec un risque élevé de récidive locorégionale et de métastases à distance essentiellement ganglionnaires.

Conclusion :

La particularité de notre observation réside dans la rareté de l'hidradénocarcinome, et le fait qu'il soit développé sur un hidradénome préexistant puisqu'il s'agit d'une situation encore plus rare ainsi que le siège qui est peu décrit.

Résumé :202

Human papillomavirus et oncogénicité : Autour de deux observations

Samia Mrabat, Sara Elloudi,Aicha Nassiri,Zakia Douhi,Hanane Baybay,Fatima Zahra Mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Les papillomavirus humains (HPV) infectent exclusivement les épithéliums cutanés et muqueux. Ils sont -pour certains types- responsables de cancers, en particulier au niveau anogénital et cutané. A travers deux observations, nous étudions le lien entre un HPV non oncogène et deux affections dermatologiques l'une maligne et l'autre bénigne.

Observation :

Cas 1 : Un patient de 66 ans, a consulté pour une lésion inguinale gauche, évoluant depuis 15 ans, augmentant progressivement de taille avec notion de saignement. L'examen dermatologique a trouvé une tumeur ulcéro-bourgeonnante à surface verruqueuse faisant 10 cm de grand axe, à base infiltrée au niveau du creux inguinal, s'étendant jusqu'à la bourse homolatérale sans l'envahir. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de carcinome épidermoïde. La TDM pelvienne ne montrant pas d'envahissement locorégional, le patient a bénéficié d'une exérèse de la tumeur. Le génotypage d'HPV fait sur la pièce d'exérèse a

montré la présence d'HPV de type 6. Cas 2 : Un homme de 58 ans, présentait depuis 3 ans, des tumeurs augmentant progressivement de taille, d'abord au niveau génital puis sur le dos et le cou. L'examen a noté plusieurs tumeurs exophytiques en chou-fleur au niveau génital, ainsi que deux lésions similaires au niveau du dos et du cou. La biopsie cutanée ayant confirmé le diagnostic de tumeur de Buschke Löwenstein, une exérèse chirurgicale des tumeurs a été faite. Le génotypage fait sur les lésions génitales et extra génitales a retrouvé l'HPV6.

Discussion :

Tous les types d'HPV peuvent induire des proliférations bénignes, cependant 12 types sont étroitement liés aux néoplasies (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 et 59) et sont classés à haut risque. Les hpv 16 et 18 sont les plus dangereux, ils sont impliqués dans 70% des cancers du col. L'HPV 6 et 11 sont classées parmi les sous types de bas risque et sont responsables de plus de 90% des condylomes. Cependant, ils peuvent parfois induire des lésions extra génitales lorsqu'elles sont transmises par manuportage. Récemment, il a été rapporté que les génotypes d'HPV 6 et 11, peuvent être associés avec le carcinome anal et des lésions de haut grade, qui sont d'habitudes reliées aux HPV de haut grade, tel était le cas de notre premier malade. Ainsi, les mécanismes de l'infection à HPV de bas risque et la relation entre la pathologie néoplasique et les sous-types de bas risque nécessitent des études plus approfondies.

Conclusion :

La particularité de notre première observation réside dans l'implication d'un HPV non oncogène dans la survenue du carcinome épidermoïde. Son aspect verruqueux et son siège nous ont incité à réaliser un typage à la recherche d'HPV. L'intérêt du deuxième cas est dans la localisation extra génitale de l'HPV 6 notamment sur le dos et le cou, qui serait expliquée par le manuportage du virus.

Résumé :203

Kaposi iatrogene

Chaymae Jroundi,Sara Elloudi,Khadija El Boukhari,Jihad Kassel,Hanane Baybay,Fatima Zahra Mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La maladie de Kaposi (MK) est une affection multifocale à expression cutanée et viscérale. La MK peut survenir dans un contexte endémique, être associée au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou compliquer un état d'immunosuppression.

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective menée dans le service de dermatologie du centre hospitalier Hassan II de Fès-Maroc, incluant 4 patients présentant une MK iatrogène confirmée histologiquement.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 61ans. Il y avait trois femmes et 1 homme. Tous recevaient une corticothérapie, associée au méthotrexate dans un cas. Le délai moyen d'apparition des lésions après l'introduction du traitement était de 18,5 mois. Le mode de révélation était cutané dans tous les cas. Une atteinte muqueuse était présente chez un seul patient sans

atteinte viscérale. Les sérologies pour le VIH étaient négatives chez tous les patients. L'attitude thérapeutique reposait principalement sur la diminution ou l'arrêt de l'immunosuppresseur. L'évolution était favorable dans la plupart des cas avec une régression et affaissement des lésions et diminution du lymphœdème chez une de nos patients. Un cas de récidive - après amélioration à la dégression de corticothérapie - a été noté, et qui était traité par une exérèse chirurgicale des nodules associée à la radiothérapie, le patient a été perdu de vue par la suite.

Discussion :

La MK iatrogène a été décrite initialement chez des sujets recevant de fortes doses d'immunosuppresseurs comme des transplantés d'organes, particulièrement des transplantés rénaux avec une prédominance masculine. Elle peut également compliquer un simple traitement par corticoïdes ou immunosuppresseurs à faible dose comme est le cas de nos patients ; toutefois, peu d'observations de ce type ont été rapportées dans la littérature. L'apparition des lésions et leur sévérité sont variables selon le type d'immunosuppresseur utilisé, la posologie et la date de début du traitement. La corticothérapie induirait l'apparition de la MK chez les patients susceptibles en stimulant le développement des facteurs de croissance et des récepteurs régulateurs des glucocorticoïdes sur les lésions de Kaposi. La prise en charge repose essentiellement sur l'arrêt ou la diminution de l'immunosuppresseur, qui permet dans la majorité des cas une régression, voire la guérison complète des lésions.

Conclusion :

La MK est une complication rare mais non exceptionnelle des traitements immunosuppresseurs, notamment la corticothérapie. La maladie s'est révélée par des manifestations cutanées chez tous nos malades, illustrant l'intérêt d'un suivi régulier et d'un examen dermatologique systématique des patients sous immunosuppresseurs, et suggérant l'intérêt d'un dépistage de l'infection HHV8 avant d'introduire de tels traitements.

Résumé :204

Kératoacanthome scrotal: une localisation exceptionnelle

Basma Karrakchou, Regragui Souhail,Benzekri Laila ,Senouci Karima,Ismaili Nadia,Iben Attiya Ahmed,Hassam Badredine
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le kératoacanthome (KA) est une tumeur cutanée bénigne développée à partir des glandes pilo-sébacées des zones photoexposées, le scrotum reste donc une localisation exceptionnelle. Il se caractérise par un début brutal, une croissance rapide puis une résolution spontanée en 4 à 6 mois. Mais il peut rarement être géant quand la taille > 3cm. L'intérêt réside dans sa distinction avec un carcinome épidermoïde invasif vers lequel il peut évoluer. Un traitement chirurgical agressif est alors souvent préconisé.

Observation :

Un homme de 62 ans aux antécédents de cholécystectomie en 2005, s'est présenté avec une tumeur scrotale évoluant depuis 9mois, végétante arrondie grossièrement symétrique

atteignant les 3,5cm mobile indolore sans signes d'infection, d'hémorragie ou de nécrose, mais présentant un cratère central avec des dépôts blanchâtres. L'exérèse chirurgicale a été réalisée. L'histologie a révélé un aspect en faveur d'un kératoacanthome avec des marges d'exérèse saines.

Discussion :

Décrit pour la première fois en 1889 par Hutchinson, le KA est une tumeur épithéliale bénigne développée à partir du follicule pilo-sébacé qui se caractérise par un début brutal, une évolution rapide, puis une régression spontanée vers une cicatrice atrophique après 6mois. Il atteint généralement l'homme entre 60 et 70 ans, et siège sur des zones photoexposées. Sa pathogénie est sujette à controverse mais de nombreux facteurs semblent favoriser son apparition : ultraviolets, carcinogènes chimiques, immunosuppression, papillomavirus humain. Il s'agit cliniquement d'une papule érythémateuse qui passe souvent inaperçue, puis évolue en quelques jours vers un nodule arrondi bien limité de 1 à 2 cm, à périphérie perlée télangiectasique circonscrivant un cratère central recouvert d'un matériel corné. La régression spontanée se fait par affaissement du cordon périphérique et élimination du bouchon corné central, laissant une cicatrice atrophique souvent traversée par des grains de milium. L'aspect dermoscopique est proche du carcinome épidermoïde (CE). A l'histologie contrairement au CE, le KA se caractérise par une organisation générale symétrique et une transition abrupte entre la masse tumorale et l'épiderme normal, la tumeur ne s'étend pas en profondeur au delà des glandes eccrines, et il n'ya pas de dysplasie et l'indice mitotique est bas. Mais certains KA peuvent être transformés en véritables CE avec un potentiel métastatique réel. Certains auteurs préconisent l'abstention thérapeutique en raison de la régression spontanée. Cependant, le traitement de choix reste l'excision chirurgicale complète avec des marges de 4 mm en raison du faible mais réel risque de transformation maligne. Un suivi clinique est nécessaire. Les moyens de prévention comportent l'éviction des expositions intenses et prolongées aux rayons ultraviolets, et l'auto-examen des zones photoexposées.

Conclusion :

Le KA est une entité à la limite entre la bénignité et la malignité. Elle se développe sur la peau photoexposée, mais la localisation scrotale remet en question la place des UV dans la genèse de cette tumeur. Le diagnostic doit être basé sur une corrélation anatomo-clinique afin de na pas passer à côté d'un véritable CE au pronostic plus fâcheux.

Résumé :205

La maladie de Ledderhose ; Présentation atypique à propos d'un cas

Mezni Line, Farah El hadadi
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La maladie de Ledderhose est une prolifération fibroblastique rare mais bénigne de l'aponévrose plantaire. Les causes restent inconnues. Le diagnostic est clinique complété par l'échographie et l'IRM. Le traitement chirurgical reste réservé aux formes douloureuses après un examen anatomopathologique qui permettra le diagnostic de certitude.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 57ans, adressée en dermatologie pour exploration d'une tuméfaction nodulaire plantaire du talon droit évoluant depuis 20 ans ayant augmenté progressivement de taille devenant douloureuse avec gêne à la marche mais sans impotence fonctionnelle. Devant son caractère douloureux et évolutif une échographie puis une IRM ont été demandées éliminant un processus tumoral. Le diagnostic d'une fibromatose plantaire a été évoqué puis confirmé par l'analyse histologique et immunohistochimique après la réalisation d'une biopsie exérèse.

Discussion :

La fibromatose plantaire est caractérisée par une fibrose nodulaire de l'aponévrose plantaire superficielle (APS). L'âge de début est entre 30–50ans, l'atteinte peut être bilatérale. Cliniquement, elle se manifeste par un ou plusieurs nodules sous-cutanés et indolores, intéressant la partie médiale de l'aponévrose plantaire. Ils deviennent invalidants lorsqu'ils augmentent de taille à cause d'une réaction inflammatoire ou en cas d'extension vers les muscles ou les structures neurovasculaires adjacents. L'échographie, montre une image fusiforme orientée dans le grand axe de l'APS, hypoéchogène homogène sans dépôts calcique. L'aspect est typique et la continuité avec l'APS exclue les autres tumeurs (sarcome synovial et les fibromatoses tissulaires bénignes). L'histologie et l'immunohistochimique, permettent de confirmer le diagnostic, montrant une prolifération de cellules myofibroblastiques, organisées en nappes ou en nodules, sans atypie. L'immunohistochimie permet d'éliminer les diagnostics différentiels. L'absence de marquage par l'antiS100, élimine une prolifération schwannienne ou de cellules mélanocytaires, la négativité du marquage par l'anti-EMA écarte une prolifération de cellules périneurales. Une prolifération de cellules musculaires lisses ou striées, est éliminée par l'absence de marquage par l'anti-caldesmone,l'anti-desmine et l'anti-myogénine et une prolifération de cellules épithéliales est éliminée par la négativité du marquage par l'antiAE1-AE3. La négativité du marquage par l'anti-CD34 et l'anti-MUC4 n'est pas en faveur d'une tumeur fibreuse solitaire, ou d'un sarcome fibromyxoïde de bas grade. Le pronostic de cette lésion est surtout lié à la qualité de l'exérèse chirurgicale, afin de limiter le risque de récidive locale qui apparaît augmenté chez les patients avec des lésions multiples, présentant des antécédents familiaux, ou développant un névrome post-opératoire.

Conclusion :

La particularité de notre observation réside en la topographie atypique de la lésion, à noter que certaines présentations clinico-radiologiques de la maladie peuvent apparaître inquiétantes, le résultat anatomopathologique peut alors participer au faisceau d'argument en faveur de la bénignité.

Résumé :206

L'association mycosis fongoïde et cancers solides : Une série de 3 cas

Samia Mrabat, Sara Elloudi,Zakia Douhi,Hanane Baybay,Fatima Zahra Mernissi
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le mycosis fongoïde est le plus fréquent des lymphomes cutanés représentant près de 50% de tous les lymphomes cutanés primitifs. C'est une forme indolente de lymphome, mais qui peut parfois s'associer à des pathologies malignes. Le but de notre travail est d'étudier le profil de cette association dans notre population.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétro-prospective étalée sur 10 ans. Ont été colligés, tous les cas de mycosis fongoïde confirmés sur biopsie cutanée avec immunohistochimie, diagnostiqués au service de dermatologie au CHU Hassan II de Fès, entre Janvier 2009 et Mai 2019.

Résultats:

Nous avons trouvé 70 cas de MF. Sur les 70 cas colligés, trois avaient un cancer associé. Il s'agissait de 2 hommes et une femme avec un âge moyen de 54 ans. Les néoplasies retrouvées étaient : un carcinome urothélial de la vessie, un adénocarcinome colique et un adénocarcinome péritonéal de primitif inconnu probablement ovarien. Dans les 3 cas, le diagnostic de cancer solide est survenu après le diagnostic du mycosis fongoïde. Pour le cancer de la vessie et du colon, la découverte était fortuite devant la présence respectivement d'un épaississement de la vessie et du colon à la tomodensitométrie de réévaluation. Tandis que l'adénocarcinome péritonéal a été révélé par des douleurs abdominopelviennes associées à une ascite de grande abondance, ayant conduit à la réalisation d'une laparotomie et des biopsies péritonéales. La néoplasie associée a causé le décès dans 2 cas (adénocarcinome de l'ovaire et du colon). Le patient présentant la tumeur de vessie a bénéficié d'une exérèse chirurgicale de la tumeur avec une bonne évolution.

