Revue SMD

الجمعية المغربية لأمراض الجلد
Société Marocaine de Dermatologie

La Société Marocaine de Dermatologie organise son 34ème CONGRÈS NATIONAL

22-23 Octobre 2021

Hôtel Hilton Al Houara Tanger

NUMÉRO SPÉCIAL

الجمعية المغربية لأمراض الجلد
Société Marocaine de Dermatologie

34 ème CONGRÉS NATIONAL DE DERMATOLOGIE

Titres des communications :

1. Le profil épidemio clinique des malformations vasculaires : expérience du service de dermatologie CHU HASSAN II FÈS. Dr Sabrina Oujdi

2. Prise en charge du vitiligo muqueux : expérience du service de dermatologie CHU HASSAN II FÈS. Dr Ghita Skli

3. La gale bulleuse une forme atypique. CHU Rabat Dr Sektaoui Soukaina

4. Étude comparative d'une série hospitalière de pemphigus vulgaire et foliacé au CHU de Rabat . Dr Mezni Line

5. Les lymphomes cutanés à l'air de la covid19 : A propos de 48 cas . Hôpital militaire Dr Hasna Kerrouch.

6. La pratique de la dermatologie en médecine générale entre recours au spécialiste, besoins de formation et télédermatologie au Maroc. CHU Agadir Dr Ait ossous Sara

7. Urgences pédiatriques : quand le pédiatre fait appel au dermatologue. CHU Marrakech Dr Bahbouhi

8. Les effets cutanés secondaires vaccin anti covid 19. CHU Marrakech Dr Ibzer

9. Prévalence, déterminant et impact psychosocial de l'acné chez les étudiants en médecine au Maroc. CHU Tanger Dr Hanane chahoub

10. Chirurgie des cancers cutanés expérience du service de dermatologie au CHU Tanger Dr Younes Benyamna

11. L'éosinophilie sanguine : facteur de mauvais pronostic pour le mycosis fongoïde. CHU Ibn Rochd Jean Berchmans

12. Réactions cutanées post vaccin Covid-19 Du CHU Ibn Rochd Oumaima Idrissi

13. Cause méconnue d'incarnation Unguéale. Hôpital cheikh Khalifa Fatima zahra Chahboune

14. Acné de la femme adulte. CHU Oujda Dr Hanane DAFLAOUI

15. Une dermatite factice mimant une dermatose bulleuse. CHU Oujda Dr Kaoutar SOF

Liste des résumés des posters

PATHOLOGIES TUMORALES

1. Tumeur cutanée extensive de la paupière : difficulté de prise en charge

Kabbou Soukayna (1), Farah Marraha (1), Ibtissam Al Faker (1), Hanane Chahoub (1), Najlae Rahmani (1) ,Youness Benyamna (1), (1), Rkiek Yasmine (1), El Haddad Meriem (1), Snoussi Ilham (1), Boukamza Firdaous (1), Gallouj Salim(1)

Service de Dermatologie et vénérologie
CHU Tanger , Maroc **Introduction**
:

Le botryomycome, encore appelé granulome pyogénique ou hémangiome capillaire lobulé, est une tumeur bénigne d'origine vasculaire du derme superficiel. Il peut être rencontré sur tout le tégument cutané ou muqueux. Dans ce cas, la localisation et le volume occasionnant une gêne fonctionnelle et sociale, motive une exérèse chirurgicale urgente.

Observation :
Il s'agit d'un homme de 34 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui a consulté pour une masse tumorale évoluant depuis 3 mois, de ce fait, ne pouvait plus voir avec son œil gauche, ni l'ouvrir facilement . L'examen clinique a trouvé une masse charnue rouge mesurant environ 5 cm, reposant sur la paupière inférieure gauche, non douloureuse, pédiculée , surmontée par une croute jaunâtre . La dermoscopie montre des aires rouges séparés par des travées blanchâtre.

L'histologie a montré prolifération vasculaire à disposition lobulée, faite de nombreuses structures vasculaires de forme variée, à lumière étroite ou large, à paroi fine et bordure endothéliale régulière, Ces vaisseaux siègent dans un conjonctif peu cellulaire renfermant des cellules à noyaux réguliers, allongés ou étoilés, de rares lymphocytes et polynucléaires éosinophiles. Entre les lobules, le tissu est lâche, myxoïde.

Discussion :
Nous présentons à travers notre observation un cas original de botriomycome volumineux avec une localisation particulière occasionnant à la fois une gêne fonctionnelle et esthétique majeurs . C'est une tumeur vasculaire à croissance rapide qui survient généralement chez les enfants et les jeunes adultes et qui se développe fréquemment à partir de la peau, ainsi que des muqueuses buccales et nasales. L'histologie est

indispensable pour écarter les diagnostiques différentiels notamment le mélanome achromique . Pour le traitement, l'excision chirurgicale complète avec des marges saines et une fermeture primaire a été considérée comme le traitement de choix pour les PG, surtout en ce qui concerne les taux de récidive, selon plusieurs études.

2. Un adénocarcinome pulmonaire révélé par une métastase du cuir chevelu

OULAD ALI Sara [1], BELCADI Jihane [1], SENOUCI Karima [1], ISMAILI Nadia [1]
[1]*Département de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :
Les métastases cutanées en tant que manifestation initiale et unique d'un cancer du poumon sous-jacent sont très rares. Les sites les plus fréquemment rencontrés sont la poitrine, l'abdomen, la tête et le cou. Ils peuvent rarement apparaître sous forme de lésion solitaire du cuir chevelu.
Nous rapportons le cas d'un adénocarcinome pulmonaire révélé par une métastase du cuir chevelu.

Observation :
Un patient de 76 ans, ayant comme antécédent un tabagisme chronique, s'est présenté pour une lésion évoluant depuis 4 mois localisée sur le cuir chevelu, sans signe fonctionnel associé.
L'examen clinique montrait une ulcération bien limitée à base propre, fragile, saignant au contact, indolore à la palpation et mesurant 1,6*2,4 cm.
Le reste de l'examen physique était normal, notamment les aires ganglionnaires qui étaient libres.
Une biopsie a été réalisée révélant une métastase cutanée d'un adénocarcinome pulmonaire.
Une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a été réalisée confirmant la présence d'un néoplasie pulmonaire avec métastase osseuse. Le patient a bénéficié d'une chimiothérapie.

Discussion :
Les métastases cutanées font référence à la croissance de cellules cancéreuses dans la peau provenant d'un néoplasie interne. Dans la plupart des cas, les métastases cutanées se développent après le diagnostic initial de la tumeur maligne interne primitive et tardivement au cours de la maladie. Dans de très rares cas, des métastases cutanées peuvent survenir en même temps ou avant que le cancer primitif n'ait été détecté comme chez notre patient.
Les localisations les plus fréquentes des métastases cutanées sont la poitrine, l'abdomen, suivies du cuir chevelu, de la tête et du cou, des extrémités et du dos.
Les métastases du cancer du poumon se présentent généralement sous la forme de nodules solitaires ou multiples à croissance rapide d'un diamètre de 5 mm à 10 cm et sont fermes, mobiles et recouverts d'une peau normale. Parfois, des lésions exsudatives ou ulcéreuses sont également observées.
Le type histologique le plus courant de carcinome du poumon qui métastase à la peau est l'adénocarcinome suivi du carcinome épidermoïde, du carcinome à petites cellules et à grandes cellules. Le pronostic des métastases cutanées est extrêmement mauvais. Malgré l'association de la radiothérapie et de la chimiothérapie, les patients atteints d'un cancer du poumon avec métastases cutanées ont un mauvais pronostic ; la survie médiane étant estimée de 3 à 6 mois.

3. Angioléiomyome révélé par un nodule douloureux de la cuisse

O.K.Idrissi, F.Z. El Fatoiki, H.D.Skalli, F.Hali, S,Chiheb
Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Morocco

Introduction :
L'angioléiomyome est une tumeur du muscle lisse vasculaire bénigne, relativement rare, provenant de la tunique moyenne des veines et des artères. Il est également appelé « angiomyome » ou « léiomyome vasculaire ».
Nous rapportons un cas d'angioléiomyome révélé par un nodule douloureux de la cuisse.

Observation :
Patiente âgée de 24 ans, sans antécédents pathologiques particuliers qui présente depuis 6 mois un nodule cutané au niveau du plis sous fessier gauche. La consultation était motivée par le caractère gênant et très douloureux de la lésion. A l'examen clinique, elle présentait un nodule sous cutané de 3 cm de grand axe, sensible avec une peau en regard d'aspect angiomateux situé au niveau de la cuisse gauche. Une échographie doppler a été réalisé objectivant une lésion hypoéchogène hétérogène hyper vascularisée avec un flux veineux au doppler pulsé. La patiente a bénéficié d'une exérèse complète du nodule. L'étude histologique a révélé la présence d'une formation nodulaire bien circonscrite, d'aspect polychrome et siège de remaniements hémorragiques avec une prolifération cellulaire fusiforme très vascularisé faite de faisceaux enchevêtrés et séparé par un stroma fibreux. Les limites de la résection étaient saines. Ainsi, le diagnostic d'angioléiomyome était retenu.

Discussion
L'angioléiomyome est une tumeur bénigne qui se présente généralement sous la forme petite masse douloureuse à croissance lente provenant du tissu cutané ou sous-cutané.
Les angioléiomyomes sont deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes et affectent principalement la population d'âge moyen entre la quatrième et sixième décennie. La majorité de tous les angioléiomyomes retrouvés se situent dans les membres inférieurs, en particulier au niveau du mollet et la cheville.
La pathogenèse de cette tumeur est inconnue, cependant des facteurs tels que le traumatisme, l'infection, les hormones et les malformations artérioveineuses ont été discutés.
Le diagnostic de l'angioléiomyome est histologique. L'évolution d'un léiomyome vasculaire est classiquement bénigne. Sans transformation maligne ni récidive après une exérèse chirurgicale complète.

4. Association particulière de carcinome en cuirasse et les métastases zostériformes d'un carcinome mammaire

K.OUJENNANE[1.3], S.AMAL[1.3], O.HOCAR[1.3], I.BOUJGUENNA[2.3], H.RAIS[2.3]
[1] *service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech*

[2] *service d'anatomopathologie, CHU Mohammed VI , Marrakech*
[3] *Laboratoire Bioscience et santé , FMPM université Caddi Ayyad, Marrakech*

Introduction

Les métastases cutanées ne sont pas fréquentes, estimées entre 0,7 et 9% de toutes les métastases, plusieurs aspects clinicopathologiques distincts des métastases cutanées ont été décrits, cela est du au mécanisme

d'envahissement de la peau, soit par voie lymphatique, hématogène ou par extension directe, parfois différentes formes peuvent se développer chez le même patient. Nous rapportons le cas d'une patiente qui a présenté un carcinome en cuirasse associé à des métastases zostériformes du carcinome du sein.

Observation

Une femme de 39ans, suivie pour carcinome mammaire canalaire depuis 3 ans, traité par mastectomie radicale, lymphadénectomie et chimiothérapie adjuvante. Elle se présente pour un placard érythémateux infiltré induré non chaud indolore, initialement au niveau de la paroi thoracique antérieure avec extension postérieure secondaire, surmonté par des lésions papuleuses et d'autres nodulaires fermes d'aspect violacé, de distribution métamérique (Dermatome 2 , 3 et 4), survenant il y a 1 mois le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général. Le bilan infectieux était négatif et la biopsie des lésions papulonodulaires et du placard scléreux ont confirmé leur nature métastatique d'origine mammaire. La patiente était adressée en oncologie médicale pour complément de prise en charge.

Discussion

Les métastases cutanées ne sont pas inhabituelles mais elles restent rares , leur aspect clinique est non spécifique pouvant être confondu avec d'autres pathologies cutanées. L'aspect le plus fréquemment rapporté des métastases cutanées était des nodules multiples dans deux tiers des cas. (1) l'association du carcinome en cuirasse et les métastases zostériformes se caractérise sur le plan cutané par l'apparition de papules et de nodules fermes selon une disposition métamérique qui reposent sur un placard sclérodermiforme du thorax de très grande taille. La physiopathologie de cette association peut être expliquée par la localisation sous cutanée du carcinome mammaire leur extension importante au réseau lymphatique superficiel (2,3). Sur le plan histologique, la fibrose est prédominante, le derme est infiltré par des cellules tumorales disposées en «file indienne» entre les faisceaux de collagène et il existe une infiltration des vaisseaux lymphatiques par les cellules malignes (4). Sur le plan thérapeutique il n'y a pas de consensus sur le traitement ce cette association en raison du petit nombre de cas rapporté, mais les modalités utilisées comprennent la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie si les récepteurs hormonaux sont positifs **Conclusion**

Le pronostic des patientes atteintes d'un cancer du sein métastasé est bien moins favorable que lorsque le cancer est localisé. Le taux de survie à 5 ans est de 20 %. Le carcinome en cuirasse est une forme de métastase cutanée rare et de mauvais pronostic. Un diagnostic précoce par le dermatologue est indispensable afin d'identifier rapidement une récidive locale de tumeur du sein.

5. Carcinome basocellulaire térébrant du scalp : localisation atypique et difficulté de prise en charge

M. Rimaoui ; F.Hali ; F. mernissi ; S.Chiheb

Service de dermatologie ; Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le carcinome basocellulaire (CBC) a un potentiel invasif local, néanmoins il peut entraîner une destruction tissulaire importante. La variante sclérodermiforme ou morphéiforme est une forme rare et particulière par son architecture infiltrante et par son évolution potentiellement agressive. La localisation du cuir chevelu est exceptionnelle. Les formes térébrantes du carcinome basocellulaire posent un problème de prise en charge thérapeutique par l'étendue des lésions et les récidives fréquentes. Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant un carcinome basocellulaire térébrant ulcéré et sclérodermiforme du scalp.

Observation :

Patiente âgée de 83 ans, suivie pour une HTAP et une HTA, consulte à l'unité de dermatologie pour une lésion ulcérée du scalp évoluant depuis 1 an. L'examen dermatologique retrouve une large ulcération de taille ≥10 cm en regard de la région pariétale droite et gauche, le centre est bourgeonnant et les bordures sont scléreuses, infiltrées et indurées .On ne note pas des adénopathies satellites palpables .La biopsie cutanée a objectivé : un carcinome basocellulaire ulcéré et sclérodermiforme .Le bilan d'extension a révélé une infiltration des parties molles sans atteinte osseuse. La prise en charge thérapeutique a consisté à la radiothérapie .L'intervention chirurgicale était impossible vu l'âge et les comorbidités.

Discussion :
Le CBC térébrant est caractérisé par son évolution agressive, extensive et destructrice pouvant atteindre les structures musculaires et osseuses. Ce sont des tumeurs qui nécessite une chirurgie mutilante aux conséquences fonctionnelles lourdes entraînant des délabrements considérables .La chimiothérapie reste peu efficace mais La radiothérapie constitue parfois une alternative thérapeutique pouvant être proposée dans ces cas évolués. La variante sclérodermiforme est rare, elle possède également une évolution agressive émaillée de fréquentes récidives locales. Notre observation est originale par le siège atypique du CBC et par la rareté la variante sclérodermiforme ainsi que la présentation térébrante.

6. Carcinome apocrine cutané pubien métastatique inhabituel: A propos d'un cas et revue de la littérature.

K.OUJENNANE[1.3], A.LAROUGUI[1.3] S.AMAL[1.3], O.HOCAR[1.3], H.OUSSEHAL[2.3], FE.HAZMIRI [2.3] [1]
service de dermatologie, CHU Mohammed VI,Marrakech

service d'anatomopathologie, CHU Mohammed VI , Marrakech
[3] *Laboratoire Bioscience et santé , FMPM université Caddi Ayyad, Marrakech*

Introduction :

Les carcinomes apocrines cutanés sont des tumeurs malignes annexielles rares caractérisées par une plaque ou des nodules, de croissance lente. Le pronostic est marqué par un risque de récidive locorégionale et d'évolution métastatique. Leur apparition a été rapportée principalement dans la région axillaire et le sein. Nous présentons un cas de carcinome apocrine provenant du pubis, où il se produit rarement.

Observation : Un homme de 70 ans, ayant comme antécédents une hypertension artérielle non suivie compliquée d'un AVC ischémique, consultait pour une masse tumorale au niveau de la région pubienne évoluant

progressivement depuis 2 mois, avec une altération de l'état général. L'examen clinique a révélé une tumeur arrondie de 5cm/4cm, de surface mamelonnée, de couleur rouge violacé, saignante au moindre traumatique(Figure1), le reste de l'examen somatique n'a pas révélé d'adénopathie palpable. L'examen histopathologique L'examen histologique a objectivé une prolifération carcinomateuse infiltrante d'architecture cribriforme. Celle-ci était faite de structure glanduliformes avec parfois des projections papillaires par places. Les cellules tumorales étaient munies de noyaux arrondis et pléomorphes (Figure 2). On notait également la présence de mitoses anormales et d'une nécrose tumorale focale. Le complément

IHC a objectivé une positivité des anticorps anti-CK7 et anti-EMA, tandis que les anticorps des cellules myoépithéliales, l'anticorps anti-CK20, anti-GCDFP15,anti-Oestrogènes et anti-Progestérone étaient négatifs. Le bilan d'extension a révélé des métastases cérébrales pulmonaires et ganglionnaires. La décision thérapeutique était la radiothérapie néoadjuvante , la chirurgie puis la chimiothérapie.

Discussion :

Le carcinome apocrine est une tumeur épithéliale maligne rare des glandes sudoripares apocrines. Il se manifeste par un nodule rouge indolore, à croissance lente, ferme ou kystique, avec des ulcérations focales. La localisation la plus fréquente est au niveau axillaire (près d'un cas sur deux) mais d'autres localisations sont possibles notamment sur le cuir chevelu, le front, les paupières, la lèvre supérieure, les joues, le pubis, le mamelon et les doigts L'évolution est le plus souvent indolente, lentement progressive, mais peut être plus agressive, avec un risque de récidive locale, voire d'évolution métastatique notamment aux niveaux pulmonaire, cérébral et osseux, pouvant entraîner le décès.

Le diagnostic repose essentiellement sur l'étude anatomopathologique vu que l'aspect clinique n'est pas spécifique et parfois trompeur le diagnostic de tumeur apocrine étant évoqué en présence d'images de sécrétion par décapitation au sein d'une structure kystique ou des projections papillaires. Le traitement de référence est l'excision chirurgicale large, avec des marges de 2 à 3 cm.