Discussion :

L'association de mycosis fongoïde et d'une autre néoplasie est rare. Elle concerne essentiellement les hémopathies malignes, en particulier la maladie de Hodgkin, et plus rarement les cancers solides. Cependant, contrairement à la dermatomyosite, on ne peut pas parler d'une maladie paranéoplasique puisque que le mycosis fongoïde ne guérit pas avec le traitement du cancer. La survenue de cancer solides serait expliquée par plusieurs facteurs oncogènes génétiques, environnementaux et viraux, sans oublier le rôle immunosuppresseur de la maladie lymphomateuse et des traitements. Les explorations initiales réalisées dans les lymphomes cutanés s'avèrent surtout utiles pour la recherche d'adénopathies profondes, en particulier dans les lymphomes T de stade élevé. Elles peuvent exceptionnellement permettre la découverte fortuite d'un cancer associé comme c'était le cas pour deux de nos malades.

Conclusion :

Le rôle des traitements du lymphome cutané et de facteurs génétiques prédisposants, nécessite encore des études épidémiologiques et/ou physiopathologiques pour expliquer la survenue de cancers au cours de l'évolution de lymphomes cutanés, principalement le mycosis fongoïde.

Résumé :207

L'ulcère de Marjolin : Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique: A propos de 53 cas.

Meriem Chiguer, Hasna khaldi,Ouafa Hocar,Said Amal,Imane Yafi,Driss Elamrani,Yassine Benchemkha
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

L'ulcère de Marjolin (UDM) désigne l'ensemble des tumeurs malignes cutanées survenant sur des lésions inflammatoires chroniques et cicatricielles, notamment de brûlures anciennes

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective (1er Janvier 2008 au 1 Janvier 2019) portant sur une série 53 cas d'ulcère de Marjolin d'étiologies différentes, colligées au Service de dermatologie et de vénérologie et au service de Chirurgie Plastique, Réparatrice, Esthétique et Brûlés au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 50,5ans, le sex-ratio était de 1,2. Les cicatrices de brûlures étaient l'étiologie la plus fréquente retrouvées chez 40 patients (75.47 %). 8 patients (15%) ont bénéficié d'une prise en charge adéquate de la lésion initiale. La période de latence moyenne était de 13,46 années. La localisation la plus fréquente dans cette série était les extrémités, retrouvée chez 28 patients (56,6%). L'aspect de la tumeur était sous forme ulcéreuse chez 32 patients (60.37%) et sous forme ulcéro-bourgeonnante chez 21 patients. L'examen anatomopathologique a révélé un carcinome spinocellulaire chez 52 patients (98,11%). L'exérèse carcinologique était la règle chez tous nos patients (100%). L'amputation a été réalisée chez 8 patients (15,09%). Une couverture immédiate de la perte de substance résultante de l'exérèse large a été réalisée chez 5 patients (9.4%) et différée chez 38 patients (71.6%) après vérification du caractère carcinologique de l'exérèse.

Discussion :

L'ulcère de Marjolin a été décrit par François-Nicolas Marjolin en 1828. L'incidence de l'ulcère de Marjolin est très différemment estimée selon les études, mais elle semble être corrélée au niveau de médicalisation et d'accès aux soins. L'aspect clinique le plus commun est la forme ulcérée, et le type histologique prépondérant est le carcinome épidermoïde très lymphophile. L'UDM se développe généralement au niveau des membres et du tronc et plus particulièrement au niveau des grands plis de flexion puisque l'ulcération est entretenue par les forces musculaires antagonistes et les traumatismes fréquents. Le délai d'apparition de ces tumeurs cutanées varie en moyenne de six semaines à 30 ans. Le pronostic de l'UDM reste réservé vu son haut potentiel métastatique, son risque de récidive et le taux élevé de mortalité et de comorbidité qu'il engendre. Bien que la prise en charge de l'UDM soit controversée, la chirurgie radicale reste le traitement de choix, associée, dans certains cas, à la radiothérapie et à la chimiothérapie.

Conclusion :

Le traitement de l'UDM est avant tout préventif, basé sur la prise en charge correcte de la brûlure initiale, la cure de toute cicatrice instable et une surveillance régulière. La biopsie-exérèse doit être réalisée au moindre doute de dégénérescence.

Résumé :208

Le carcinome épidermoïde sur tumeur de Buschke-Löwenstein : à propos de 2 cas et revue de la littérature

Sara Lahsaini, Ghita Cherkaoui
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

La tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL), ou condylome acuminé géant, est une maladie rare, sexuellement transmissible (induite le plus souvent par HPV 6 ,11), de localisation principalement génitale. Cette tumeur se caractérise par son potentiel dégénératif et son caractère envahissant et récidivant après traitement. Sa prise en charge reste toujours difficile, elle est base essentiellement sur la chirurgie.

Matériels et méthodes :

Notre travail consiste en une étude de deux cas de carcinome épidermoïde sur TBL, prit en charge au service de chirurgie plastique, entre janvier 2014 et mai 2018. Nous avions analysé les aspects : cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de cette pathologie.

Résultats :

Observation 1 : Monsieur M.B, âgé de 55ans, ayant comme ATCD une intoxication alcoolo-tabagique, a consulté pour une masse bourgeonnante scrotale évoluant depuis 15 ans. L'examen a trouvé une tumeur en chou-fleur avec des lésions bourgeonnantes se localisant au niveau de l'hémiscrotum gauche étendu au pubis, et a la partie interne de la cuisse homolatérale. La biopsie préopératoire a montré la présence d un carcinome épidermoïde in situ sur un condylome et Le bilan d extension est négatif. Une exérèse large de la tumeur amputant l'hémiscrotum gauche et une partie de la peau du pubis et de la racine de la cuisse fut réalisée. L'étude de la pièce d'exérèse a confirme la présence des foyers de carcinome épidermoïde moyennement différencié sur un terrain de condylome. Le recouvrement a été assuré dans un deuxième temps par une GPT. L'évolution avec un recul de 6 mois n'a pas noté de récidive tumorale. Observation 2 : Monsieur S.A, âgé de 48ans, tabagique chronique a consulté pour une tumeur bourgeonnante scrotale évoluant depuis 9 ans. L'examen a retrouvé des végétations en chou-fleur, avec écoulement de pus par endroit prenant tout le scrotum, la base de pénis et la partie interne des deux cuisses. La biopsie préopératoire a montré la présence d un carcinome épidermoïde bien différencié sur un condylome et Le bilan d extension est négatif. Une exérèse large de la tumeur été effectuée et L'étude histologique de la pièce a bien confirme le diagnostic .la couverture a été effectuée dans un deuxième temps par une GPT. L'évolution avec un recul de 6 mois n'a pas noté de récidive tumorale.

Discussion :

La TBL est une affection relativement rare, elle survient à tout âge après la puberté avec une incidence élevée chez la population adulte active sexuellement. C'est une pathologie essentiellement masculine dont la localisation la plus fréquente est au niveau des OGE. Selon la littérature la transformation en carcinome invasif épidermoïde varie de 5 à 42 % et qui doit être suspectée devant l'apparition de douleurs, une augmentation rapide du volume tumoral ou une récidive.Ce risque associé au volume tumoral souvent important imposent ainsi un traitement adéquat qui repose sur une exérèse chirurgicale. Cependant devant l'échec des exérèses agressives certains auteurs préconisent une chimiothérapie systématique.

Conclusion :

Le carcinome épidermoïde sur TBL est une entité rare, sa prise en charge est base essentiellement sur une chirurgie d'exérèse large a fin d amélioré le pronostic.

Résumé :209

Le carcinome de Merkel : une tumeur cutanée rare et agressive

Sofia ABOUDAR, Said AMAL,Ouafa HOCAR,Nadia AKHDARI
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le carcinome neuro- endocrine cutané primitif (CNEC) ou tumeur de Merkel (CCM) est une tumeur neuroendocrine cutanée rare et agressive du sujet âgé, favorisée par le soleil et l'immunodépression, un virus de la famille des polyomavirus est actuellement impliqué dans sa pathogénie. Sa mortalité est plus élevée que celle du mélanome. Nous rapportons dans ce travail le cas d'une carcinome de Merkel métastatique de localisation inhabituelle au niveau du thorax et dont l'évolution était fatale.

Observation :

Un Patient de 65 ans sans antécédents notables adressé en consultation dermatologique pour un nodule du thorax de 25 mm de diamètre évoluant depuis 2 ans dans un tableau d'altération de l'état général. Une biopsie cutanée a été faite. L'image histologique est celle d'une prolifération tumorale maligne infiltrante faite de cellules tumorales de taille moyenne. Le complément immunohistochimique trouve une positivité pour la cytokératine 20 et la synaptophysine ce qui a confirmé un carcinome neuroendocrine cutané primitif et a éliminé une localisation cutanée secondaire d'une tumeur neuroendocrine. Le bilan d'extension retrouve une localisation secondaire pulmonaire. La concertation pluridisciplinaire a indiqué une chimiothérapie : cyclophosphamide-doxorubicine-vincristine. Le patient est décédé 4 mois après le diagnostic dans un tableau de choc septique.

Discussion :

Le CCM est une tumeur cutanée appartenant au groupe des carcinomes neuroendocrine, rare et il a été montré qu'un virus appelé Merkel cell polyomavirus, était impliqué dans sa pathogénie. Il s'agit d'une tumeur non seulement agressive sur le plan locorégional, mais incluant surtout un risque élevé de métastases à distance. Son taux de mortalité est plus élevé

que celui du mélanome, avec une survie à cinq ans allant de 30 à 64 %. Son diagnostic positif repose sur l'analyse histologique d'une biopsie ou d'une exérèse de la tumeur, complétée par l'immuno- histochimie qui retrouve la présence de marqueurs neuro-endocrines. Le traitement chirurgical sur la tumeur et l'aire ganglionnaire de drainage, constitue la base du traitement dans la majorité des cas, la radiothérapie en complément de la chirurgie ou quand la tumeur est inopérable. La chimiothérapie est indiquée uniquement en cas de métastases à distance sans qu'il y'ait de données montrant une amélioration du pronostic.

Conclusion :

Le CCM est une tumeur rare, agressive et dont l'incidence est en augmentation. Sa prise en charge thérapeutique n'est pas consensuelle en absence d'études randomisées prospectives . Le pronostic reste sombre malgré les progrès thérapeutiques actuels.

Résumé :210

Le lymphome cutané B : A propos de 7 cas

Sophia Capatas, Fatima Zahra Al Fatoiki,Hayat Skali Dahbi,Fouzia Hali,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Les lymphomes cutanés B représentent 20 à 25% de l'ensemble des lymphomes cutanés. Ils sont moins fréquents que les lymphomes cutanés T et sont relativement de meilleur pronostic. Nous rapportons une série de 7 cas.

Matériels et méthodes :

Nous avons recensé tous les patients atteints d'un lymphome cutané B sur une période allant de 2013 à 2018 au service de dermatologie du CHU IBN Rochd de Casablanca.

Résultats :

Sept patients ont été colligés dont 2 femmes et 5 hommes. L'âge moyen était de 67 ans. Parmi les antécédents retrouvés : un pseudolymphome cutané dans 1 cas, un lupus cutané chronique dans 1 cas et une polyarthrite rhumatoide associée à un syndrome de Gougerot Sjôgren dans 1 cas. Le délai moyen de consultation était de 11 mois après apparition des lésions. Sur le plan clinique , 4 patients présentaient des lésions nodulaires multiples et 3 patients avaient des nodules uniques dont deux qui étaient ulcérés. Le lymphome B type jambe a été retrouvé dans 2 cas, le lymphome B diffus à grandes cellules dans 1 cas , le lymphome B centrofolliculaire dans 3 cas , un lymphome B de la zone marginale dans 1 cas . Le bilan d'extension était normal dans 3 cas , et avait objectivé des adénopathies médiastinales dans 1 cas et des adénopathies ganglionnaires axillaires dans deux cas et une lyse osseuse secondaire dans un cas. Concernant le traitement , les patients ont été adressés au service d'hématologie pour complément de prise en charge.

Discussion :

L'intérêt de notre travail réside dans la rareté des lymphomes cutanés B.Ils représentent 25% à 30% de tous les lymphomes cutanés primitifs après les lymphomes cutanés T. Le sous type le plus fréquent est le lymphome B centrofolliculaire qui représente 60% des lymphomes B , suivi du lymphome de la zone marginale et enfin le lymphome B type jambe. L'âge médian de survenue est de 50 ans avec une légère prédominance masculine. Les lymphomes cutanés

B se manifestent par des nodules violacés ou des plaques à surface lisse , qui s'ulcèrent rarement.Le traitement des formes indolentes repose sur la radiothérapie. Les traitements systémiques comme le rituximab en monothérapie sont souvent réservés aux formes diffuses.Concernant les formes agressives comme le lymphome type jambe, le traitement repose sur la polychimiothérapie de type CHOP.

Conclusion :

Les lymphomes cutanés B sont classés trois en sous-types histologiques dont la forme clinique et l'évolution diffèrent d'un type à un autre. La clinique est souvent évocatrice et l'histologie permet de confirmer le diagnostic.

Résumé :211

Le mélanome cutané: particularités anatomocliniques au Maroc

Jihane Benahmed, Bernoussi Zakia,Hassam Badreddine,Znati Kaoutar
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le mélanome est une tumeur maligne développée au dépend des mélanocytes et dont l'incidence est en constante augmentation. Ce cancer est redoutable en raison de sa capacité à développer des métastases à distance engageant le pronostic vital du patient.

Matériels et méthodes :

L'objectif de notre travail est de déterminer les aspects épidémiologiques, anatomocliniques et pronostiques dans une étude rétrospective à propos de 27 cas de mélanomes confirmés dans le service d'anatomie pathologique du CHU Ibn Sina sur une période de 12 ans s'étalant entre 2006 et 2018.

Résultats :

Vingt-sept patients ont été colligés. le sex ratio est de 0,5H/1F avec un âge moyen de 57,3 ans. Le phototype prédominant est le III. Les principaux facteurs de risques sont les traumatismes plantaires retrouvés chez dix patients et les antécédents personnels de mélanome ou de carcinome basocellulaire retrouvés chez trois patients. Le délai moyen de consultation est estimé à 16 mois. La taille de la tumeur varie de 1 à 13 cm avec une moyenne de 3,9 cm. La région plantaire est le site électif de la tumeur dans 44% des cas. Les types acro-lentigineux (16 cas soit 59 %) et nodulaire (7 cas soit 21%) sont les plus représentés. L'indice de Breslow moyen est de 4,9 mm , le niveau de Clark est de IV chez 15 patients (55,5%) et V chez 5 patients (18,5%). L'ulcération est notée chez 13 cas. Des métastases se sont développées chez 12 cas (45%) avec une prédominance de métastases ganglionnaires (46%). Selon la nouvelle classification TNM, nos cas sont répartis comme suit : - Stade I : 2 (7%) - Stade II : 13 (48%) - Stade III : 4 (15%) - Stade IV : 8 (30%) La chirurgie est indiquée chez 25 patients, la chimiothérapie est réalisée chez 6 patients.

Discussion :

Malgré un ensoleillement intense, le Maroc enregistre un taux d'incidence bas de mélanome en raison du phototype foncé (III) de la population. On note une prédominance féminine et un

âge avancé de survenue, ce qui est en accord avec les séries de la littérature. Dans notre contexte, le principal facteur de risque est le traumatisme plantaire. Le site électif est la plante du pied et le type histologique le plus fréquent est le mélanome acro-lentigineux (59%). Dans la littérature, les sites prédominants sont le tronc et le membre inférieur ; le type SSM est le plus retrouvé. L'indice de Breslow moyen est de 4,9 mm alors qu'il est inférieur à 2 mm dans la littérature, ceci est expliqué par le délai tardif de consultation dans notre contexte.

Conclusion :

Le mélanome cutané représente 5% des cancers cutanés et se caractérise par son potentiel métastatique. Dans notre étude, les facteurs cliniques et histologiques sont de mauvais pronostic en raison du retard diagnostic d'où l'intérêt du dépistage précoce et de la sensibilisation de la population.

Résumé :212

Le Mélanome malin cutanée : étude bicentrique rétrospective sur 43 cas avec revue de littérature

Nadia Baali,Imane Yafi,Ouafa Hocar,Moulay driss Elamrani,Amal said,Yassine Benchamkha
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Bien que le mélanome cutané est rare, il est associé à un pronostic sombre, vu son potentiel métastatique important. L'objectif de notre travail est d'étudier les aspects épidémiologiques, anatomopathologiques, thérapeutiques, pronostiques ainsi que préventifs.

Matériels et méthodes :

Ce travail est une étude bicentrique rétrospective, descriptive et analytique portant sur 43 patients colligés aux services de chirurgie plastique et réparatrice et au service de Dermatologie du CHU Mohammed VI Marrakech, entre juin 2006 au mai 2019.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients est de 62 ans avec un sex ratio à 1,1. L'exposition solaire a été retrouvée chez 77,5 % de nos patients. La taille des lésions varie entre 0,5cm et 10cm avec une moyenne de 4,19 cm. La localisation à la plante du pied est de loin la plus fréquente, retrouvée chez 76,7% de nos patients. Sur le plan anatomo-pathologique, les types Acrolentigineux (65,1%) et nodulaire (18,6%) sont les plus fréquents avec un indice de Breslow qui varie entre 2mm et 12 mm et un niveau de Clark varie entre IV et V chez 75% de nos patients traduisant le délai important entre le début de la lésion et la consultation qui est estimé a 2 ans. Les métastases ont été retrouvées chez 18 patients soit 42% des cas, des métastases cérébrales chez un patient, 13 patients avec des métastases ganglionnaires, un patient avec des métastases hépatiques, et 3 patients avec métastases pulmonaires. La chirurgie d'exérèse a été préconisée dans 97% des cas, tous les patients opérés ont été adressé au service d'oncologie pour un complément de prise en charge post-exérèse vu le potentiel métastatique du mélanome.

Discussion :

Le mélanome est une affection qui est devenue de plus en plus fréquente au Maroc. C'est le type le plus redoutable de cancer de la peau du fait de son pronostic défavorable. Il représente moins de 2% des cas des cancers de la peau. Il est le neuvième cancer le plus fréquent en Europe, avec plus de 100 000 nouveaux cas diagnostiqués en 2012 (3% du total). Les plus hautes du monde taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le mélanome malin sont en Suisse pour les hommes et pour les femmes au Danemark alors que les taux les plus bas sont en Albanie pour les hommes et les femmes. En Afrique, malgré un ensoleillement intense les pays enregistrent des taux faibles, ceci est fort probablement dû au phototype foncé de leurs populations. Dans notre étude, le siège de prédilection était les membres inférieurs avec une atteinte élective plantaire. Cette prédilection de la localisation au niveau du membre inférieur constitue une particularité que partage le Maroc avec le reste des pays maghrébins et africains. La prédominance du mélanome au niveau de la plante du pied chez la population marocaine et africaine a fait suggérer le rôle des microtraumatismes répétés dus à la marche pieds nus. - Cependant, dans les pays occidentaux les sites de prédilection du mélanome diffèrent selon le sexe, ainsi chez l'homme le mélanome se localise préférentiellement au niveau du tronc alors que la femme est touchée davantage au membre inférieur plus particulièrement au niveau des jambes, ceci est lié aux habitudes vestimentaires et à l'exposition solaire.

Conclusion :

Le mauvais pronostic et la difficulté de prise en charge des mélanomes cutanés imposent un dépistage précoce de ces tumeurs, une élaboration des programmes de sensibilisation et de prévention, une formation de l'ensemble du corps médical et du grand public ainsi que la mise en place d'un registre régional de cancérologie.

Résumé :213

Le profil évolutif de kystes trichilemmaux : à travers une observation

Ryme Dassouli, Issoual Khadija, Sara Elloudi, Hanane BayBay,Mernissi Fatima Zahra
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le kyste trichilemmal proliférant (KTP) est une tumeur annexielle rare, d'évolution généralement bénigne, se développant principalement au cuir chevelu des femmes âgées. Rares sont les cas de transformation maligne rapportés dans la littérature. Nous décrivons une nouvelle observation illustrant la transformation maligne de cette entité rendant sa prise en charge particulièrement délicate.

Observation :

Une patiente de 54 ans, sans notion de loupes familiales, qui présentait depuis 20 ans des lésions nodulaires du scalp, augmentant progressivement en nombre et en taille. Parmi ces lésions un nodule du vertex qui, après 6 mois de traumatisme, a augmenté rapidement de taille et devenu ulcéré et saignant. L'examen a révélé une tumeur ulcéro-bourgeonnante du vertex saignante au contact. Ainsi que plusieurs nodules du scalp de consistance ferme asymptomatiques sans adénopathies papables. La dermoscopie a montré des plages jaunâtres,

des vaisseaux en épingle à cheveux entourés d'halo blanchâtre, ainsi que des rosettes. La biopsie a objectivé un carcinome épidermoïde bien différencié kératinisant et infiltrant. Des ganglions ont été révélés à l'échographie. Le bilan d'extension n'a pas objectivé de métastases. Une exérèse large avec marges saines de 2cm, associée à un curage ganglionnaire et ablation des autres kystes dont le résultat histologique a confirmé le diagnostic de KTP, sans atypies sauf calcifications pour certaines.

Discussion :

Les kTP sont des néoplasmes de la portion isthmique du FP, caractérisée histologiquement par une kératinisation trichilemmal en touchant 5% à 10% de la population avec prédominance féminine. La transformation maligne en CE peut survenir sur un kyste préexistant pendant plusieurs années consécutives d'inflammation ou de traumatismes répétés, comme ce fut le cas pour notre patiente. Le KTP malin est le principal diagnostic différentiel du fait des similitudes histologiques et parfois évolutives. Certains auteurs sont même allés le considérer comme variante folliculaire du CE. En effet, la littérature exprime une certaine ambiguïté nosologique entre ces 2 entités. La perte de l'activité du gène suppresseur p53 est soupçonnée d'être responsable. Un bilan d'extension locorégional doit être méticuleusement établit. Le traitement repose sur une excision chirurgicale avec marges d'1 cm. La radiothérapie et la chimiothérapie pourraient être proposées en adjuvant ou en palliatif.

Conclusion :

De récentes constatations prouvent un spectre évolutif depuis un KTP simples vers un KTP bénin puis malin. Serait-il utile de recommander d'emblée une exérèse des KT à caractère multiple chez une femme, devant des traumatismes répétés afin de prévenir le passage à la malignité?

Résumé :214

Les aspects cliniques de la maladie de Darier A propos de trois observations

Iyda EL FAQYR, Layla Bendaouad ,Nadia Akhdari,Ouafa Hocar,Said Amal
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

La maladie de Darier (MD) est une maladie à prédominance héréditaire qui a été décrite indépendamment par Darier et White il y'a environ 100 ans. Ses manifestations cliniques sont très polymorphes. Nous rapportons trois observations qui illustrent ce polymorphisme clinique.

Observation :

Patient 1: homme âgé de 43 ans, sans antécédents pathologiques notables. Il s'est présenté pour des lésions végétantes surmontées de nodules angiomateux intéressants les zones séborrhéiques du corps (visage, les tempes, cuir chevelu, les faces latérales du cou) des altérations unguéales à type d'alternance de bandes rouges et blanches avec onychoschizie, dépressions punctiformes palmoplantaires. La biopsie cutanée a objectivé une acantholyse et une dyskératose. Le patient a été mis sous acitrétine puis perdu de vue. Patient 2: homme

âgé de 62 ans, aux antécédents d'hypertention artérielle sous amlodipine admis au service de dermatologie pour des lésions remontant à un an, il s'agissait de papules kératosiques diffuses, intéressant le tronc, le dos, les membres, n'épargnant pas les plis, associées à une leucodermie en goutte aux membres inférieurs , et à une kératodermie palmoplantaire. La biopsie cutanée a retrouvé une acantholyse, une dyskératose, l'IFD était négative. Le patient est décédé quelques mois après mise sous acitrétine, suite à un AVC hémorragique. Patiente 3: femme jeune, 32 ans. Elle présentait de multiples papules kératosiques de petite taille, siégeant au niveau des plis sous mamaires et du cou. La biopsie cutanée était en faveur de la MD. Une surveillance était préconisée vu le désir de grossesse.

Discussion :

La MD se manifeste par des papules couleur chair à surface verruqueuse siégeant au niveau des zones séborrhéiques. Environ 80% des patients présentent une atteinte discrète des plis de flexion, tandis que chez 10% des patients, l'atteinte des plis est prédominante, avec de grandes plaques verruqueuses. L'atteinte des mains se voit chez 95% des patients sous forme de kératose ponctuée et de macules hémorragiques, de papules kératosiques au dos des mains. Les altérations unguéales sont très suggestives de la maladie avec alternance de bandes rouges et blanches. L'atteinte muqueuse se voit chez 15 % des patients, intéresse surtout la muqueuse buccale sous forme de papules blanchâtres avec une dépression centrale, qui peuvent également se voire au niveau des muqueuses anogénitales. Les variantes de la MD incluent les formes hypertrophiques, vésicculo-bulleuse, linéaires ou segmentaires. La leucodermie en gouttes est un signe sémiologique de plus en plus rapporté.

Conclusion :

La connaissance des différents tableaux cliniques de la maladie de Darier est primordial pour un diagnostic et une prise en charge précoce

Résumé :215

Les tumeurs du pieds au chu d'oujda : Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives

Sara Bouabdella, Afaf Khouna,Siham Dikhaye,Nada Zizi
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Les tumeurs du pied sont rares mais leur connaissance est capitale. Leur diagnostic est souvent tardif pouvant altérer la qualité de vie et engager le pronostic fonctionnel ou même vital du patient. L'objectif de notre étude est de déterminer les principaux facteurs de risque de ces tumeurs et de déceler leurs caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives.

Matériels et méthodes :

Nous avons analysé rétrospectivement quatorze cas de tumeurs du pied recueillis dans le service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda entre juin 2015 et juin 2019.

Résultats :

Il s'agit de dix patients de sexe masculin et quatre de sexe féminin, d'âge moyen de 62ans avec des extrêmes de 28ans et 83ans. Vingt-huit pour cent de nos patients étaient agriculteurs de profession. Sept patients avaient le tabagisme comme antécédent et quatre étaient diabétiques. La notion de microtraumatismes est retrouvée chez 71% des patients et la moitié des patients rapportent la notion de marche pieds nus. Dix patients portent fréquemment des babouches et 2 d'entre eux portent des chaussures serrés. Plus de la moitié des cas s'exposaient fréquemment au soleil et nous rapportons la notion de néoplasie familiale chez seulement deux de nos patients. Le type histologique prédominant de ces tumeurs est le mélanome retrouvé chez la moitié de nos patients dont 4 mélanomes acraux et 2 unguéaux, suivi de 3 cas de maladie de Kaposi, 3 cas de carcinome épidermoïde et un cas de myxofibrosarcome de bas grade. La principale localisation de ces tumeurs est plantaire chez 10 patients et est unguéale chez 2 patients et au niveau de la cheville chez 2 autres. La moyenne de durée d'évolution de ces tumeurs est de 31 mois avec des extrêmes allant de 2mois à 15ans.

Discussion :

Les tumeurs du pied sont souvent diagnostiquées tardivement car les patients n'ont pas tendance à observer attentivement leurs pieds. Elles ne sont donc perçues que lorsqu'elles deviennent franchement évidentes. C'est une zone au contact du sol et sujette à des traumatismes répétés. Le rôle causal possible des traumatismes dans ces tumeurs reste controversé dans la littérature. Pour le mélanome, l'implication de ces derniers dans sa pathogenèse n'est généralement pas retenue en pratique courante, tandis que l'hypothèse solaire est souvent privilégiée. Cependant, le rôle des traumatismes est bien établi pour les carcinomes épidermoïde. Le port de chaussures serrées permet d'exercer une pression sur les tissus plantaires et sur la peau fine du dos des pieds. Dans notre contexte marocain, les babouches sont des chaussures traditionnelles fréquemment portés par les deux sexes. Ces derniers exposent le pied à des microtraumatismes à répétition, pouvant être équivalent à une marche pieds nus dont l'implication dans la pathogenèse des tumeurs du pied reste discutée. Dans notre étude, 71% de nos patients portent des babouches, suggérant leur incrimination autant que facteur de risque propre à notre culture, contre 50% marchant pieds nus. Par ailleurs, notre série rapporte 28% d'agriculteurs utilisant forcément des produits agricoles, produits chimiques et industriels ayant montré un risque accru de développement des tumeurs du pied.