7. Un Carcinome Basocellulaire infiltrant localement avancé sur ulcération post-traumatique chronique

H. Jabri ; F.Hali ; F.Marnissi ; S.Chiheb

Service de Dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Introduction :

Le carcinome basocellulaire (CBC) est la tumeur cutanée maligne la plus fréquente.
Il se présente sous plusieurs formes cliniques avec différents degrés d'agressivité, un pouvoir d'extension locorégional et des métastases exceptionnelles. Ici, nous rapportons le cas d'une patiente diagnostiquée de carcinome basocellulaire infiltrant localement avancé survenu sur ulcération post-traumatique.

Observation médicale :

Patiente de 71 ans, ayant présenté 6 ans avant sa consultation un traumatisme domestique occasionnant une ulcération frontale gauche sans tendance à la cicatrisation spontanée, avec augmentation progressive de sa taille et saignement au contact. 3 ans après, devant la persistance de l'ulcération, une biopsie cutanée a été réalisée revenue sans particularités, la patiente a bénéficié après d'une greffe cutanée avec rejet du greffon, puis a été perdu de vue pendant 3 ans. Elle a reconsulté il y a 2 mois, l'examen clinique a retrouvé une ulcération frontale gauche bien limitée, saignante au contact, faisant 12 cm de grand axe. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de carcinome basocellulaire infiltrant ; une tomodensitométrie crânio-faciale a été réalisée et a objectivé un aspect hétérogène de la voute crânienne avec ostéocondensation diffuse, la scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation frontale gauche, la tomodensitométrie thoraco-abdominopelvienne n'a pas mis en évidence de localisations secondaires à distance. Le diagnostic de Carcinome Basocellulaire localement avancé a été retenu chez notre patiente, elle a été présentée à une réunion de concertation multidisciplinaire avec décision de radiothérapie vu la difficulté chirurgicale.

Discussion : Le CBC est une tumeur cutanée de bon pronostic avec évolution lente. Les facteurs de risque incluent l'exposition solaire chronique et la prédisposition génétique, sa survenue sur des lésions inflammatoires chroniques telles que les cicatrices de brûlure ou les cicatrices post-traumatiques est exceptionnelle. La chirurgie est le traitement de référence, dans les cas localement avancés inopérables, d'autres alternatives peuvent être proposées y compris la radiothérapie, les thérapies ciblées, la thérapie photodynamique et l'immunothérapie.

Conclusion :
L'originalité de notre observation réside dans la survenue de carcinome basocellulaire sur cicatrice posttraumatique chronique, ce qui est très rarement rapportée dans la littérature ainsi que la présentation clinique particulière sous forme d'une large ulcération frontale.

8. Carcinome basocellulaire ulcéré de localisation inhabituelle : A propos d'un cas

I.BOUBNANE (1), S.HAMICH (1) JEBLI (2), M.MEZIANE (1), ZNATI (2) K.SENOUCI (1) .

(1) Service de Dermatologie-Vénérologie CHU IBN SINA , Rabat , Maroc

(2) Service d'Anatomopathologie CHU IBN SINA , Rabat , Maroc

Introduction
Le carcinome basocellulaire (CBC) est le cancer cutané le plus fréquent . Son principal facteur de risque est l'exposition aux rayons ultraviolets , Ainsi les CBCs siégeant au niveau des zones non photoexposées sont extrêmement rares . Plusieurs types clinico-histologiques sont décrits, de pronostics différents selon la taille, la localisation et le type anatomopathologique.
Nous rapportons un cas de CBC ulcéré de la région pubienne.

Observation
Patient de 69 ans, suivi pour adénocarcinome gastrique traité par radiothérapie, consultait au service de dermatologie pour une ulcération indolore du pubis évoluant depuis 2 ans.
L'examen clinique trouvait une lésion ulcérée bordé d'un bourrelet perlé, avec un fond propre et une base indurée , mesurant 3,6 cm × 2,7 cm de diamètre dans la région pubienne.
La dermatoscopie objectivait des télangiectasies arborisantes, de multiples globules bleus et de gros nids ovoïdes bleus/gris . Les aires ganglionnaires était libre. Le reste de l'examen systémique était sans particularité.
L'examen histopathologique révélait un carcinome basocellulaire infiltrant.
Le patient a été adressé en chirurgie plastique pour une exérèse chirurgicale.

Discussion
Le carcinome basocellulaire (CBC) est une tumeur épithéliale développée aux dépens du tissu épidermique, survenant le plus souvent de novo, avec une localisation strictement cutanée, jamais muqueuses . Il possède une malignité locale et son risque métastatique est exceptionnel.
L'exposition aux rayons UV est considéré comme un facteur de risque environnemental majeur pour le CBC, car la tumeur survient dans plus de 80% des cas sur des zones exposées au soleil à savoir la tête et le cou . Cependant, les CBCs localisés sur des sites non-photoexposées reste inhabituels, et d'autres facteurs étiologiques doivent être pris en considération dans ces cas. Certaines genodermatoses, notamment le Xeroderma pigmentosum et la Naevomatose basocellulaire , sont associées à un risque accru de CBC. Les

autres facteurs de risque comprennent les antécédent familiaux de cancer de peau, l'irritation cutanée chronique, les traumatismes, l'immunosuppression, la prise des médicaments photosensibilisants, l'exposition aux rayonnements ionisants et aux produits chimiques cancérigènes, en particulier l'arsenic. Notre patient avait l'âge compatible et la notion de radiothérapie .
Le CBC des régions périnéales et génitales est très rare (moins de 1%). Seuls quelques cas ont été rapportés dans la littérature médicale. Il a été suggéré que des facteurs locaux comme la forme concave, la tension réduite de la peau et les plis cutanés favorisent le développement du ces tumeurs dans certaines localisations comme les aisselles et l'aine. Des études antérieures ont rapporté que son incidence était plus élevée chez les patients d'âge moyen à âgés, et que environ 30 % de ces lésions étaient ulcérées (comme le cas de notre patient), soulignant le retard éventuel du diagnostic.

Conclusion
Le carcinome basocellulaire est la tumeur maligne cutanée la plus fréquente. Leur faible mortalité contraste avec leur forte morbidité. En effet, ces tumeurs sont avant tout localisées sur les zones exposées au soleil mais peuvent exceptionnellement siéger au niveau des sites non-photo exposées et revêtir des formes inhabituelles d'où l'intérêt de biopsier toutes les lésions suspectes.

9. Carcinome épidermoïde du pli inter-fessier révélant une tumeur rénale : une présentation inhabituelle

C. Aït Khabba ;M. Asermouh ; N. Ismaïli ; L. Benzekri ; M. Meziane ; K. Senouci

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina , Université Mohammed V Souissi, Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Introduction :

Les carcinomes épidermoïdes représentent 30 % des carcinomes cutanés. Ils se manifestent cliniquement par une ulcération, un bourgeonnement et une infiltration. La localisation péri-anale est rare et doit faire rechercher une infection par HPV , un antécédent de kyste pilonidal ainsi qu'une métastase viscérale qui reste exceptionnelle.Nous rapportons un cas d'un carcinome épidermoïde du pli inter-fessier révélant une tumeur rénale.

Observation :
Patiente âgée de 62ans sans antécédents, qui consultait pour une tumeur bourgeonnante du pli inter-fessier évoluant progressivement depuis 01 an. A l'examen clinique on trouvait une tuméfaction de couleur chair , mesurant 2.5 cm s 3 cm , bourgeonnante, de consistance ferme, centrée par une ulcération , reposant sur une plaque érythémateuse symétrique à bordure circinée de part et d'autre du pli inter-fessier.Pas de condylomes génitaux ou d'anomalies à l'examen génital et pas d'adénopathies palpables. La biopsie cutanée était en faveur d'un carcinome épidermoïde bie différencié : Anticorps anti P53 positif et index mitotique estimé à 40%. Le bilan biologique était sans particularités notamment la fonction rénale et les marqueurs tumoraux. L'IRM centrée sur la tumeur objectivait un processus du pl inter-fessier sans envahissement locorégional arrivant au contact du coccyx communiquant avec le tissu cutané par u trajet fistuleux. La TDM TAP montrait une masse tissulaire arrondie bien limitée du pole supérieur du rein gauche à proximité du hile rénal et de la queue du pancréas sans signe d'envahissement. La recto- sigmoïdoscopie était sans

particularité. La patiente a bénéficié d'une exérèse de la tumeur avec bonnes suites opératoires puis adressée en urologie pour éventuelle néphrectomie partielle.

Discussion :

Les carcinomes épidermoïdes sont des tumeurs développées à partir des kératinocytes de la couche épineuse de l'épiderme ou des muqueuses malpighiennes d'où le nom « spinocellulaire ».

Il touche les sujets âgés de plus de 60 ans et prédomine au niveau des zones photo-exposées. La localisation au niveau du pli inter-fessier est rare. Elle est fortement associée à une infection à HPV 6 et 11. Cependant, le carcinome épidermoïde après un kyste épidermoïde dans l'espace pré-sacré, est extrêmement rare.