Conclusion :

Les tumeurs du pied présentent une grande variabilité histologique. Notre étude souligne la prédominance du mélanome acral dans les tumeurs du pied incitant à une auto surveillance par le patient et une vigilance de tout médecin vis-à-vis de toute lésion du pied.

Résumé :216

Liposarcome géant bien différencié du dos: une localisation inhabituelle

Cyrine Marmech, Kenza Baline ,Fouzia Hali
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le liposarcome bien différencié prend le nom de tumeur lipomateuse atypique quand il est localisé aux membres et aux parois du tronc et conserve celui de liposarcome bien différencié dans ses localisations médiastinale et rétropéritonéale. On les trouve moins souvent autour de la tête et du cou, rarement sur le dos. Nous rapportons un cas de liposarcome géant du dos.

Observation :

Un homme âgé de 72 ans, hypertendu sous amlodipine avec un adénome de prostate sous alfa-bloquant, a consulté pour une masse indolore du dos évoluant depuis 30 ans. Il a bénéficié d'une première exérèse de la masse avec un poids de 5 g puis 3 autres exérèses dont la dernière remonte à 19 ans avec un poids de 3kg. L'évolution était marquée par la récidive avec une déviation de la posture. L'examen clinique objectivait une volumineuse masse de 28 cm de diamètre molle et mobile. La biopsie cutanée a montré des cellules atypiques à noyau hyperchromatique avec expression à l'immunohistochimie du MDM2. l'IRM dorsale était en faveur d'un lipome légèrement remanié et la TDM thoraco-abdomino-pelvienne était sans particularités. Une exérèse complète de la tumeur a été réalisée objectivant une masse pesant 5 kg 570g et mesurant 27x29x14cm. A l'histologie une prolifération d'adipocytes matures a été retrouvée. L'immunohistochimie montre l'expression du MDM2 concluant à une tumeur lipomateuse atypique d'exérèse complète. Les suites opératoires étaient simples avec amélioration sur le plan locomoteur et psychologique.

Discussion :

Notre cas est original du fait de la localisation inhabituelle, de la taille et du poids de la tumeur. En effet, la localisation d'un liposarcome au niveau du dos est extrêmement rare et rapportée par très peu d'écrits. La localisation habituelle reste les extrémités ; rarement le thorax. La taille varie généralement entre 6 et 40 cm avec un poids moyen de 150g. Chez notre patient, le poids était de 5 kg 570g ce qui rend notre cas historique. Seul l'examen biopsique et l'analyse moléculaire permettent de porter un diagnostic de certitude. L'exérèse complète de la masse reste le seul traitement.

Conclusion :

Notre observation se distingue par l aspect historique ainsi que la localisation inhabituelle du liposarcome.

Résumé :217

Mélanome et réaction vitiligineuse : quelle est la relation ?

Aicha Elharrouni Alaoui,Elloudi Sara,Douhi Zakia,Baybay Hanane,Mernissi Fatima Zahra
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le vitiligo est une leucodermie acquise liée à une destruction auto-immune des mélanocytes. L'apparition de plaques achromiques chez les patients atteints de mélanome avait attiré l'attention ces dernières années. Nous rapportons une série de 9 patients porteurs de mélanome associé à une réaction vitiligineuse. Le but de notre travail a été d'établir un profil

épidémioclinique des cas d'association: mélanome métastatique et la réaction vitiligineuse diagnostiqués au service de dermatologie du CHU de Fès.

Matériels et méthodes :

Une série colligeant de 09 malades ayant un mélanome associé à une réaction vitiligineuse sur période de 6 ans sur un nombre totale de 104 cas de mélanome cutané au sein du service de dermatologie de CHU de Fès

Résultats :

L'âge moyen de nos malades était de 58,3 ans , 67% étaient de sexe féminin ,tous les malades étaient stade de mélanome métastatique dont chez 3 cas le primitif était inconnu, la réaction vitiligineuse avec prise de contraste à la lumière de Wood était présente chez tous nos malades mais le délai d'apparition était différent, notamment chez 2 cas la réaction était présente avant l'apparition du mélanome , chez 3 cas était concomitante alors que chez 4 cas la réaction était constaté durant le suivi des malades avec un délai allant de 2mois à 4 ans . (figure1.2.3)

Discussion :

Notre série illustre des situations différentes où le vitiligo est lié au mélanome. Leucodermie ou la réaction vitiligineuse associée au mélanome peut être développée chez des patients atteints de mélanome, principalement dans les stades avancés. La relation entre le mélanome et la leucodermie est un sujet controversé et fascinant. Environ 3% des patients atteints de mélanome peuvent présenter cette dépigmentation vitiligineuse. Elle peut précéder de plusieurs années le mélanome, être concomitant aux métastases ou durant l'évolution de la maladie. Le processus pathogénique impliqué dans cette association n'est pas complètement élucidé. Une réponse immunitaire dirigée contre les antigènes mélanocytaires exprimés par les cellules du mélanome et les mélanocytes normaux serait fort probable. L'apparition de cette réaction est plutôt considérée comme un facteur de bon pronostic, signant le développement d'une réponse anti-tumorale mais aussi témoignant une masse tumeur très importante nécessitant une prise en charge et une surveillance étroite.

Conclusion :

De même, il a été suggéré que la dépigmentation type vitiligo est un signe d'alerte précoce de dissémination métastatique de mélanome imminente, mais aussi le signe d'une survie plus longue.

Résumé :218

Mélanome métastatique :une série marocaine

Aicha El harrouni Alaoui,Elloudi Sara ,Couissi Imane ,Douhi Zakia,Baybay Hanane,Mernissi fatima zahra

CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'incidence de mélanome est en perpétuelle augmentation près de 200 000 nouveaux cas diagnostiqués par an dans le monde. Des métastases lymphatiques s'associent dans 20% des cas. Le foie, les poumons et le cerveau représentent les sites les plus fréquents de métastases hématiques, bien que tout organe puisse être impliqué. Le but de notre travail a été d'établir le

profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif des cas de mélanome métastatique (MM) du service de dermatologie du CHU de Fès.

Matériels et méthodes :

Une étude retro-prospective colligeant tous les patients ayant un mélanome cutané métastatique sur une durée de 6 ans au sein du service de dermatologie CHU de Fès. Les éléments épidémiologiques, cliniques, histologiques, thérapeutiques et évolutifs ont été recueillis à travers une fiche d'exploitation préétablie.

Résulta :

L'âge moyen des malades était 56,5ans, 55% étaient de sexe féminin , le traumatisme était rapporté chez 39.4% ,l'exposition solaire intense chez 39%. 42,4% des malades consultaient pour une tumeur ulcérobourgeonnante avec un délai estimé à 21mois et dont la localisation acrale était noté chez 51,5%. Histologiquement les 2 formes acro-lentigineuse (51,4%) et nodulaire(39%)étaient les plus fréquentes avec un indice de Breslow >4mm chez 54,5% et le Clarck>IV chez 54,5% . Le bilan d'extension avait révélé des métastases ganglionnaires chez 81,8%(figure1), pulmonaires chez 54,5%, 8% cérébrales (figure 2) et spléniques chez 5% des cas. Sur le plan thérapeutique la chirurgie seule était indiqué chez 36,3% avec curage GG chez 12,2% ,alors que la chimiothérapie seule indiquait chez 27,2% et en association avec la chirurgie de la tumeur primitive chez 24,3%, le suivie spécifique sur 5 ans estimait à 15%, aucun cas n'était traité par immunothérapie vu la non disponibilité au Maroc .

Discussion :

Mélanome malin est une tumeur agressive et imprévisible avec un potentiel de métastase à plusieurs organes. Son pouvoir métastatique est très élevé , les sites les plus fréquents de métastases sont les ganglions, le poumon et le foie . Leur survenue est corrélée au retard de consultation , le diagnostic erroné et la prise en charge incomplète . Cette forme clinique a fait l'objectif de la littérature devant son pronostic sombre mais surtout devant les difficulté thérapeutique comme dans notre contexte. Le traitement de choix reposait au début sur la chimiothérapie comme la dacarbazine seule ou en association , mais avec une survie globale de six à dix mois, ces molécules n'apportaient aucune amélioration en termes de survie. Depuis l'arrivée des thérapies ciblées, la prise en charge du MM a été littéralement bouleversée, mais ce n'est plus le cas de notre série vu la non disponibilité.

Conclusion :

Une sensibilisation des malades sur la maladie avec une prise en charge précoce et adapté est le premier objectif à apprendre en charge afin de limiter cette forme mortelle. Cependant, à l'avenir, le rôle évolutif de l'immunothérapie et du traitement génétiquement ciblé du mélanome métastatique pourrait prolonger la survie après traitement chirurgical.

Résumé :219

Métastase en cuirasse révélant un carcinome mammaire infiltrant chez une patiente ayant une NF1

Fatiha Bouighjdane, Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Said Amal
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

L'association de neurofibromatose type 1 à un cancer du sein est retrouvée de façon inconstante dans la littérature. En effet, cette association est inhabituelle au cours de la NF1, d'autres cancers sont beaucoup plus rapportés tels que les tumeurs malignes des gaines nerveuses, les glioblastomes, les leucémies…

Observation :

Patiente de 48 ans, suivie pour une neurofibromatose type1dont la sœur est porteuse de la même maladie, s'est présentée aux urgences pour un placard sclérodermiforme inflammatoire étendu du thorax et de la partie supérieure de l'abdomen évoluant depuis 6 mois associé à des masses exophytiques, polylobées développées au dépend des mamelons ulcérées par endroit et douloureuses avec à l'examen des aires ganglionnaires, présence des adénopathies axillaires et cervicales dures et fixes par rapport au plans superficiel et profond. L'histologie d'une lésion ulcérée a mis en évidence une tumeur maligne des gaines et des nerfs .la biopsie du placard sclérodermiforme avec étude histologique et immunohistochimique était en faveur d'une métastase cutanée d'un carcinome mammaire infiltrant de type lobulaire (au niveau du derme : une prolifération tumorale infiltrante détruisant et dissociant la trame collagénique. Et à l'immunohistochimie un marquage nucléaire positif intense et diffus des cellules tumorales par l'anticorps anti GATA3 (I50-823-BIO-SB), une expression nucléaire de 80% des cellules carcinomateuses de l'anticorps anti-Ki67,les récepteurs hormonaux d'œstrogène et de progestérone positifs et HER2 négatif). Sur le plan biologique le CA15.3 était à 18 fois la normale. Sur le plan radiologique : le scanner TAP a objectivé des lésions hépatiques d'allure métastatique et la scintigraphie osseuse a montré des fixations multiples correspondants à des localisations secondaires touchant le rachis sur toute sa hauteur, le crane, le sternum, l'omoplate droite et les ailes iliaques. La patiente a été adressée au service d'oncologie pour complément de prise en charge.

Discussion :

La métastase en cuirasse est une forme rare de métastase cutanée constituant généralement une localisation secondaire d'une tumeur primitive du sein. Ce type de lésion ne représente que 3 % des cas de métastases cutanées de carcinomes mammaires, et l'association à des tumeurs malignes des gaines et des nerfs au cours de la neurofibromatose de typ e 1 est encore exceptionnelle.

Conclusion :

La surveillance des patients atteints de neurofibromatose de type 1 semble justifiable, permettant de dépister précocement un éventuel néoplasie associé.

Résumé :220

Métastase inhabituelle d'un carcinome épidermoïde de la verge : à propos d'un cas

Hind TAOUFIK, ABOUDOURIB Maryem,AMAL Said,HOCAR Ouafa
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Les carcinomes spinocellulaires (CSC) ou carcinomes épidermoïdes (CE) cutanés sont des tumeurs malignes développées à partir des kératinocytes. Ils représentent le deuxième cancer cutané le plus fréquent après le carcinome basocellulaire, parmi la population à peau claire. Le cancer de la verge est une pathologie très rare et son évolution est loco régionale. Étant donné la rareté de ces tumeurs les données de la littérature sont pauvres.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 75 ans ancien tabagique sevré il y a 20 ans, diabétique sous insuline, qui présente depuis 3 ans une ulcération du gland centrée par le méat urétrale augmentant progressivement de taille. L'évolution s'est faite vers l'apparition d'une adénopathie inguinale satellite dure immobile de 3cm. Le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général et d'apyrexie. Le bilan biologique est sans anomalies. Deux biopsies ont été réalisées: au niveau de l'ulcère et de l'adénopathie. L'examen anatomopathologique a révélé un carcinome in situ avec micro invasion au niveau du fragment de la lésion ulcéreuse et un tissu fibro-adipeux dissocié par un carcinome épidermoïde peu différencié sans visualisation de parenchyme ganglionnaire au niveau de la biopsie ganglionnaire. La TDM Thoraco Abdomino Pelvienne a montré : une adénopathie inguinale nécrosée de 4,3 cm/2,3 cm, multiples nodules pulmonaires intra parenchymateux infra centimétriques et des lésions osseuses condensantes au niveau de L2 et l'aile iliaque droite d'allure secondaire. Le complément par scintigraphie osseuse a trouvé une hyperfixation au niveau du cotyle droit en faveur d'une lésion secondaire. Le patient est actuellement prévu pour chimiotherapie (Paclitaxel- Cisplatine).

Discussion :

Les carcinomes épidermoïdes (CE) représentent au moins 95% des tumeurs malignes du pénis. Ils représentent la cause de moins de 1% à 2% de tous les décès par cancer chez les hommes. Dans certaines régions d'Asie, l'Afrique et l'Amérique du Sud, l'incidence du CCS du pénis représente entre 10% et 20% des tumeurs malignes chez les hommes. Le CE de la verge a une évolution loco régionale. En dehors des métastases ganglionnaires inguinales le CE du pénis donne très peu de métastases viscérales.Le pronostique des CE avec métastases viscérales ou osseuses est mauvais. La chimiothérapie a été évaluée depuis plusieurs années, mais les séries sont courtes et les protocoles variables. Le traitement du cancer de la verge dépend de la stadification de la tumeur et comprend la chirurgie, la radiothérapie et chimiotherapie, seules ou combinée.La chirurgie radicale d'exérèse, quoique souvent mutilante, reste le meilleur traitement des stades localisés en termes de contrôle local (6% de récidive locale). Il existe d'autres armes thérapeutiques dont les indications sont à adapter à l'extension locorégionale et à distance de la tumeur primitive.

Conclusion :

Les CE de la verge avec métastases ganglionnaires pelviennes, viscérales ou osseuses sont de très mauvais pronostique. Étant donné la rareté de ces tumeurs il n'existe pas de recommandations thérapeutiques pour ces formes métastatiques. Une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire, et l'inclusion des patients dans des protocoles de recherche clinique est souhaitable.

Résumé :221

Métastases cutanées révélatrices du cancer broncho-pulmonaire : À propos d'un cas

Hasna AIT EL HADJ, Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Amal Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Les métastases cutanées représentent une localisation secondaire peu fréquente. Elles sont rarement révélatrices du cancer broncho-pulmonaire (CBP). Nous rapportons un cas de CBP révélé par des métastases cutanées.

Observation :

Patient âgé de 67 ans, tabagique chronique à raison de 15 paquets années, a consulté en dermatologie pour des lésions nodulaires évoluant depuis 3 mois, de taille rapidement croissante. A l'examen clinique, il s'agissait de 2 nodules, un nodule cutané de type angiomateux de 3 /2 cm de diamètre, ferme, mobile par rapport aux 2 plans et douloureux à la palpation, siégeant au niveau temporal droit, et l'autre, sous cutané, mesurant 4/3 cm de diamètre, fixe par rapport au plan superficiel et douloureux, siégeant au niveau de la face antérieure de la cuisse gauche. Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général. Le reste de l'examen a objectivé un syndrome d'épanchement liquidien de tout l'hémithorax droit, et des adénopathies inguinales bilatérales lenticulaires. Une biopsie cutanée des 2 nodules a été faite, dont l'histologie était en faveur d'un carcinome peu différencié infiltrant, sans emboles vasculaires, évoquant une métastase cutanée d'un adénocarcinome d'origine pulmonaire. La radiographie thoracique montrait un hémithorax droit opaque, avec pincement des espaces intercostaux et attraction de la trachée vers le coté homolatéral. Le scanner thoracique objectivait un volumineux processus ganglio-tumorale lobaire supérieur droit et moyens refoulant les éléments du médiastin avec sténose de la bronche souche droite, atélectasie lobaire inférieure, lyse de la troisième cote droite, multiples lésions micronodulaires et nodulaires d'allure secondaire, épanchement pleural droit de moyenne abondance. La fibroscopie bronchique a montré une sténose tumorale sans bourgeon visible englobant la carène et la bronche souche droite. Dans le cadre du bilan d'extension, l'échographie abdominale n'a pas montré d'autres localisations secondaires et la tomodensitométrie cérébrale a objectivé un anévrysme sacculaire de l'artère cérébrale postérieur gauche. La décision thérapeutique était de commencer une poly-chimiothérapie.

Discussion :

Tout cancer peut métastaser dans la peau, le plus souvent après la découverte du néoplasie primitive. Parfois cependant, il y a simultanéité entre la survenue d'une métastase cutanée et

la révélation de son néoplasie primitif. La métastase peu apparaître isolée, alors que le cancer primitif n'a pas encore été détecté ou a régressé complètement. Cette dernière situation doit orienter prioritairement l'exploration vers un cancer broncho-pulmonaire.

Conclusion :

La découverte des métastases cutanées implique un cancer primitif souvent largement disséminé et non traitable. La survie étant courte et le pronostic sombre.

Résumé :222

Mycosis fongoïde hypopigmenté : à propos de 2 cas

Soumaya Hamich, Badredine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le mycosis fongoïde est le type le plus fréquent de lymphomes cutanés T. Sa forme hypopigmentée ou hypochromique est rare. Il existe plusieurs différences entre cette entité et le mycosis fongoïde classique à la fois clinique, épidémiologique et pronostique. Nous rapportons deux cas de mycosis fongoïde hypopigmenté et leur évolution sous traitement.

Observation :

CAS 1 : Patiente âgée de 34 ans, phototype IV, qui a comme antécédent un goitre depuis 2015 mise sous hormonothérapie, et qui présente depuis 6 ans des lésions hypopigmentées diffuses associées à un prurit intense. Deux biopsies ont été réalisées en faveur d'une dermatose eczématiforme, mise sous différents traitements topiques sans amélioration. Une troisième biopsie avec immunohistochimie a été réalisée et a objectivé un mycosis fongoïde sans signe de transformation. Le bilan d'extension était sans anomalie, classant la malade au stade T2N0M0B0. La patiente a été mise sous séances de photothérapie UVB, à raison de 3 séances par semaine avec très bonne évolution au bout de 3 mois. CAS 2 : Patiente de 33 ans, phototype V, sans antécédent particulier, qui présente depuis 10 ans des macules hypochromiques et dyschromiques prurigineuses généralisées, ainsi que quelques papules érythémato-squameuses, dont la biopsie est en faveur d'un mycosis fongoïde. Au bilan d'extension on a retrouvé des adénopathies inguinales bilatérales mesurant 10 x 16 mm à gauche et 9 x 11mm à droite, dont l'examen anatomopathologique a révélé une adénite dermatopathique. Le reste du bilan était sans anomalie, ce qui a permis de classer la malade au stade T2N1M0B0. La patiente a été traitée par PUVAthérapie à raison de 3 séances par semaine avec disparition complète des lésions au bout de 30 séances.

Discussion :

Le mycosis fongoïde hypopigmenté est une entité rare. Sa prévalence et son incidence sont inconnues et sa fréquence est sous-estimée vu l'absence de spécificité du tableau clinique et histopathologique initial. Il touche surtout le sujet jeune (moyenne d'âge de 37.5 ans), et de phototype foncé, sans prédominance de sexe. Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et le diagnostic varie de 4 à 6 ans, comme dans les cas que nous avons rapporté. Le nombre moyen de biopsies effectuées jusqu'à ce que le diagnostic puisse être établi est de 2,5 biopsies. Sa pathogénie est encore mal élucidée. Sur le plan clinique il se manifeste par des macules hypochromiques ou achromiques (pseudo-vitiligo), siégeant habituellement le tronc et la partie proximale des membres inférieurs et supérieurs. Son pronostic est considéré comme excellent, car il évolue rarement vers les stades terminaux. Le traitement suit les recommandations thérapeutiques du mycosis fongoide classique à un stade précoce, en

première intention: dermocorticoides, agents alkylants, rétinoïdes topiques, Imiquimod, photothérapie UVB/PUVA, et radiothérapie.

Conclusion :

Le mycosis fongoïde hypopigmenté est une variante rare du mycosis fongoïde. Il faut savoir l'évoquer devant des lésions hypochromiques prurigineuses chroniques résistantes aux traitements et ne pas hésiter à refaire des biopsies cutanées avec immunomarquage sur différents sites avec une surveillance au long cours.

Résumé :223

Mycosis Fongoïde Invisible : Un défi diagnostique et thérapeutique

Hasna AIT EL HADJ, Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Amal Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Un prurit sans lésions dermatologiques peut être la première manifestation de tumeurs malignes hématologiques telles que la maladie de Hodgkin, la leucémie lymphoïde chronique et le mycosis fongoïde (MF) et peut précéder le diagnostic définitif de plusieurs semaines à plusieurs années. Nous rapportons une observation de Mycosis Fongoïde «invisible» révélé par un prurit chronique généralisé sans lésions dermatologiques apparentes chez une patiente âgée.

Observation :

Patiente âgée de 75 ans, avait des antécédents de tuberculose pulmonaire traitée, d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) et de glaucome sous traitement. Elle s'est présentée pour un prurit chronique généralisé évoluant depuis 4 ans, l'examen dermatologique n'a pas objectivé de lésions spécifiques en dehors de quelques excoriations en rapport avec le grattage. Le reste de l'examen physique clinique était sans particularité. Le bilan de prurit chronique était sans anomalies. La patiente a bénéficié de plusieurs approches thérapeutiques (des antihistaminiques oraux, bains émollients, dermocorticoïdes) sans amélioration. Des biopsies cutanées multiples sur une peau d'aspect normal ont révélé des caractéristiques histologiques compatibles avec un MF. A l'immunohistochimie, les cellules lymphoïdes atypiques ont exprimés les marqueurs CD3, CD4, CD5 et CD8, et pas d'expression de CD30. Une évaluation biologique a objectivé une numération formule sanguine normale, le frottis sanguin n'a pas montré de cellules de Sézary, une immunophénotypage lymphocytaire dans le sang était normale. Une évaluation biochimique complète, y compris de la fonction hépatique, la fonction rénale n'a révélé aucune anomalie. La radiographie thoracique a montré des foyers de dilatation de bronches localisés et dilatation de l'artère pulmonaire. Un complément par la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne en faveur d'une HTAP avec présence de multiples foyers d'atélectasies aérés des deux apex, des foyers réticulo micronodulaire, associés à des bronchectasies de traction. Echographie abdomino-pelvienne n'a pas révélé d'anomalies. Un traitement par méthotrexate a été indiqué, mais vu la contre indication pulmonaire au méthotrexate, l'indication de photothérapie UVB a raison de 3 séances/semaine a été posée. L'évolution était marquée par une légère amélioration.

Discussion :

Le mycosis fongoïde (MF) est une pathologie relativement rare, mais reste la forme la plus fréquente des lymphomes cutanés primitifs. Le MF peut prendre des formes cliniques multiples parfois surprenantes, dont l'examen anatomopathologique permet alors d'en affirmer le diagnostic. Très rarement MF peut être cliniquement occulte comme démontré dans notre cas et a été qualifié de MF «invisible».

Conclusion :

Notre cas met en évidence l'importance de la réalisation de biopsies cutanées multiples chez des patients âgés présentant un prurit persistant inexpliqué résistant à plusieurs approches thérapeutiques, surtout en l'absence de lésions cutanées, afin de ne pas passer à coté d'un MF invisible.

Résumé :224

Papulose lymphomatoïde type D associée à un Mycosis fongoïde cytotoxique , àpropos d'un cas

Mezni line, el Hadadi farah
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La papulose lymphomatoïde (PL) est une éruption cutanée papulonodulaire récurrente, autorégressive, présentant les caractéristiques histologiques d'une prolifération lymphoïde CD30+ de cellules T atypiques . Elle peut être accompagnée, suivie ou précédée d'un lymphome de type mycosis fongoïde (MF)

Observation :

Patiente de 34 ans, aux antécédents de kérato-uvéite herpétique apparu 8 mois avant l'éruption cutanée mise sous valaciclovir , ayant présenté il y a 1 an et demi des lésions papulonodulaires et des lésions d'aspect tumoral, prurigineuses sur le tronc, le dos , les membres et le visage, évoluant par poussées -rémissions .La première biopsie avec immunohistochimie était en faveur d'une PL type D CD30+ , CD3+, CD8+ . Devant l'étendue des lésions la patiente a été mise sous méthotrexate 25mg/semaine avec bonne évolution mais persistance des poussées pauci-lésionnelles ,ce qui a amené à rebiopsier la malade à 1 an de traitement .L'étude histologique et immunohistochimique a conclu à un MF cytotoxique CD30- ,CD3+ , CD8+ et CD4- .

Discussion :

Le spectre de lymphoprolifération cutanée CD30+ comprend la PL mais aussi le lymphome cutané anaplasique primitif à grandes cellules et les formes frontières CD30+ . La corrélation clinico- pathologique est essentielle pour établir le diagnostic, car il existe de nombreuses formes cliniques et histologiques de la PL. Elle se manifeste par la présence de papules et de nodules de taille < 2 cm affectant surtout le tronc et les membres , l'évolution autorégressive est assez particulière au risque d'associations malignes. En effet, elle peut être accompagnée, suivie ou précédée d' un lymphome de type MF, un lymphome à grandes cellules anaplasiques cutané primitif ou ganglionnaire ou une maladie de Hodgkin d'où la nécessité

d'un suivi prolongé . L'association PL et MF a été signalée dans de multiples études. La particularité de ce cas est la survenue concomitante des lésions à un jeune âge, soit 34 ans , le sexe féminin sachant que la PL est plus fréquente chez les hommes avec un sexe ratio H/F 1,4 et l'association de MF cytotoxique et de PL type D . En effet, une étude de Wieser et al a conclu que le sexe masculin et les sous-types histologiques B et C étaient le plus associés à des cancers secondaires (le type D étant le moins fréquemment associé). Ceci est plausible vu que le MF ressemble histologiquement au type B . Les études sont toutefois contradictoires sur ce point, De la Garza Bravo et al ont suggéré que c'est le type A qui est le plus souvent associé au MF. Par ailleurs, bien que les étiologies de la PL et du MF ne soient pas claires certaines études ont mis en évidence des réarrangements clonaux identiques du gène TCR sur des lésions PL et MF biopsiées par PCR et southern blot suggérant que les deux entités partageraient une origine cellulaire commune et pourraient représenter un continuum du même processus pathologique .

Conclusion :

La papulose lymphomatoïde est caractérisée par une histologie maligne discordant avec un pronostic favorable. Nous rapportons le cas de cette patiente pour insister sur le suivi prolongé afin de déceler précocement une association maligne et d'adapter la prise en charge.

Résumé :225

Particularités anatomocliniques des carcinomes basocellulaires au cours du xeroderma pigmentosum

SAIDA SEFRAOUI

SOF KAOUTAR,ZIZI NADA,siham dikhay
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

le xeroderma pigmentosum est une génodermatose se manifestant par des altérations cutanées et oculaires photo-induites et des cancers cutanés Objectif : mettre la lumière sur les particularités anatomiques et cliniques des CBC au cours du xeroderma pigmentosum

Matériels et méthodes :

Matériels et méthodes : Etude rétrospective descriptive chez 6 malades suivis pour xeroderma pigmentosum au sein du service de dermatologie et de vénérologie du CHU d'Oujda, d'âge moyen de 17ans. Les études histologiques étaient portées sur 38 biospie ,13 Carcinome basocellulaires, classées selon le sous types histologique : nodulaire, superficiel, infiltrant, sclérodermiforme, métatypique et carcinome mixte. Avec des caractéristiques : l'ulcération, la pigmentation , l'infiltration de l'épiderme, l'acantholyse, l'apoptose et l'architecture.