Elle se présente cliniquement sous forme végétante, exophytique en « chou-fleur», ou sous forme d'ulcération torpid et indurée . L'examen clinique doit chercher des adénopathies inguinales. L'évolution est lente avec une phase infiltrante tardive et un risque d'extension locale aux structures avoisinantes. L'atteinte osseuse n'est pas rare ; estimée à 10 % ; et touche surtout l'aile iliaque. Le risque de métastases ganglionnaires est fréquent alors que les métastases viscérales sont exceptionnelles touchant l'anus, le rectum, la cloison recto-vaginale, le col utérin, les rein et appareil urinaire ...

Conclusion :

C'est une tumeur maligne épithéliale fréquente potentiellement agressive avec risque métastatique.

Les récidives locales péri-anales sont fréquentes d'environ 65 % d'où la nécessité d'une surveillance régulière.

10. Carcinome épidermoïde sur lupus discoïde : à propos de deux observations

F.Amaaoune[1] ; I.Lakhal[1] ; S. Ait oussous[1] ; M. Rachid [2] ; R.Chakiri[1]

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

2 : Département de Dermatologie, Centre Hospitalier Régional Hassan 2, Agadir

Introduction

Les carcinomes épidermoïdes cutanés (CE) représentent un véritable problème de santé publique du fait de leur fréquence, de leur morbidité et de leur mortalité. Ils se développent en général sur des lésions cutanées préexistantes telles que les inflammations cutanées chroniques trouvées dans le lupus discoïde (LD).

Le LD est une forme de lupus érythémateux cutané chronique. La transformation maligne est une complication rare. Nous rapportons 2 cas de CE historiques se développant sur des lésions de LD.

Observation 1 : Un patient âgé de 64 ans, berger de profession, originaire du sud du Maroc, tabagisme chronique. Il s'est présenté pour une tumeur rétro auriculaire gauche évoluant depuis 6 mois sur des lésions de LD remontant à 20 ans.

L'examen général trouvait un patient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire et apyrétique.

L'examen dermatologique montrait une tumeur rétro auriculaire gauche de 8 cm de grand axe, ulcérobourgeonnante et crouteuse, saignante au contact, nauséabonde, base indurée, bords irréguliers et surélevés.

Des adénopathies cervicales gauches de tailles variables, fixes, dures et indolores étaient présentes.

L'histologie a confirmé le diagnostic de CE.

La TDM cranio-faciale a objectivé un processus malin auriculaire gauche localement avancé avec un processus intracanalaire gauche, un envahissement de la glande parotide gauche et des adénopathies cervicales. Une prise en charge chirurgicale était proposée.

Observation 2 :

Un patient âgé de 54 ans, pêcheur de profession, originaire du sud du Maroc, diabétique. Il s'est présenté pour une tumeur du cuir chevelu évoluant depuis 3mois sur des lésions de LD remontant à 32 ans. L'examen général trouvait un patient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire et apyrétique. L'examen dermatologique objectivait une tumeur ulcérobourgeonnante de 12 cm de grand axe, saignante au contact, fixe, base indurée avec des bords bien limités et surélevés, fibrineuse et purulente au niveau du cuir chevelu. L'histologie a confirmé le diagnostic de CE. La TDM cérébrale a montré une grosse tumeur du cuir chevelu avec ostéolyse de la table externe des os pariétaux sous-jacents. Une prise chirurgicale a été faite.

Discussion :

L'apparition d'un CE sur les lésions du LD est une complication rare. Les facteurs de risques de malignité ainsi établis rejoignent les données de la littérature concernant la prévalence du CE chez des sujets de sexe masculin, tabagiques, ayant une exposition solaire importante et présentant une achromie centrale au niveau des lésions de LD étaient présents chez nos 2 patients. En effet, il a été suggéré que les processus inflammatoires chroniques, la cicatrisation, l'atrophie, la dépigmentation et les dommages consécutifs aux rayons UV, ainsi que le tabac, peuvent provoquer la transformation précancéreuse initiale des kératinocytes au cours du LD.

Des facteurs génétiques et des mutations somatiques sont impliqués dans la pathogenèse du LED. Trois à cinq mutations somatiques affectant des gènes autosomiques et une mutation impliquant un gène lié au chromosome X dans les cellules souches lymphocytaires d'individus prédisposés entraînent le développement d'un clone lymphocytaire qui synthétise des auto-anticorps provoquant des lésions tissulaires.

L'intervalle entre le développement du LD et du CE varie de 4 à 20 ans et c'était le cas pour nos 2 patients.

Le pronostic à long terme de ces cas est varié. Le CE survenant dans les LED est considéré comme un carcinome localement agressif comme c'était le cas chez nos 2 patients avec des tumeurs de grandes tailles nécessitant des exérèses chirurgicales larges avec greffes de peau, sans oublié le risque de récidive et de l'invasion du crâne et de la dure-mère sous-jacents. Une étude a rapporté des récidives locales dans environ 20% des cas et des métastases dans 30% des cas. Des décès ont également été rapportés suite à des métastases multiples.

Conclusion

Bien que l'incidence de la transformation maligne des lésions de LED soit rare, une grande prudence est toujours justifiée. Ces CE sont plus agressifs que les CE conventionnels.

11. Un Carcinome cutané métatypique à localisation inguinale avec invasion vasculaire et musculaire

H.Jabri ; F.Hali; F.Marnissi ; S.Chiheb

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

Introduction:

Le carcinome métatypique ou basosquameux (CBS) est une tumeur maligne rare, avec des caractéristiques histopathologiques spécifiques au carcinome basocellulaire (CBC) et au carcinome épidermoide (CE). C'est une tumeur potentiellement agressive, avec un pouvoir invasif locorégionale et métastatique à distance. Nous rapportons ici un cas rare de carcinome cutané métatypique localisé au niveau du pli inguinal gauche avec invasion vasculaire et musculaire.

Observation médicale:

Patiente de 61 ans, a présenté 8 mois avant sa consultation une tuméfaction inguinale gauche augmentant progressivement de volume, devenue ulcérée et évoluant dans un contexte d'asthénie et d'amaigrissement non chiffré. Une biopsie cutanée a été réalisée et a révélé une tumeur infiltrante avec un aspect mixte de cellules basales et fusiformes, l'analyse immunohistochimique (IHC) était en faveur d'un carcinome basosquameux métatypique.

Un examen gynécologique spécialisé a été réalisé chez notre patiente, revenu sans particularités. La tomodensitométrie abdomino-pelvienne a objectivé la présence d'une masse inguinale gauche avec des contours irréguliers, hypodense avec un rehaussement hétérogène délimitant des zones de nécrose mesurant 73mm× 57mm× 52mm, englobant les vaisseaux fémoraux et envahissant les muscles longs adducteurs et pectinéaux gauches avec présence d'adénopathies nécrotiques inguinales et iliaques externes bilatérales; l'étage thoracique était sans particularités. Notre patiente a été présentée à la réunion de concertation pluridisciplinaire avec décision d'instaurer une chimiothérapie.

Discussion:

Le CBS est un carcinome cutané rare. Il s'agit d'une tumeur à croissance lente, son aspect macroscopique ne peut être distingué du CE ou du CBC. Histologiquement, il comporte des zones de carcinome basaloïde associées à une différenciation épidermoïde. Il est actuellement admis que ce type de carcinome représente une entité clinique indépendante. La localisation cervicofaciale est la plus fréquente, décrite dans 95% des cas, les localisations au niveau de tronc et des membres sont très rarement rapportées dans la littérature. Bien qu'il soit rare, son agressivité locale et son potentiel élevé de métastases à distance sont des faits préoccupants. Par conséquent, le traitement doit être similaire à celui du CE, comprenant une excision chirurgicale large et complète, une radiothérapie et une chimiothérapie adjuvante.

Conclusion:

L'originalité de notre observation réside dans la rareté de la localisation du CBS au niveau du pli inguinal ainsi que son extension locorégionale et à distance.

12. Carcinome trichilemmal chez une jeune femme

S.Essaddouki, F Z.El fatoiki, H.Skalli, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie

Hôpital universitaire CHU Ibn rochd Casablanca

Introduction

Le carcinome trichilemmal est une tumeur maligne annexielle rare. Il se développe à partir de la gaine épithéliale externe de la racine du follicule pileux. Il touche les adultes âgés généralement après 70 ans et se localise essentiellement au niveau du cuir chevelu et le visage. Nous représentons un cas de carcinome trichilemmal de localisation fronto-temporale droite chez une jeune femme de 44 ans.

Observation

Il s'agit d'une femme âgée de 44 ans, sans antécédents pathologiques particuliers. Elle présentait depuis 2 ans un nodule indolore au niveau fronto-temporal, qui avait augmenté progressivement de volume et était devenue ulcéreux. L'anamnèse ne retrouvait pas la notion de traumatisme. L'examen clinique montrait une formation nodulaire érythémateuse indolore de consistance molle de 5 cm de grand axe surmonté de croûte, sa surface est ulcérée et saignante. Les aires ganglionnaires étaient libres. L'examen histopathologique montrait une prolifération carcinomateuse faite de noyaux de cellules tumorales basaloides avec une architecture en palissade en périphérie des noyaux avec des atypies majeures. Par ailleurs on notait la présence par place des foyers de kératinisation de type trichilemmal. Une exérèse large était pratiquée et confirmait le diagnostic à l'histologie. Les limites d'exérèse étaient saines et le bilan d'extension sans particularité, une surveillance clinique était alors proposée.

Discussion

La particularité de notre observation réside dans la rareté du carcinome trichilemmal chez la population générale et en particulier chez les sujets jeunes. Ici nous rapportons le cas d'un carcinome trichilemmal chez une jeune femme de 44 ans de localisation fronto-temporale droite.

Le carcinome trichilemmal est une entité rare, seule 103 cas ont été rapportés dans la littérature. Il est développé à partir de la gaine épithéliale externe de la racine du follicule pileux. Ile se présente comme une tumeur exophytique à croissance rapide, survenant principalement sur le visage, le cou ou, le cuir chevelu. Malgré les signes cytologiques de malignité évidents, il n'y a en général pas de récidive après excision. Les métastases sont exceptionnelles.

13. Carcinome basocellulaire géant de la face

BELCADI Jihane [1], OULAD ALI Sara [1], MAOUNI Safae [1], BENZEKRI Laila [1], ISMAILI Nadia [1], MEZIANE Meryem[1], SENOUCI Karima [1]

[1]*Département de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :

Les carcinomes basocellulaires sont définis comme « géants » lorsque leur plus grand diamètre atteint 5 cm ou plus. Ils sont rares et représentent moins de 1% des CBC.
Ils présentent un certain nombre de caractéristiques communes : durée d'évolution prolongée, histologie mixte et complexe, avec souvent des composantes de type superficielle et nodulaire dans la même lésion, des patients avec un état général altéré ou des localisations à risque.

Observation

Mme M. âgée de 77 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultait, en notre formation, pour une lésion temporale droite évoluant depuis 11 ans.
A l'examen, on constatait une plaque blanc-nacrée, érythémateuse en périphérie, bien limitée, dure, enchâssée dans le derme, mesurant 5,3 x 3,7 cm, siégeant sur la région sous temporale droite, prenant le tragus, la conque, la fossette naviculaire et la racine de l'hélix de l'oreille droite.
La dermoscopie objectivait en périphérie : des globules bruns, des nids ovoïdes bruns et gris-bleus, des structures en feuille d'érable, des télangiectasies et une vascularisation en tronc d'arbre. Au centre, on retrouvait des zones sans structures roses blanchâtres brillantes.
Le diagnostic de carcinome basocellulaire superficiel était confirmé par l'histologie.
Une exérèse chirurgicale avec des marges était réalisée avec reconstruction par une greffe de peau totale.

Discussion

Notre cas décrit une forme rare de carcinome basocellulaire superficiel géant (> 5 cm) localisé au niveau de la face.
La dermoscopie permet d'orienter le diagnostic du carcinome basocellulaire superficiel avec l'aspect en roue dentée, en feuille d'érable, les globules bruns et gris bleus, les télangiectasies et la présence d'une érosion.
Le diagnostic est confirmé par l'histologie, la forme superficielle se caractérisant par la présence de nids tumoraux appendus à l'épiderme et/ou aux follicules pileux. Ces foyers sont constitués de cellules basaloïdes avec un agencement palissadique des noyaux en périphérie. Des fentes de rétraction sont également visibles.
L'excision chirurgicale est le traitement le plus couramment utilisé pour ce genre de CBC localement avancés, suivie par la radiothérapie et les thérapies ciblées tel que le vismodegib.

14. CARCINOME EPIDERMOIDE GEANT DU SCALP SUR CICATRICE DE LUPUS ERYTHEMATEUX CHRONIQUE

H. DOUMA, S.FARAS, I.ZINEEDDINE, S.AMAL, Y.BENCHEMKHA, K.ATIQUI, H.RAIS
Service de dermatologie et vénérologie
Service de chirurgie plastique
Service d'anatomopathologie
CHU Mohammed VI- Marrakech- Maroc

Laboratoire Biosciences ET santé

Faculté de médecine et de pharmacie - université Cadi Ayyad **Introduction**

:

Le carcinome épidérmoide géant est une tumeur invasive développée aux dépens des kératinocytes épidermiques. Il survient plutôt sur des lésions de dysplasie.Nous rapportons un cas de carcinome épidérmoide du scalp survenant sur une lésion de lupus chronique.

Observation :

Un homme âgé de 54 ans, ayant comme Antécédent un diabète type 2 sous ADO suivi depuis 1989 pour un lupus révélé par une alopécie et un phénomène de Raynaud traité par un dermocorticoïde et les antipaludéens de synthèse, six mois après le patient a développé une rétinopathie nécessitant l'arrêt du traitement et la mise sous corticothérapie orale et locale.

Le patient a été perdu de vue pendant 30 ans, Il a été reçu en décembre au service de chirurgie plastique de l'hôpital pour une tumeur ulcéro- bourgeonnante du scalp évoluant depuis 6 mois. L'examen clinique montrait une tumeur ulcéro-bourgeonnante de 16cm de diamètre reposant sur une plaque atrophique et achromiques du cuir chevelu. Ailleurs L'histopathologie de la tumeur mettait en évidence un carcinome épidérmoide moyennement différencié, infiltrant et mature, ulcéré en surface.la TDM cérébrale objective une grosse tumeur du cuir chevelu avec ostéolyse de la table externe des os pariétaux sous jacents sans atteinte cérébro-méningée ni des sinus des veines encéphaliques. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne ne montre aucune lésion secondaire. Une exérèse de la tumeur et une plastie de reconstitution ont été faite au même temps opératoire. Les suites opératoires étaient simples.
L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montrait : un carcinome épidérmoide moyennement différencié et infiltrant de 16 cm de grand axe ulcéré en surface avec des emboles vasculaires et enroulement perinerveux.Les limites de résection chirurgicales antérieures et postérieures sont saines alors que les limites de résection chirurgicales internes et externes sont tumorales.La recoupe profonde tumorale : tissu fibreux siège de la même prolifération carcinomateuse.Le volet crânien : tissu osseux mature siège de la même prolifération carcinomateuse.

Discussion

Les lésions cutanées du L.E.C représentent une lésion précancéreuse des carcinomes épidermoïdes. Même si le risque de dégénérescence est minime, ces lésions doivent être surveillées, surtout dans notre pays où l'ensoleillement est particulièrement important. Le traitement est la chirurgie d'exérèse avec plastie de reconstruction, associée aux mesures de la photo protection.

Conclusion :

Intérêt de la surveillance de toute cicatrice d'une dermatose inflammatoire chronique.

15.Un cas historique de carcinome épidermoïde péri-anal :

Kaoutar Sof [1] ; Hasnae Saddouk [1] ; Yousef Almheirat [1] ; Siham Dikhaye [1-2] ; Nada Zizi [1-2]

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

(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

Le carcinome épidermoïde anal (CE) est rare et représente moins de 1% de la totalité des cancers [1]. Le diagnostic se fait à un stade évolué du fait d'une consultation tardive [2]. Le traitement du cancer du canal anal a évolué au cours des dernières années, devenu essentiellement médical [3].

Observation :
Patient de 50 ans, tabagique et toxicomane, sans notion de comportement sexuel à risque ; admis pour une tuméfaction ucléro-bourgeonnante anale évoluant depuis 3 ans. L'examen clinique trouve un patient alité, asthénique avec un score de l'OMS à 4 avec une géante tumeur ulcéro-bourgeonnante à surface mamelonnée de couleur rose et leucoplasique par endroit, nauséabonde, mesurant 15 cm de grand axe, entourée d'un placard hyperpigmenté, parsemé de lésions nodulaires, fistulisées donnant issu a du pus. Cette tumeur englobe le bas du dos, les fesses et le pli interfessier et délabre toute la région fessière. Elle s'associe à un magma d'adénopathies (ADP) inguinales bilatérales dont la plus volumineuse mesure 4cm de grand axe.
L'examen histologique a montré une prolifération carcinomateuse de type épidermoïde bien différenciée correspondant un carcinome épidermoïde bien différencié, kératinisant et invasif sans engainement périnerveux ou emboles vasculaires.
Les sérologies VIH, hépatite B, C et syphilitique étaient négatives.
L'IRM pelvienne a individualisé un volumineux processus tumoral mesurant 161*77mm étendu sur 160mm, qui envahit le canal anal, le bas et le moyen rectum ; responsable d'un envahissement avec lyse osseuse de la 3ème, 4ème et 5ème pièce sacrée ainsi que du coccyx avec extension à l'espace pré sacré et à la fosse ischioanale en bilatéral et s'étend aux organes génitaux externes.
Le patient était inopérable vu l'extension de la tumeur et a été adressé en chimiothérapie palliative. Le patient est décédé deux semaines après.

Discussion :
Le CE du canal anal ou de la marge anale est une tumeur rare mais son incidence a aumgenté ces dernières décennies [1]. Le VIH et l'HPV représentent des facteurs de risque de la survenue du CE anal [2], d'où l'intérêt de rechercher les comportements sexuels à risque et de réaliser un dépistage des infections sexuellement transmissibles.
D'autres facteurs liés au patient, tels que la gêne ou le déni, peuvent également retarder le diagnostic et le traitement [1]. C'est le cas de notre patient qui a consulté 3 ans après l'apparition des premiers symptômes. Le traitement repose essentiellement sur la combinaison de la radio-chimiothérapie et la chirurgie [3].

Conclusion :
Notre cas illustre un cas historique de CE, dû à la négligence et le déni du patient.