Résultats:

les carcinomes basocellulaires : Localisation: visage(84%), le reste au niveau des autres zones photo-exposées. La forme clinique : nodulaire (61%), superficielle (30%), ulcérée (15%) et infiltrant (15%) Dermoscopie : télangiectasie et vascularisation arborescente 100% des cas, nids ovoides (85%),des micro-ulcérations 35% des lésions et l'aspect en roue denté: 20%, . Le type histologique: nodulaire (69%). Des nids tumoraux appendues à l'épiderme étaient trouvés dans 23% des cas, une pigmentation a été retrouvé dans 30% des cas, l'ulcération

était présente que dans 7% des cas .aucun cas d'apoptose ni de d'acantholyse. L'architecture: solide (46%) , cordonale (23%) , alors qu'aucun cas de disposition trabéculaires ou adénoide n'ont étaient retrouvés.

Discussion :

Les carcinomes basocellulaires : tumeurs les plus fréquentes en cas de xeroderma pigmentosum, souvent multiple de localisation préférentiellement faciale, la forme nodulaire clinique et histologique est la plus fréquent.l'architecture solide est la plus rapportée.

Conclusion :

Dans notre étude les carcinomes basocellulaires étaient multiples, le plus souvent nodulaire associées à une infiltration épidermique et une pigmentation.

Résumé :226

Profil épidémiologique des Mycosis Fongoïdes au service de dermatologie du CHU Mohamed VI de Marrakech : à propos de 39 cas

Hasna AIT EL HADJ, Bendaoud Layla,Hocar Ouafa,Akhdari Nadia,Amal Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le mycosis fongoïde (MF) est une pathologie relativement rare, mais reste la forme la plus fréquente des lymphomes cutanés primitifs. Il se manifeste pendant des années par des macules, puis des plaques infiltrées, précédant l'apparition de tumeurs et la diffusion extracutanée du lymphome. Le but de notre étude était de rapporter notre expérience dans la prise en charge des mycosis fongoïdes.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 39 cas de MF au service de dermatologie de CHU Mohamed VI de Marrakech, sur une période de 16 ans (janvier 2003 - Mai 2019). Nous avons recueilli les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, histologiques, thérapeutiques et évolutives des patients.

Résultats :

Nous avons colligé 39 cas, répartis en 27 hommes et 12 femmes. L'âge moyen était de 53.71 ans avec un sex ratio H/F de 2.25. L'âge moyen de début du MF était de 40 ans [23 ans – 82 ans]. Le délai moyen de consultation était de 21.68 mois. Un prurit était rapporté par 59 % des patients. Le motif de consultation le plus fréquent était les plaques érythémato-squameuses dans 21 cas (53.85 %), prenant un aspect poïkilodermique chez 5 patients, des lésions infiltrées étaient retrouvées dans 18 cas (46.15%), une érythrodermie sèche dans 13 cas (33.34 %), des nodules cutanés dans 3 cas (7.7 %), une ichtyose acquise dans 2 cas. Au bilan biologique, des cellules de Sézary sanguines étaient retrouvées chez 5 patients (13 %), une hyperéosinophilie dans 3 cas, une élévation des lacticodéshydrogénases dans 11 cas et une accélération de la vitesse de sédimentation dans 3 cas. Tous les patients ont bénéficié d'une biopsie cutanée, révélant un épidermotropisme dans 33 cas, un infiltrat inflammatoire dermique dans 37 cas, des atypies nucléaires dans 34 cas, des micro-abcès de Pautrier dans 8

cas, un noyau cérébriforme dans 13 cas, et un halo clair dans deux cas. L'infiltrat inflammatoire dermique était en bande dans 29 cas, en nappe diffuse dans 8 cas. La taille des cellules était appréciée dans 27cas (72 %) avec des petites cellules dans 13 cas, des cellules moyennes dans 3 cas, des petites cellules à moyennes dans 10 cas, et des grandes cellules dans un cas. Vingt- sept patients (69 %) ont bénéficié d'une étude immunohistochimique. Tous les patients exprimaient les marqueurs CD3. Onze patients étaient CD4+ CD8−, 8 patients CD4+ CD8+, 5 patients CD4− CD8+ et 3 patients CD4− CD8−. Une extension ganglionnaire était retrouvée chez 7 patients. Deux variétés du MF étaient retrouvées : MF avec mucinose folliculaire dans un cas, et pilotrope dans 5 cas. Les traitements instaurés étaient: les dermocorticoïdes dans 21 cas, méthotrexate (10 -25mg/semaine) dans 29 cas, puvathérapie comme traitement d'entretien dans 6 cas, Chlorméthine dans 3 cas et polychimiothérapie dans 5 cas. L'évolution était favorable dans 19 cas (48.71%), les autres patients ont été perdus de vue.

Discussion :

Dans notre série, les lymphomes cutanés primitifs T représentent 74,14% de l'ensemble des lymphomes. Le mycosis fongoïde constitue la forme la plus fréquente et représente 51,72 % de l'ensemble des lymphomes cutanés primitifs. MF affecte le plus souvent les adultes, généralement dans le cinquième à la sixième décennie, mais peut survenir chez le sujet jeune, voire chez l'enfant. L'âge moyen et la prédominance masculine dans notre série rejoint les données de la littérature. La maladie évolue cliniquement en trois phases, stade de taches, plaques cutanées infiltrées et des nodules tumoraux. Actuellement, il n'y a pas de consensus universel pour le traitement de ces entités d'où la nécessité de nouvelles recherches pour développer des traitements plus efficaces, non agressifs et bien tolérés.

Conclusion :

Le MF est le lymphome le plus fréquent. La prise en charge doit être la plus précoce possible pour éviter le passage vers les formes plus agressives pour lesquelles le traitement est plus lourd.

Résumé :227

Profil épidémiologique et anatomoclinique des tumeurs malignes du cuir chevelu chez des malades opérés en chirurgie plastique sur une durée de 12 ans

RACHADI ZINEB, ABDELKODDOUSS BHIHI,OUAFA HOCAR,M-DRISS EL AMRANI,SAID AMAL,YASSINE BENCHaMKHA
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le cuir chevelu (CC), bien qu'il soit une région anatomiquement protégé du soleil par les cheveux, demeure un siège de prédilection des tumeurs malignes, en particulier des carcinomes. Les tumeurs malignes du cuir chevelu sont rares. Malgré cette rareté, elles restent d'une grande variabilité histologique. Une prise en charge précoce sollicitant des moyens

médico-chirurgicaux est le seul garant d'un pronostic favorable. L'objectif de notre étude était de préciser le profil épidémiologique, anatomo-clinique des tumeurs malignes du cuir chevelu chez des patients opérés au CHU de Marrakech (Maroc).

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective analytique menée sur une durée de 12 ans, ayant inclus 94 patients présentant une tumeur maligne du cuir chevelu et ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale, colligés au service de chirurgie plastique et réparatrice de Marrakech (Maroc).

Discussion :

Le cuir chevelu représente une entité anatomique caractérisée par sa vascularisation riche, son épaisseur relative et sa faible élasticité. Il peut être le siège de tumeurs malignes qui représentent uniquement 2% de l'ensemble des tumeurs cutanées. Ces tumeurs se voient après l'âge de 50 ans, avec une nette prédominance masculine, ce qui concorde avec nos résultats. Sur le plan histologique, les tumeurs du CC décrites dans la littérature sont par ordre de fréquence les CBC, suivis des CE, des mélanomes puis des sarcomes. Notre série a été marquée par la prédominance des CE et par la rareté de mélanomes ; ceci s'expliquerait par la fréquence de la localisation acrale des mélanomes dans notre contexte.

Conclusion :

Le Maroc est un pays à ensoleillement intense, dont les tumeurs malignes du cuir chevelu demeurent fréquentes. Seuls le dépistage, le diagnostic précoce par un examen dermatologique et dermoscopique, une sensibilisation et prévention des lésions prénéoplasiques et l'accessibilité aux soins permettront d'éradiquer ces tumeurs encore historiques.

Résumé :228

Sarcome à cellules claires des tissus mous : à propos d'un cas

Kenza Kandri Rody, Elaattoul Najat,Fares Soumaya,Akhdari Nadia,Amal Said,Hocar Ouafa,
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le sarcome à cellules claires (SCC) ou mélanome des tissus mous est une tumeur rare de l'adulte jeune, qui touche préférentiellement les membres inférieurs. Nous rapportons une nouvelle observation.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 17 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, hospitalisé dans notre formation pour une tuméfaction violacée dure, fixe, de 2/2 cm indolore de la malléole interne de la cheville gauche apparue 06 mois auparavant suite à un traumatisme minime, associée à des adénopathies inguinales homolatérales. L'évolution était marquée 03 mois après par l'apparition de multiples lésions nodulaires (érythémateuses, dures, fixes) le long du membre inférieur gauche, le tout dans un contexte d'altération de l'état général. La biopsie d'une des adénopathies inguinales avait conclu à une métastase de mélanome. Nous avons donc complété par une biopsie de la lésion de la cheville et d'un nodule de la cuisse pour

examen anatomo-pathologique et immuno-histochimie et qui ont révélé une prolifération tumorale maligne à cellules rondes en faveur soit d'un sarcome à cellules claires ou d'un mélanome. Le diagnostic de SCC a été retenu à la confrontation anatomo-clinique. Le bilan d'extension a révélé des adenopathies métastatiques intra et rétro-péritonéales. La décision thérapeutique prise en concertation pluri-disciplinaire était la mise du patient sous chimiothérapie (protocole Ifosfamide-Adriamycine).

Discussion :

Le sarcome à cellules claires des tissus mous est une tumeur rare, décrite pour la première fois par Enzinger en 1965. Elle survient le plus souvent chez les jeunes adultes. La présentation typique est une masse ferme, lentement évolutive et indolore apparaissant aux extrémités distales ou au niveau de la cheville. Il pose problème de diagnostic différentiel avec le mélanome malin en raison de la similitude du tableau clinique (taux élevé de métastases ganglionnaires) et de la présentation histologique. La recherche moléculaire de la translocation chromosomique t (11, 21) fait retenir le diagnostic de sarcome à cellules claires, ce qui en fait une entité génétiquement différente. Sa prise en charge est complexe et pluri-disciplinaire.

Conclusion :

Le sarcome à cellules claires des tissus mous est une tumeur mélanocytaire rare, de diagnostic et de prise en charge difficiles avec un pronostic défavorable.

Résumé :229

Ulcère cutanéo-muqueux EBV+ chez un enfant, un lymphome B immunoblastique rare

Siham BEL MOURIDA

H. palamino,M. Meziane,N. Ismaili,L.benzekri,K.Senouci,B.Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

L'ulcère cutanéo-muqueux EBV-positif (l'UCM, EBV+) est une entité provisoire nouvellement reconnue, incluse récemment dans la classification 2016 des hémopathies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Nous rapportons un cas clinique qui met en avant cette nouvelle entité chez une enfant de 13 ans.

Observation :

Une jeune fille de 13 ans, sans antécédents, en bon état général avec à l'examen clinique des ulcérations cutanéo-muqueuses centro-faciales d'allure chroniques, mutilantes, sans adénopathies associées. Pas d'autres signes ou anomalies somatiques associés. L'exploration biologique et radiologique n'avait pas montré d'anomalie spécifique. Après deux biopsies cutanées de type inflammatoire non spécifique à l'étude anatomo-pathologique, une biopsie de la muqueuse endonasale avait objectivé un infiltrat dermique polymorphe avec des cellules de type B d'aspect sternbergoide EBV+, exprimant à l'immuno-histochimie les antigènes CD15, CD30, CD20, MUM1 avec des cellules T réactionnelles Pax 5 positives. Le bilan d'extension n'avait pas montré de localisations secondaires. La lactate déshydrogénase (LDH) était à 180 U/l. La sérologie du virus EBV était positive à IgG . La Polymerase Chain reaction (PCR) dans le sang ainsi que la biopsie ostéo-médullaire étaient toutes les deux négatives, Le

dosage pondéral des immunoglobulines n'avait pas objectivé de déficit immunitaire et l'étude des sous-populations lymphocytaires T n'avait pas identifié d'anomalie. A la base de toutes ces données, le diagnostic d'UCM, EBV+ de la classification 2016 des hémopathies de l'OMS a été retenu et un traitement par poly chimiothérapie (Rituximab, Vincristine, Cyclophosphamide et Doxorubicine) a été instauré. L'évolution était favorable sans récidive sur 12 mois

Discussion :

L'UCM, EBV+ se présente cliniquement par un ulcère chronique de l'oropharynx, de la peau, du tractus gastro-intestinal et rarement de la muqueuse génitale. Histologiquement, l'UCM, EBV+ est fait d'un infiltrat polymorphe avec de grandes cellules de type B d'aspect sternbergoide exprimant le transcrit EBV, les antigènes CD15, CD30 et CD20, et des lymphocytes T réactionnelles PAX5 positives. Le diagnostic se chevauche essentiellement avec le lymphome B diffus à grandes cellules EBV+, la granulomatose lymphomatoïde et le lymphome plasmoblastique de la cavité buccale des patients VIH positifs.Le diagnostic de certitude est parfois difficile, mais généralement le caractère clinique indolent sans atteinte systémique, avec la possibilité de régression spontanée, la présence à l'immunohistochimie de cellules lymphomateuses CD15+ et EBER+ sans angiocentrisme ainsi que l'absence de clonalité B font poser le diagnostic. Le traitement n'est pas encore bien défini, les quelques rares cas rapportés dans la littérature étaient traités soit par la chimiothérapie standard, CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine,prednisone), ou par rituximab et bendamustine. D'autres ont bien répondu à la radiothérapie seule.

Conclusion :

L' UCM, EBV+ est une entité provisoire de la classification 2016 des hémopathies de diagnostic difficile. Il est important de définir les critères diagnostics, les facteurs qui conditionnent son évolution ainsi que l'approche thérapeutique, pour un diagnostic adéquat et une prise en charge meilleure.

Résumé :230

Ulcération inguinale droite révélant un carcinome épidermoïde invasif

Zina Kaddioui , Kenza Baline ,Hali Fouzia ,Farida Marnissi ,Soumiya Chiheb
CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Nous rapportons une observation originale de carcinome épidermoïde invasif inguinal survenu chez une patiente immunocompétente sans lésion précessive.