16. Elastofibromes : A propos de 9 cas.

El Arabi Y[1], Hali F[1], El Fetoiki F.Z[1], Diouri M[2], Marnissi F[3], Dahbi Skali H[1], Chiheb S[1].
[1]Dermatologie, [2]Brûlés et chirurgie plastique, [3]Anatomopathologie, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction : L'élastofibrome est une tumeur bénigne rare peu connue, qui se manifeste par une masse des tissus mous de localisation sous scapulaire, survenant souvent chez le sujet âgé. Le but de notre travail était de décrire le profil épidémio-clinique et thérapeutique des élastofibromes.

Matériel et méthode :
Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective, sur une durée de 3 ans (1er Juillet 2018 – 30 Juin 2021), portant sur les patients vus au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire de Casablanca pour un élastofibrome.

Résultats :
Un total de 6 hommes et de 3 femmes a été colligé. L'âge moyen était de 77 ans [60 - 100 ans]. Le motif principal de consultation était la gêne fonctionnelle et esthétique. L'examen clinique montrait une masse sous cutanée de consistance rénitente, adhérente au plan profond et sans inflammation de la peau en regard, mesurant de 8 à 10 centimètres de grand axe, de localisation sous scapulaire droite chez 6 patients et gauche chez 3 patients. L'échographie des tissus mous réalisée chez 6 patients montrait une masse tissulaire ovalaire bien limitée respectant les structures musculaires et graisseuses, d'échostructure échogène non vascularisée. Une imagerie par résonnance magnétique des parties molles a été réalisée d'emblée chez 3 patients montrant des masses lenticulaires iso-denses par rapport aux structures avoisinantes comportant des stries graisseuses. Tous les patients ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale avec un examen anatomopathologique confirmant le diagnostic d'élastofibrome.

Discussion : Les élastofibromes sont des tumeurs bénignes rares des tissus mous. L'âge avancé, la localisation sous scapulaire, et l'aspect radiologique caractéristique sont déterminants pour le diagnostic. Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec les lipomes, les fibromes, les sarcomes et les fibromatoses agressives. L'exérèse chirurgicale est justifiée par la gêne fonctionnelle et esthétique.

17. Enquête auprès de 302 médecins généralistes au Maroc à propos de leurs connaissances sur le Mélanome cutané

H.Jabri; F.Hali; S.Chiheb
Service de Dermatologie, vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

Introduction:

Le mélanome cutané est le cancer cutané le plus agressif et le plus mortel. Au Maroc, la forme clinique la plus fréquente est le Mélanome nodulaire plantaire. les microtraumatismes sont le principal facteur de risque, ce qui explique le diagnostic tardif. Le diagnostic et la prise en charge précoce de cette tumeur conditionnent son pronostic avec un rôle majeur et primordial des médecins généralistes. Dans notre travail, nous avons évalué les connaissances des médecins généralistes sur le mélanome cutané à travers un questionnaire en ligne.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'un questionnaire qui a été envoyé à travers les réseaux sociaux à 2000 médecins généralistes (MG) exerçant dans le secteur privé et libéral. Ce questionnaire contient 18 questions portant sur les connaissances des généralistes à propos des facteurs de risque, du diagnostic positif et de la prise en charge du Mélanome cutané.

Résultats:

302 réponses ont été reçues dont 199 MG du secteur public (66%) et 103 (34%) du secteur libéral. Concernant leurs connaissances sur les facteurs de risque, 226 généralistes (75 %) ont déclaré que les antécédents familiaux de cancer cutané constituaient un facteur de risque, 260 (86,2%) pour l'exposition solaire, 157 (52,2 %) pour l'exposition professionnelle, 60 (20 %) pour le phototype clair, 131 (43,5 %) pour les microtraumatismes et 130 (43,1 %) pour les kératoses actiniques comme lésions précancéreuses. 226 (75

%) généralistes suspectent un mélanome cutané devant une lésion pigmentée, 142 (47,2%) devant une lésion ulcéro-bourgeonnante, 75 (25,1 %) le suspectent devant une lésion nodulaire et 67 (22,5 %) le suspectent devant une lésion achromique. Les signes dermoscopiques de malignité ne sont recherchés que par 2 % des répondants. Concernant leur conduite devant une lésion pigmentée suspecte, 19 généralistes (6,3 %) réalisent une biopsie cutanée, 226 médecins généralistes (75 %) adressent le patient à un médecin spécialiste et 30 (10%) préconisent une surveillance clinique.

Discussion

Au Maroc, la forme clinique la plus fréquente du Mélanome est le nodulaire plantaire; les microtraumatismes sont le principal facteur de risque. Cette néoplasie représente un fardeau sanitaire important dans le monde en termes de mortalité et de coût financier, d'où la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adéquate impliquant les médecins généralistes comme médecins de première ligne.

.

18. Fibroépithéliome de Pinkus associés aux carcinomes basocellulaires multiples:

S.Sefraoui [1], H.Saddouk[1], I.El Ouadi [1],N. Zizi[1,2] ,S.Dikhaye[1,2].

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche scientifique et de santé publique .

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier. Oujda Maroc

Introduction :

Le fibroépithéliome de Pinkus (FeP) est une tumeur cutanée considérée initialement comme une variante rare du carcinome basocellulaire . Au cours des deux dernières décennies, une controverse s'est développée pour savoir si le fibroépithélium est considéré comme carcinome basocellulaire ou comme un trichoblastome.

Nous décrivons l'aspect clinique, dermoscopique et histologique d'un cas de fibroépithéliome de Pinkus associé à des carcinomes basocelulaires multiples.

Observation :

C'est un patient âgé de 79ans, ayant comme antécédent une photo-exposition prolongée et un asthme. Il s'est présenté pour de multiples lésions au niveau du visage et au niveau du dos.

L'examen clinique trouve de multiples lésions suspectes de carcinomes basocellulaires et de kératose actinique. L'examen a trouvé également une lésion maculo-papuleuse noirâtre asymétrique en fer à cheval faisant 12mm de grand axe siégeant au niveau du dos .

Sous le dermoscope, la lésion non mélanocytaire était pigmentée et inhomogène , s'atténuant en périphérie par endroit, émettant des prolongements périphériques, présentant quelque nids ovoïdes, en absence d'ulcération ou de vascularisation atypique.

Nous avons évoqué devant cette lésion en premier un carcinome basocellulaire pigmenté.

L'examen anatomopathologique était en faveur d'un fibroépithéliome de Pinkus . Le patient présentait également de multiples carcinomes basocellulaires au niveau du visage et du dos.

Le patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale avec des marges de 4mm.

Discussion :

Le fibroépithélium de Pinkus a été décrit initialement en 1953 par Hermann Pinkus, et il était considéré comme un

carcinome basocellulaire [1], jusqu'à ce que Hartschuh et al. en 1997 et Bowen et al. en 2005 suggèrent que le Fibroépithélium de Pinkus pourrait être plus étroitement lié au trichoblastome qu'au BCC [2,3].

Il se présente généralement sous la forme d'une papule ou d'une plaque charnue, sessile, ferme, en forme de dôme, de couleur chair ou pigmentée. La tumeur est le plus souvent unique, rarement multiple [4].

Il siège le plus souvent dans la région lombo-sacrée, mais peut également apparaître sur l'abdomen, la tête, les aisselles, la cuisse et la plante du pied [4]. Il se développe souvent chez les patients ayant des antécédents de BCC [5], et sa prévalence peut être accrue sur les peaux irradiées[6].
La dermoscopie peut révéler des vaisseaux fins arborescents, en pointillé ou parfois polymorphes[7], chez notre patient aucune vascularisation n'a été trouvé. Elle peut montré également un réseau blanchâtre fin qui serait lié à la fibrose intralésionnelle [8]. Certaines lésions présentent une pigmentation gris-brun distribuée sans structure et des points gris-bleu [7].

Le fibroépithélium de Pinkus peut mimer sur le plan clinique un mélanome, un achrocordon, un hémangiome, un granulome pyogénique ou une kératose séborrhéique. Sur le plan histologique, a kératose séborrhéique réticulée, la tumeur de l'infundibulum folliculaire et le syringofibroadénome eccrine constituent les principaux diagnostics différentiels [4].

Le traitement du fibroépithéliome de Pinkus est l'exérèse chirurgicale avec des marges de 4 mm, comme indiqué pour BCC. L'électrodésiccation et le curetage ou la chirurgie micrographique de Mohs peuvent être envisagés dans les zones à haut risque, comme la tête et le cou ou dans les tumeurs de grande taille. Les traitements, tels que l'imiquimod, ne sont pas efficaces pour le fibroépithéliome de Pinkus malgré leur rôle dans le traitement des BCC superficiels [4].
Il existe très peu de rapports sur le fibroépithéliome de Pinkus en continuité avec un CBC nodulaire. La coexistence de ces 2 tumeurs suggère que le fibroépithéliome de Pinkus fait partie du spectre du carcinome basocellulaire [9].

Conclusion :

Notre cas illustre un aspect clinique et dermoscopique particulier du fibroépithélium de Pinkus, et suggère appuis son association au carcinome basocellulaire.

19. Cas rare de naevus epidermique verruqueux bilateral systematisé

C.Marmech , F.Hali , S.Chiheb

Service de Dermatologie vénérologie CHU Ibn Rochd ; Casablanca ; Maroc

Introduction :

Les naevi épidermiques sont un groupe hétérogène d'hamartomes congénitaux bénins qui peuvent être composés de cellules d'origine sébacée, apocrine, eccrine, folliculaire ou kératinocytaire. Les naevus épidermiques verruqueux (NEV) sont à différenciation kératinocytaire. Les NEV multiples sont souvent

observés mais les lésions bilatérales sont rares. Nous présentons un cas de NEV impliquant le tronc et les extrémités de façon bilatérale.

Observation :

Un garçon de 12 ans est suivi en dermatologie pour des lésions en relief de couleur brunâtre évoluant de façon symétrique depuis la naissance . L'examen cutané a révélé de multiples, papules hyperpigmentées verruqueuses confluentes formant des bandes serpigineuses bien délimitées réparties de manière bilatérale sur le dos , tronc et les extrémités selon un schéma blaschkoïde. Des lésions cutanées similaires étaient présentes de façon linéaire symétrique sur le visage et le cou . Les ongles et la muqueuse buccale étaient sans anomalies. Il y avait deux plaques alopéciques au niveau du cuir chevelu. L'examen ophtalmologique, dentaire, oto-rhino-laryngologique , orthopédique et neurologique n'ont révélé aucune anomalie. L'examen histopathologique était en faveur d'un naevus verruqueux.

Discussion :

Les NEV sont des lésions en mosaïque, issues de mutations postzygotiques au cours l'embryogenèse précoce. L'atteinte peut être localisée ou généralisée suivant les lignes de Blaschko, qui représentent des schémas de migration épidermique. Elles sont observées dans environ 1 naissance vivante sur 1000 et se manifestent par des papules et des plaques verruqueuses linéaires et hyperpigmentées généralement à la naissance. Elles peuvent s'agrandir lentement et devenir stationnaires à la puberté. Les NEV peuvent se présenter sous forme de lésions uniques ou multiples. On dit qu'ils sont systématisés lorsqu'ils se présentent sous la forme de plus d'une lésion linéaire. Les NEV systématisés concernent généralement une moitié du corps et sont donc appelés naevus unius lateris. L'atteinte bilatérale est rare et également appelée ichthyosis hystrix. Environ 30 % des NEV, notamment dans les cas systématisés, sont associés à des anomalies multisystémiques définissant un syndrome du naevus épidermique. Cela justifie une analyse mucocutanéé , neurologique, ophtalmologique et orthopédique. Un suivi étroit tout au long de la vie est nécessaire vu le risque de transformation maligne des naevi et des manifestations systémiques qui peuvent parfois se manifester à l'âge adulte. Dans notre cas, malgré la présence d'un naevus systématisé, le patient n'avait aucun signe d'atteinte systémique .

Conclusion :

Les NEV sont des malformations congénitales de l'épiderme représentés par des plaques verruqueuses squameuses, suivant les lignes de Blaschko. L'atteinte peut être localisée ou généralisée systématisées. Nous rapportons un cas rare de NEV systématisé avec atteinte bilatérale.

20. Hidradénocarcinome à double localisation

Imane Bahbouhi(1), Oumayma Handy(1), Ismail Zine Eddine(2), Mehdi Sahibi(2) Oum keltoum Atiqui(2), Driss Elamrani(2), Houssine Ghannane(3), Ouafa Hocar(1), Said Amal(1) (1) Service de dermatologie et vénérologie, (2) Service de chirurgie plastique, (3) Service de neurochirurgie. CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc.

Introduction :
L'hidradénocarcinome est une tumeur annexielle maligne rare, développée aux dépens des glandes sudoripares. Il se présente généralement comme un nodule solitaire siégeant au niveau de l'extrémité céphalique. Nous rapportons l'observation d'un hidradénocarcinome à double localisation : le cuir chevelu et la région prétragienne.

Observation :

Un homme de 75 ans, suivi pour hypertension artérielle, présentait depuis 15ans, un nodule cutané indolore augmentant progressivement de taille, situé sur le vertex. Le patient consultait devant l'ulcération spontanée du nodule. L'examen révélait au niveau du vertex, une tumeur cutanée ferme, brillante, mesurant 4cm de grand axe, siège de télangiectasies et ulcérée en son centre ; avec au niveau de la région prétragienne un nodule sous-cutané ferme mesurant 1,5 cm de diamètre. L'étude histologique des deux lésions a montré une infiltration tumorale intradermique organisée en amas et en lobules nécrotiques, formée de deux types cellulaires : des cellules à cytoplasme éosinophile et des cellules claires bordées de petites lumières canalaires. Les cellules néoplasiques avaient des noyaux irréguliers, un cytoplasme pâle, un stroma fibreux et un index mitotique élevé, avec présence d'emboles vasculaires. Cet aspect était évocateur d'un hidradénocarcinome. Le bilan d'extension comportant une imagerie par résonance magnétique et une tomodensitométrie a révélé une infiltration cutanée, osseuse et méningée avec présence de ganglions lymphatiques jugulo-carotidiens et paratrachéaux infracentimétriques, sans atteinte cérébrale ni métastase à distance. Le patient a été traité initialement par une excision chirurgicale large suivie d'une reconstruction du scalp par un lambeau en anse de seau. La limite d'exérèse profonde passait en zone tumorale. Devant la présence de facteurs de récidive, une radiothérapie complémentaire a été démarrée.

Discussion :

L'hidradénocarcinome initialement appelé carcinome eccrine à cellules claires ou hidradénome malin à cellules claires, se manifeste généralement par un nodule solitaire à croissance lente ou une tumeur de taille variable, avec ou sans ulcération, siégeant au niveau de la tête et du cou. Le diagnostic repose sur l'étude histologique qui met en évidence une prolifération tumorale intradermique en nappe, comportant une différenciation sudorale découpée par un stroma dense et hyalinisé, une nécrose tumorale et deux types cellulaires différents. Le bilan d'extension est basé sur la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique, vu le potentiel de récidive locale et de métastases des hidradénocarcinomes. Il n'y a pas de consensus thérapeutique, mais le traitement de choix est l'excision chirurgicale large avec ou sans curage ganglionnaire, suivie dans certains cas d'une radiothérapie. **Conclusion :** L'originalité de cette observation réside dans la localisation d'un hidradénocarcinome dans deux régions distinctes : le vertex et la zone prétragienne.

21. L'éosinophilie sanguine : facteur de mauvais pronostic pour le mycosis fongoïde

N. Jean Berchmans, F. Hali, S. Chiheb
Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Le mycosis fongoïde représente 65% des lymphomes cutanés primitifs de phénotype T (PCLT) et 50% de tous les lymphomes cutanés primitifs. L'association entre les lymphomes ganglionnaires de phénotype T et l'éosinophilie sanguine a été rapportée mais peu nombreuses sont les études qui se sont intéressées à l'association entre le mycosis fongoïde et l'éosinophilie.

Objectifs Rechercher la présence d'une éosinophilie chez les patients atteints de mycosis fongoïde et préciser sa signification pronostique.

Patients et méthodes *:*
Il s'agissait d'une étude rétrospective colligeant des patients suivis pour un mycosis fongoïde au service de dermatologie de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca durant une période de 8 ans allant de 2013- 2021.

Résultats *:*

Notre série comportait 26 cas de mycosis fongoïde colligés sur une période de 8 ans (2013-2021). L'éosinophilie était présente chez 14 patients. Les signes cliniques et paracliniques significativement associés à la présence d'éosinophilie sanguine étaient : la détérioration de l'état général chez 4 patients sur 14 (28,57 %) ; la dépilation du corps 8/14 (57,14%) ; l'érythrodermie 3/14 (21,42 %) ; l'atteinte du cuir chevelu 10/14 (71,42 %) ; l'atteinte des ongles 8/14 (57,14%), le stade avancé 5/14 (35,71%), le taux élevé de lactate déshydrogénase (LDH) 8/14 (57,14%). Le type histologique significativement lié à l'éosinophilie était exclusivement le mycosis fongoïde avec une immunohistochimie positive pour la CD4 et la CD3 chez 8/14 patients (57,14%). Au moment du diagnostic, l'éosinophilie était présente chez 5 patients sur 14 avec un stade I, chez 3/14 pour chaque stade II, III et IV. Au cours de l'évolution avec le traitement : 4 patients avaient normalisé l'éosinophilie, 6 patients avec persistance de l'éosinophilie et 4 patients étaient perdus de vue. Parmi les 6 patients avec persistance de l'éosinophilie, un a évolué vers un mycosis fongoïde de stade érythrodermique, un patient vers un mycosis fongoïde transformé et un 1 cas est décédé avec un mycosis fongoïde pilotrope avancé au stade IV.

Discussion :

Très peu d'études se sont intéressées aux liens entre le MF et l'éosinophilie. Cependant, quelques observations rapportés, ont trouvé une éosinophilie chez les patients ayant un lymphome non hodgkinien de phénotype T et l'on considéré comme un facteur de mauvais pronostic ou péjoratif selon certains. Une série de 12 cas d'éosinophilie liée au PCLT avec un type histologique exclusif de mycosis fongoïde a été signalée au service de dermatologie de Fès en 2014. Notre étude a trouvé des résultats proches de 14 cas de mycosis fongoïdes liés à l'éosinophilie sur une période de 8 ans. Nous avons également trouvé que l'éosinophilie était significativement liée à un stade avancé de la maladie (tumoral et érythrodermique ou transformé) et à un taux élevé de LDH qui sont des facteurs connus de mauvais pronostic de mycosis fongoïde. On avait enregistré aussi un cas de décès de notre patiente avec un mycosis fongoïde pilotrope stade tumoral avec éosinophilie, ce qui nous amène à conclure que l'éosinophilie peut également être considérée comme un facteur de mauvais pronostic pour les pour le mycosis fongoïde.