Observation :

Patiente de 34 ans, ayant comme antécédents une notion de rapports sexuels non protégés et une mère décédée pour un cancer du sein, qui avait présenté il ya 10 mois une lésion nodulaire sous cutanée , inguinale droite , indolore , sans signes inflammatoires en regard devenant ulcéré 7 mois après . L'examen dermatologique retrouvait une ulcération bourgeonnante de 11 cm de grand axe , creusante à fond fibrineux , à bords irréguliers indurés et infiltrés siégeant au niveau du pli inguinal avec une extension vers la région pubienne .

L'examen gynécologique et proctologique étaient normaux. L'étude histologique avait conclu à un : carcinome épidermoïde moyennement différencié invasif. Une IRM pelvienne avait objectivé un processus tumoral inguinal droit étendu à la grande lèvre, infiltrant la peau et les muscles adjacents avec des adénopathies inguinales. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien avait décelé une masse inguinale droite irrégulière avec envahissement locorégionale et des adénopathies inguinales droites nécrosées, sans lésions secondaires décelables. Un PET scanner avait montré un magma d'adénopathies hypermétaboliques inguinales et fémorales droites réalisant une masse ulcérée et fistulisée à la peau. La malade a été mise sous chimiothérapie néo-adjuvante (5FU- Cisplatine) avant la chirurgie d'exérèse et le curage ganglionnaire. La malade est décédée à la 6 ème séance de chimiothérapie.

Discussion :

La particularité de notre observation réside dans sa difficulté diagnostique puisqu'on n'arrivait pas à trancher si le carcinome épidermoïde était ganglionnaire de primitif inconnu avec une extension cutanée secondaire ou cutané primitif avec une extension ganglionnaire secondaire. Cette dernière éventualité est moins probable vu l'histoire clinique (masse nodulaire sous cutanée avec une fistulisation secondaire) et l'importance infiltration ganglionnaire au scanner. Le carcinome épidermoïde se localise préférentiellement sur les zones photoexposées. La localisation au niveau du pli inguinal, est une situation clinique exceptionnelle. Le rôle oncogène de l'HPV essentiellement 16 semble primordial dans cette localisation. Cette entité est rapidement évolutive et agressive car compliquée de métastase ganglionnaire pouvant être fatale comme le cas de notre patiente.

Conclusion :

Devant toute ulcération inguinale trainante , penser au carcinome épidermoide .

Résumé :231

Un nodule cutané révélant un carcinome à cellules claires rénales

Karrakchou Basma, Regragui Souhail,Benzekri Laila,Senouci Karima,Ismaili Nadia,Ameur Ahmed,Hassam Badredine
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

Le carcinome à cellules rénales (CCR) représente 2 à 3% de tous les cancers. Il est souvent asymptomatique et découvert au stade métastatique dans 30%. Les métastases les plus fréquemment retrouvées sont pulmonaires, ganglionnaires, hépatiques, et osseuses. Les métastases cutanées restent une entité rare.

Observation :

Un homme de 50 ans sans antécédents, consulte pour un nodule isolé du bras gauche évoluant depuis 2 mois, érythémateux violacé, fixe, dur, indolore, mal limité, mesurant 3 x 3 cm. Le bilan biologique est sans anomalies. La biopsie cutanée avec étude histologique et immunohistochimique montrent un aspect en faveur d'une origine rénale. La TDM TAP objective une tumeur rénale droite sans autre localisation métastatique. Le patient a bénéficié

d'une néphrectomie totale droite et d'une métastasectomie cutanée puis adressé en oncologie médicale.

Discussion :

Le CCR est une tumeur maligne rare dont plusieurs facteurs de risque ont été identifiés : le tabagisme, l'obésité et l'hypertension artérielle. Les circonstances de découvertes sont souvent fortuites. Plus rarement survient la triade clinique classique : lombalgie, hématurie et contact lombaire à la palpation abdominale à un stade avancé de la maladie. Certains symptômes sont révélateurs de métastases tels que des douleurs osseuses ou une toux persistante. L'incidence des métastases cutanées dans les CCR n'est que de 3,4%, avec une prédominance masculine significative, et toute la surface du corps peut être atteinte. Le diagnostique différentiel se fait souvent avec des hémangiomes, des granulomes à pyogènes ou une maladie de Kaposi. La biopsie cutanée avec étude histologique et immunohistochimique montre un aspect similaire à la lésion primitive rénale. Le traitement repose sur l'exérèse de la tumeur mère et de la métastase lorsque cela est possible. La thérapie ciblée et l'immunothérapie sont indiquées selon la classification pronostic de Heng. Le pronostic des patients développant des métastases cutanées à partir d'un carcinome à cellules rénales est épouvantable: l'espérance de vie est de six mois à un an après le diagnostic. Chez notre patient, le score pronostic de Heng est de 0 avec une métastase unique réséquée en totalité. Ceci classe le patient parmi la catégorie de patients ayant les meilleurs pronostics, lui donnant le maximum de chances de survie pouvant dépasser les 4ans. Ainsi, l'examen cutané complet est primordial et peut révéler des pathologies graves.

Conclusion :

Le carcinome rénal métastatique cutané est une affection peu commune et souvent confondue avec d'autres lésions vasculaires. Une approche multidisciplinaire au cours de la prise en charge est nécessaire. Malgré l'émergence de nouvelles thérapies, le pronostic reste épouvantable.

Résumé :232

Alopécie frontale fibrosante : Expérience du CHU Med VI d'Oujda

Afaf Khouna, Hanane Ragragui,Sara Bouabdella,Nada Zizi,Siham Dikhaye
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

L'alopécie frontale fibrosante (AFF) est une variante de lichen plan pilaire touchant volontiers la femme ménopausée. Elle est définie par un recul de la ligne d'implantation fronto-temporo-pariétale et parfois même occipitale du cuir chevelu, réalisant une alopécie cicatricielle en bande ou en couronne.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective monocentrique portant sur tous les patients suivis pour une alopécie frontale fibrosante au service de dermatologie du CHU d'Oujda entre juin 2015 et juillet 2019.

Résultats :

Nous avons colligé 4 patientes, toutes de sexe féminin, avec un âge moyen de 42 ans (32- 51). Pour les antécédents personnels, on a retrouvé un cas de dysthyroidie, un cas de nodules thyroidiens, un cas d'atopie et un cas de rosacée. Une seule patiente était ménopausée, la contraception orale était retrouvée chez 2 patientes. Pour les antécédents familiaux, on notait une pelade décalvante familiale chez une patiente, une AAG chez une autre patiente ainsi qu'une dysthyoidie. La moyenne de durée d'évolution était de 4ans et demi. Cliniquement, le recul frontal était présent chez toutes les patientes, l'atteinte des sourcils n'était présente que chez 3 patientes et l'atteinte des cils chez une seule patiente. Un phototype 5 était retrouvé chez 2 patientes et un 4 chez les 2 autres. La dermoscopie a montré la présence de manchon squameux périfolliculaire chez 2 patientes, un aspect d'alopécie cicatricielle chez 2 patientes et une hyperpigmentation périfolliculaire chez une seule. La biopsie était réalisée chez toutes les patientes et était en faveur d'AAF chez les 4. Les 4 patientes avaient un retentissement important sur la qualité de vie avec un DLQI fluctuant entre 12 et 14. Deux patientes avaient un lichen pigmentogéne associé, et une autre avait un hirsutisme avec un kyste ovarien. Les 4 patientes étaient traitées par cycline 200mg/j avec minoxidil 2%, dont 2 patientes avaient reçu des dermocorticoides, une seule avait reçu le tacrolimus et une seule en cours de traitement par finastéride. L'évolution était bonne chez 2 patientes et stationnaire chez les 2 autres.

Discussion :

L'AFF est une affection rare dont l'incidence est en augmentation. L'AFF est actuellement de plus en plus décrite chez les femmes avant la ménopause, comme l'atteste l'âge moyen de nos patientes. De rares cas sont rapportés aussi chez l'homme. Sa physiopathologie est mal connue. L'existence de cas familiaux dans la littérature suggère une prédisposition génétique. La survenue essentiellement chez des femmes suppose un lien avec des perturbations hormonales. Contrairement à la littérature une seule patiente dans notre série était menopausée. Une association fréquente à l'hypothyroïdie et à la rosacée a été décrite, retrouvée chez une seule de nos patientes, ce qui suggère un mécanisme auto-immun et auto-inflammatoire. De rares cas associant une AFF et un lichen pigmentogéne sont rapportés dans la littérature .

Conclusion :

La physiopathologie de l'AFF reste inconnue, de multiples facteurs sont incriminés dans sa survenue notamment l'auto-immunité, le caractère génétique, le stress, les facteurs hormonaux ainsi que le tabac. Des études multicentriques à grande échelle sont nécessaires afin d'établir le lien de causalité.

Résumé :233

Alopecie frontale fibrosante et comorbitités : A propos de 22 cas

Kaoutar laamari, Hanane Baybay,Zakia Douhi,Sara Elloudi,Fatima Zahra Mernissi,
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'alopécie fibrosante frontale (FFA) est une alopecie cicatricielle de nature lymphocytaire de plus en plus répandu dont l' étiopathogenèse reste encore inconnue. Certaines maladies cutanées ont été associées avec l'alopecie frontale fibrosante, mais la littérature existante est limitée à des études rétrospectives et des rapports de cas. L'objectif de notre étude était d'analyser la fréquence des affections cutanées associées aux patients avec AFF.

Matériels et méthodes :

Une étude prospective descriptive a été réalisée au service de dermatologie vénérologie du CHU HASSAN II de fès,sur une période de 3 ans. On a inclus tous les patients présentant une AFF diagnostiquée cliniquement et en utilisant la trichoscopie, avec confirmation histologique. Les patients qui avaient d'autres alopécies concomitantes étaient exclus. Le diagnostic des pathologies cutanées associées a été réalisée cliniquement par un dermatologue expérimenté, avec confirmation histologique si nécessaire. La sévérité de l'AFF a été classée en 5 grades en mesurant l'aire de cicatrisation selon le échelle de Van ~ o-Galv an et al.

Résultats :

Nous avons inclus 22 patients atteints d' AFF tous de sexe féminin. Leur moyenne d'âge était de 48,8 ans avec des extrêmes de 32 à 69 ans. Ces patients était en préménopause dans 58,5% des cas. Le délai de diagnostic était de 5 ans. Une biopsie cutanée guidée par dermoscopie a confirmé le diagnostic de LPP dans sa variante AFF dans tous les cas. Les dermatoses associées à l'AFF : Lichenn pigmentogène 72%, dysthyroidie 22,7%, rosacée 10%, Lupus discoide 10%, urticaire 10%, pemphigoide bulleuse 10%. Les traitements utilisés étaient les corticostéroïdes topiques, le tacrolimus, les cyclines, l'hydroxychloroquine et le finastéride par voie orale. L'évolution a été bonne dans la majorité des cas avec une stabilisation de la maladie.

Discussion :

Plusieurs maladies auto-immunes ont été associés à AFF, et décrit dans la littérature comme le vitiligo , le lichen pigmentogène , le lupus discoide, la rosacée, syndrome de Sjogren , lichen plan cutané et la sclérodermie, suggérant un mécanisme auto-immun dans le pathogenèse des AFF. Certains auteurs postulent que LPP représente un trouble auto-immun spécifique caractérisé par une réaction immunitaire à médiation cellulaire contre les kératinocytes folliculaires. Ils suggérent même de réaliser un bilan minimal à la recherche des associations, d'autant plus que dans certains cas le traitement diffère.

Conclusion :

Bien qu'il ya peu d'études qui se sont interessé à étudier l'association de l' AFF à d'autre dermatose ou pathologies auto immune, il est très important de les chercher chez un patient porteur d'une AFF, ceçi présente un impact important sur le traitement mais aussi sur le pronostic.

Résumé :234

Docteur,mon ongle ne pousse plus: pensez à l'incarnation postérieure ou rétronychie!

Meryem Khalidi, Naoufal hjira
Hôpital Militaire d'instruction Mohamed V, Rabat

Introduction :

La rétronychie est une forme rare d'incarnation proximale de la tablette unguéale, responsable d'une inflammation du repli sus-unguéal proximal. Cette pathologie méconnue, siège souvent au niveau des pieds, et elle est souvent sous-diagnostiquée. Nous rapportons deux nouveaux cas de cette onychopathie, de localisation et mécanisme de survenue atypiques.

Observation :

CAS1: Un patient de 24 ans présentait depuis 2 mois une paronychie chronique du repli proximal de l'ongle du 3eme doigt gauche entravant les activités journalières du jeune militaire. L'examen a retrouvé un périonyxis proximal douloureux à la pression du 2eme doigt de la main gauche avec dystrophie unguéale et coloration marron verdâtre de l'ongle avec absence de pousse de l'ongle depuis 6mois. L'interrogatoire a révélé la notion d'un traumatisme du même doigt lors d'une bagarre avec notion d'entorse tendineuse et port d'attelle d'immobilisation pendant 21jours, 3mois avant sa consultation dans notre service . Une avulsion chirurgicale de l'ongle atteint a été réalisée, confirmant le diagnostic de rétronychie en relevant 2 ongles superposés CAS2: Une femme de 56 ans sans profession, sans antécédents médicaux notables, consultait pour une douleur localisée du repli latéral du gros orteil gauche évoluant depuis quatre mois. L'interrogatoire trouvait une notion de microtraumatismes répétés par le port de chaussures serrées et une absence de pousse de l'ongle atteint depuis 4 mois. L'examen révélait un périonyxis proximal douloureux du gros orteil gauche, avec suintement à travers le repli sus-unguéal. Une avulsion chirurgicale de l'ongle était réalisée, permettant une guérison complète.

Discussion :

L'originalité de nos observations réside en la rareté de la rétronychie, sa localisation atypique au niveau de la main, et sa survenue après notion de traumatisme unguéal et d'immobilisation prolongée. La rétronychie doit être évoquée cliniquement devant l'association d'un périonyxis proximal persistant, d'un suintement à travers le repli unguéal et de l'arrêt de la croissance de l'ongle et en particulier dans un contexte de microtraumatismes. L'avulsion chirurgicale de l'ongle constitue un geste diagnostic et thérapeutique de la rétronychie, permettant une guérison complète sans rechute ni récurrence.

Conclusion :

La rétronychie est une pathologie rare mais qui devrait reste dans nos esprits, seul le traitement chirurgical est efficace.

Résumé :235

Kyste trichilemmal proliférant: à propos d'un cas

Fatiha BOUIGHJDANE, HOCAR Ouafa,AKHDARI Nadia,AMAL Said
CHU Mohammed V, Marrakech

Introduction :

Le kyste trichilemmal proliférant (KTP) est une tumeur annexielle rare, d'évolution généralement bénigne, qui se développe à partir des cellules de la gaine folliculaire externe ou le plus souvent à partir d'un kyste trichilemmal, après de multiples traumatismes et/ou d'inflammations itératives.

Observation :

Patient âgé de 88 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, s'est présenté à ma consultation pour une tumeur du scalp évoluant depuis 12 mois, augmentant progressivement de taille. L'examen dermatologique objectivait une lésion tumorale ulcéro- bourgeonnante indolore et ferme, mesurant 3.5cm/9cm. l'examen des aires ganglionnaires était normal.une biopsie avec étude anatomopathologique montraient un aspect en faveur d'un kyste trichilemmal proliférant (une paroi kystique tapissée par un revêtement malpighien proliférant ortho- kératosique. le bilan d'extension était négatif. le patient a bénéficie d'une exérèse chirurgicale large.

Discussion :

Le kyste trichilemmal simple qui peut toucher environ 5-10 % de la population générale, peut se transformer en un KTP, la fréquence de cette transformation s'estime à 2-3% de la totale des kystes trichilemmaux. Le diagnostic du KTP suspecté cliniquement, est affirmé par l'examen anatomopathologique. Le KTP se présente sous forme d'une lésion unique, bosselé ou polylobé, a bords réguliers de Consistance ferme d'aspect solidokystique et de taille variable. Le diagnostic différentiel se fait d'abord avec le kyste trichilemmal simple, ensuite avec le carcinome épidermoïde et enfin avec toutes les tumeurs d'aspect nodulo-kystique du cuir chevelu, à savoir les tumeurs annexielles du cuir chevelu, les tumeurs bénignes et les métastases cutanées. Le traitement du KTP est essentiellement chirurgical et le pronostic est en général favorable.

Conclusion :

Le kyste trichilemmal proliférant reste rare, avec une incidence marquée chez les femmes âgées.

Résumé :236

La Pelade : Profil clinique, épidémiologique et dermoscopique et évaluation thérapeutique (à propos de 54 cas)

SOFIA ALAMI,Meziane Mariame,Karima Senouci,Leila Benzekri,Nadia Ismaili,Badreddine Hassam
CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction :

La pelade est une maladie auto-immune caractérisée par des plaques d'alopécie non cicatricielles affectant le cuir chevelu ou tout autre poil. Le but du travail est d'étudier le profil clinicoépidémiologique, les caractéristiques dermoscopiques, les facteurs de mauvais pronostics, et la réponse aux thérapeutiques.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective, réalisée entre 2015 et 2018, au CHU Avicenne de Rabat, chez 54 patients.

Résultats :

Le sex ratio H/F était de 0,86. L'âge moyen de début était de 24,4 ans. Des antécédents familiaux de pelade étaient notés chez 14,8% des patients. Une atopie était retrouvée dans 14,8% des cas. Les maladies auto-immunes associées étaient: thyroïdite, vitiligo, psoriasis, diabète, arthrite rhumatoïde et thrombopénie autoimmune. La pelade en plaque(s) était le type le plus répandu. Les aspects dermoscopiques étaient multiples, dominés par les points jaunes, les points noirs, mais aussi les cheveux cadavérisés, en point d'exclamation et blancs. La pelade était plus sévère chez les femmes. L'étendue était liée à: un début précoce, une longue durée d'évolution, et la présence de manifestations unguéales. Le choix thérapeutique dépendait de l'âge, de l'étendue et de la durée de la maladie. Les atteintes inférieures à 40% étaient associées à une bonne réponse thérapeutique dans 53% des cas. Quand cette atteinte dépassait 40%, l'échec thérapeutique était observé chez 73% des patients. Enfin, parmi les pelades associées à une alopécie totale, 90% ne répondaient pas aux thérapeutiques.

Discussion :

La pelade s'est révélée être fréquente, touchant l'adulte jeune, mais pouvant survenir à tout âge. Les deux sexes peuvent être concernés, avec des formes plus sévères chez les femmes. Cette sévérité est également liée à la précocité de survenue, à une longue durée d'évolution ainsi qu'à la présence d'anomalies unguéales. Les traitements sont multiples, caractérisés par leur effet suspensif. L'étendue de l'atteinte conditionne le choix et l'efficacité des traitements.

Conclusion :

La pelade s'est révélée être fréquente, touchant l'adulte jeune, mais pouvant survenir à tout âge. Les deux sexes peuvent être concernés, avec des formes plus sévères chez les femmes. Cette sévérité est également liée à la précocité de survenue, à une longue durée d'évolution ainsi qu'à la présence d'anomalies unguéales. Les traitements sont multiples, caractérisés par leur effet suspensif. L'étendue de l'atteinte conditionne le choix et l'efficacité des traitements.

Résumé :237

L'atteinte unguéal au cours de la pelade

ASMAE RASSO, HANANE BAYBAY,HASHAS FATIMA ZAHRA ,SARA ELLOUDI ,FATIMA ZAHRA MERNISSI
CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La pelade est une maladie auto-immune spécifique du follicule pileux ,dont l'atteinte unguéale est fréquente. Notre étude est la 2eme au Maghreb dont le but est d'évaluer la prévalence , l'aspect clinique et le pronostic de d'atteinte unguéal au cours du pelade.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude retro-prospective de tous les cas de pelade hospitalisé dans notre formation pour perfusion de bolus de corticothérapie présentant une atteinte unguéale vus dans le service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès entre janvier 2010 et mai 2019.

Résultats :

112 cas de pelade ont été hospitalisés, parmi lesquels 39 cas avaient une atteinte unguéale (34,8 %). L'âge moyen des patients était de 20ans (avec des extrêmes entre 4–54ans). 29cas(74%) étaient des enfants moins de 15ans.L'atteinte unguéale était asymptomatique chez tous nos malades mais elle avait une impacte inesthétique surtout chez les enfants (mettent vernie à ongle) . À l'examen dermatologique des ongles des mains et pieds en a noté la présence de trachyonychie chez 21cas (53,7 %), des ponctuations en dé à coudre chez 12 cas (30 %), des bondes leuconychies chez 4 cas (10 %), 1 cas de onychomadèse(5%), et 1 cas avec bonde mélanonychique bégnine(5%). Ces atteintes était associée à une forme clinique modérée de pelade en plaque uniques ou multiples dans 12 cas (25,8 %) ,et à une pelade sévère notamment pelade décalvante ,totale, ophiasique, et universelle dans 27cas (70,1 %). Avec absence d'amélioration après traitement. La pelade était associée à une atopie chez 10 cas (23%) à une dysthyroïdie auto-immune chez 1cas (5 %),et le psoriasis chez une autre patiente(5%).

Discussion :

Dans la pelade, l'atteinte unguéale se présente dans 0 à 66 %des cas ,elle est proportionnelle à la gravité du début de l'atteinte capillaire. Elle est à 35% chez nos malades ce qui rejoint les données de la littérature. L'origine exacte de cette atteinte unguéale n'est pas complètement élucidée. Elle peut précédé, accompagner ou suivre l'apparition d'une pelade . Elle est fréquentes chez les enfants que les adultes . En effet, les signes unguéaux sont dominés par l'atteinte de type ponctuations en dé à coudre et trachyonychie dans 20%,d'autres aspects tels que l'onycholyse et l'onychomadèse ont étaient rapporté. Ces signes sont plus fréquents chez les patients atteints d'alopécie grave, notamment la pelade universelle et totale, comme le cas de nos malades. Plusieurs auteurs s'accordent sur le caractère péjoratif de l'atteinte unguéale sur la qualité de vie d'une part et le profil évolutif de la pelade d'autre part.

Conclusion :

L'atteinte unguéales au cours du pelade constituent une double source de défiguration esthétique pour le malade, souvent négligé et mal traite par les médecins, comme elle constitue un facteur de mauvais pronostic thérapeutique, dont la physiopathologie mal élucidé

Résumé :238

Onychomycoses : Connaissances et attitudes pratiques en médecine générale.

Afaf Khouna, Hazem Aburabie,Hanane Daflaoui,Sara Bouabdella,Siham Dikhaye,Nada Zizi
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Les onychomycoses sont la principale cause d'onychopathies avec une prévalence allant de 18 à 50 %. Les patients ont tendance à consulter en premier chez leur médecin de famille, où ce dernier peut observerdes anomalies unguéaleslors d'une consultation. Pour cela notre étude vise à étudier les connaissances et les attitudes pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des onychomycoses ainsi que de connaitre leur prévalence en consultation de médecine générale.

Matériels et méthodes :

Un formulaire de 20 questions était crée sur Google Forms, contenantdes renseignements sur les médecins généralistes et sur leur connaissances et attitudes lors d'une suspicion d'onychomycose. Le formulaire était partagé avec des médecins généralistes à travers des réseaux sociaux.

Résultats:

Cinquante quatre médecins ont répondu au questionnaire avec un sexe ratio F/H de 2.31. Soixante-dix pourcent d'entre eux travaillaient au secteur public. Concernant les onychomycoses 78 % des médecins affirmaient les prendre en charge, tandis que 25 % les adressaient chez un dermatologue. Le pourcentage d'onychomycoses vu en consultation de médecine générale variait de 20 à 40 % chez 45% des médecins.Pour le diagnostic positif, 67 % se basaient sur la clinique seule et le prélèvement mycologique n'était demandé que par 44% des médecins et jamais demandé par 28 %.Soixante-quinze pourcent traitaient d'emblée par l'association d'un traitement par voie orale et par voir locale. La solution filmogène était prescrite par 69% des médecins, les crèmes antifongiques étaient prescrites par 48%.

Discussion :

Peu d'études visant à décrire les connaissances et attitudes pratiques devant une suspicion d'onychomycoses en médecine générale ont été réalisées. Notre étude affirme que plus que les 2 tiers des médecins généralistes prennent en charge les onychomycoses avec une prévalence dans leur consultation allant de 20 à 40 %. La principale information commune apportée par notre étude et par une étude française portant sur 1800 médecins c'est que le prélèvement mycologique ne fait quasiment pas partie de la routine des médecins généralistes conduisant à un diagnostic positif probabiliste et un traitement antifongique non spécifique.

Conclusion :

Nos résultats et ceux de la littérature soulignent la nécessité d'accentuer l'effort de formation continue à destination des médecins généralistes dans la prise en charge des onychomycoses.

Résumé :239

Phytothérapie et pelade : Expérience du service de dermatologie CHU MOHAMMED VI OUJDA

Hanan RAGRAGUI OUASMIN,Afaf KHOUNA,Nada ZIZI,Siham DIKHAYE
CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

La pelade est une pathologie inflammatoire, caractérisée par une alopécie non cicatricielle. Son étiopathogénie est multifactorielle avec un mécanisme auto-immun complexe. La phytothérapie est définie par le Centre national de médecine complémentaire et alternative de l'Institut national de la santé comme des pratiques médicales qui ne sont pas considérées à l'heure actuelle comme faisant partie de la médecine conventionnelle. Elle a été utilisée depuis longtemps comme un traitement traditionnel des pelades. Le but de notre étude est de rapporter la fréquence de l'usage de la phytothérapie et les types de plantes utilisées dans notre contexte.

Matériels et méthodes :

Nous avons revu la totalité des dossiers des patients hospitalisés ou qui ont consulté pour une pelade entre juin 2015 et juin 2019. Les dossiers retenus étaient analysés selon une grille comprenant les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats :

Trente et un patients ont été inclus, d'âge moyen de 27 ans, à prédominance féminine avec un sexe ratio F/H de 2.9. L'âge moyen de diagnostic était de 20 ans. Quarante huit pour cent des patients avaient une pelade en plaque, 32% avaient une pelade universalis, 13% avaient une pelade décalvante et 7% avaient une pelade ophiasique. Cinquante deux pour cent des patients avaient recours à la phytothérapie, dont 44% déclarent avoir eu une repousse. On note que 19% des patients n'avaient rien utilisés contre 29% avec un statut non précisé. L'ail rouge avec scarification représentaient les moyens les plus fréquemment utilisés avec un pourcentage de 81%. Cinquante six pour cent des patients avaient utilisé un mélange des huiles (l'huile de cade, d'olive, de ricin, de poivron et de fenugrec), 19% avaient utilisé la poudre de caméléon, 12% avaient recours au miel noir, au henné et au tabac à chiquer et 6% avaient utilisé le cannabis, la saignée et le vinaigre de cidre. Par ailleurs, d'autres plantes ont été utilisées, retrouvées chez 6% des cas tel que: la camomille, le girofle, l'absinthe, le thym, l'oignon et un mélange de poudre notamment la poudre d'épine d'hérisson et la poudre de tortue. Les complications à type de brûlures, étaient rapportées chez 12% des patients après l'application de vinaigre de cidre. La source d'information était le bouche à oreille dans 87% des cas et à partir des media dans 13% des cas.

Discussion :

La pelade est une pathologie grave avec un impact émotionnel et social important. Les résultats de note étude sont similaires à celles de la littérature avec une prédominance de la pelade en plaque; et un âge moyen de survenue aux alentours de la 2ème décennie. Malgré que le traitement de la pelade présente toujours un défi aux chercheurs, les pratiques traditionnelles à base de plantes ont maintenu leur popularité pour des raisons historiques et

culturelles. Les formes utilisées diffèrent selon les régions et les cultures. Dans notre étude, l'utilisation de l'ail rouge occupe une place majeure, ce qui rejoint les résultats d'une étude indienne et d'une autre iranienne; il a été même rapporté comme traitement adjuvant à la corticothérapie topique avec des résultats satisfaisants.

Conclusion :

Malgré les progrès scientifiques, le traitement des pelades reste décevant. La plupart des patients ont recours à la phytothérapie dont certains déclarent avoir des résultats satisfaisants soulignant la nécessité de la réalisation d'études contrôlées dans ce sens pouvant apporter des nouveautés thérapeutiques.