Conclusion :

Ces résultats méritent d'autres études complémentaires pour être confirmés.

Mots clés :

Eosinophilie ; Mycosis fongoïde, Lymphomes cutanés primitifs de phénotype T ; Pronostic

22. Hypertrichose lanugineuse acquise révélant un carcinome epidermoide du poumon: A propos d'un cas

Hasna Kerrouch°, Meryem Khalidi, Rachid Frikh, Naoufal Hjira , Mohammed Boui

°Service de Dermatologie de l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V- RABAT **Introduction**

L'hypertrichose lanugineuse acquise est une dermatose paranéoplasique rare caractérisée par la présence d'un duvet ou d'un lanugo en peau glabre, pouvant être révélatrice d'une tumeur maligne, permettant ainsi

sa prise en charge à un stade débutant. Nous rapportons un cas où cette hypertrichose a permis de faire le diagnostic d'un cancer épidermoïde du poumon.

Observation

Patiente de 69 ans tabagique chronique active consultait pour une hypertrichose évoluant depuis 9 mois. L'examen clinique trouvait une hypertrichose avec un poil long, fin, prédominant sur le visage et atteignant aussi le cou. Il n'y avait pas d'hyperpilosité sur le reste du corps. Par ailleurs, la malade se plaignait de l'installation concomitante d'une asthénie, de dyspnée, et d'un amaigrissement chiffré à 10 kg en 4 mois.

L'examen clinique a permis le diagnostic d'hypertrichose lanugineuse acquise, ce qui a conduit à la recherche d'une néoplasie sous-jacente. Le dosage de marqueurs tumoraux révélait une nette élévation de l'ACE et de CYFRA 21. La TDM thoracique révélait une tumeur suspecte du poumon étiquetée histologiquement carcinome épidermoïde du poumon. La malade est décédée un mois après la découverte de sa néoplasie.

Discussion L'hypertrichose lanugineuse acquise est une dermatose paranéoplasique rare décrite pour la première fois par Turner en 1865. Elle débute sous la forme d'un duvet ou d'un lanugo en peau glabre, dépigmenté, localisé préférentiellement à la région cervicofaciale, au tronc et aux extrémités.

Cette affection serait liée à une régression des follicules pileux vers le stade fœtal comme le laisse supposer un taux inconstamment élevé de l'antigène carcino-embryonnaire

Le diagnostic différentiel se pose avec l'hirsutisme et les hypertrichoses d'origine médicamenteuse ou métabolique.

Le traitement de la tumeur sous-jacente, lorsqu'il est possible, entraîne le plus souvent la disparition des lésions.

Conclusion

Bien qu'exceptionnelle, L'hypertrichose lanugineuse acquise ne doit pas être méconnue et sa découverte impose une recherche exhaustive d'un néoplasie sous-jacent.

23.Ichtyose acquise satellite d'un lymphome de hodgkin révélé par un SAM : Observation exceptionnelle

M. Rimaoui ; F.Hali ; F. mernissi ; S.Chiheb Service de dermatologie ; Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Le lymphome de Hodgkin (LH) est rare, son diagnostic est le plus souvent évoqué devant des signes non spécifiques. La biopsie ganglionnaire reste la pierre angulaire du diagnostic. Les syndromes paranéoplasiques seraient présents dans < 1 % des LH. Nous rapportons l'observation d'un patient présentant une ichtyose acquise révélatrice d'un lymphome de hodgkin .

Observation

Homme de 29 ans présentait une fièvre prolongée et une asthénie profonde évoluant depuis 3 mois. L'examen clinique retrouvait : une pâleur cutanéo muqueuse, polyadénopathies axillaires et inguinales centimétriques, une hépato-splénomégalie, l'examen dermatologique retrouvait des lésions érythématoquameuses des membres supérieurs et inférieurs ichtyosiformes en écailles de poisson, une

kératodermie palmoplantaire fissuraire une chéilite érosive et une langue saburrale. Le bilan biologique retrouvait un syndrome inflammatoire biologique, une pancytopénie : hémoglobine (Hb) : 9 g/dl, normochrome normocytaire , thrombopénie : 100 000/mm3, lymphopénie : 700 /mm3), hypertriglycéridémie 4 mmol/l ,hypofibrinémie : 0,58 G/l, taux de ferritinémie élevé :2000 mg/l, LDH élevé : 700 UI . Un scanner thoracoabdomino-pelvien retrouvait de nombreuses adénopathies sus et sous diaphragmatiques d'origine lymphomateuse probable .L'histologie a confirmé le diagnostic d'un lymphome de hodgkin classique et Une biopsie cutanée était réalisée en faveur d'une ichtyose. Le diagnostic de lymphome de hodgkin classique compliqué de SAM a été retenu .Le patient fut adressé en hématologie pour chimiothérapie.

Discussion

L'ichtyose est une affection rare satellite de désordres dysimmunitaires , il s'agit d'un syndrome paranéoplasique à expression cutanée accompagnant surtout les hémopathies malignes ce qui reste compatible avec notre cas clinique. L'étiopathogénie fait soulever l'hypothèse d'une sécrétion par la tumeur de l'epidermal growth factor-like (EGF) stimulant la prolifération de l'épiderme. L'originalité de notre observation est illustrée également par l'association rare du lymphome de hodgkin au syndrome d'hémophagocytose .Il s'agit une entité clinico-biologique classiquement satellite aux lymphome T ou NK et exceptionnellement à la maladie de hodgkin .Il est défini par la prolifération et l'activation non spécifique des macrophages du système réticulohistiocytaire, avec phagocytose des éléments figuratifs du sang , son diagnostic repose sur les critères de henter.

Conclusion

A travers cette observation, nous insistons sur la particularité du mode de révélation cutanée du lymphome de hodgkin, ainsi sur son association exceptionnelle avec le syndrome d'activation macrophagique.

24.Tumeurs cutanées avancées : retard de consultation et/ou de diagnostic ?

S.Bouabdella 1 ; A.Khouna 1; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2.
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc 2
Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction :
Les tumeurs cutanées sont fréquentes et d'incidence croissante. De nombreux articles décrivent encore de nos jours des cas de tumeurs cutanées avancées. Le but de notre travail est de déceler les facteurs liés au retard de diagnostic de ces tumeurs.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale incluant tous les patients pris en charge au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI d'Oujda, de Mai 2016 à Mai 2021, pour des tumeurs cutanées avec une taille supérieure à 3cm et une durée d'évolution supérieure à 6mois. Nous avons interrogé par téléphone les patients en utilisant un questionnaire rédigé en français conçu par la plateforme Google forms et comportant 29 questions.

Résultats :
Soixante-quinze patients ont été inclus, avec un âge moyen de 63 ans et un sex-ratio F/H de 0,44. Soixantetreize pour cent des patients habitaient le milieu urbain et vivaient tous avec leurs familles. Des

troubles cognitifs ont été retrouvés chez 5% de notre échantillon et des troubles psychiatriques chez 6,8%. Pour plus de la moitié des patients, la tumeur a été découverte fortuitement, 7,3% ont consulté un médecin généraliste et 3% ont consulté directement un dermatologue. Quarante-deux pour cent des patients n'ont pas consulté pour l'absence de douleur, 32% par manque de motivation, 30,3% par manque d'informations et méconnaissance de l'urgence, 26% pour l'absence des signes généraux, 15% par peur du résultat et 2% par manque de temps. La taille moyenne des tumeurs au moment du diagnostic était de 6,9cm et la moyenne de la durée d'évolution de la tumeur était de 58 mois. Soixante-cinq pour cent des tumeurs étaient localisées au niveau des zones photo exposées. Le type histologique le plus retrouvé des tumeurs était le carcinome épidermoïde (38%), suivi du mélanome (25,3%), du carcinome basocellulaire (13,3%), du lymphome (9,3%) puis du sarcome (6,6%).

Discussion :

Les tumeurs avancées font malheureusement encore partie du paysage médical. Une étude réalisée au CHU de Limoges en 2019 sur une période de 5 ans a identifié 43 tumeurs avancées. Notre étude a objectivé un plus grand nombre de tumeurs pour la même durée. L'âge moyen des patients était de 80ans, 24% avaient un trouble psychiatrique et 26% vivaient en situation d'isolement familial. La durée d'évolution moyenne des tumeurs étaient de 34 mois par rapport à 58mois chez nos cas. Dans une autre étude, il a été découvert que la négligence des patients était à l'origine d'un tiers des carcinomes basocellulaires géants. La tendance des individus à négliger leurs tumeurs est corrélée au manque de compréhension suffisante, motif retrouvé chez 30% de nos patients. Les conséquences de cette négligence sont une croissance tumorale excessive, une invasion des structures voisines, une propagation métastatique et une défiguration importante. Le traitement devient donc compliqué, nécessitant des compétences avancées en résection et reconstruction et une approche multidisciplinaire.

Conclusion : Les tumeurs avancées font encore partie de notre pratique quotidienne. Des campagnes d'informations et de dépistage destinés aux médecins et à la population générale peuvent aider à diminuer ce phénomène.

25. Kératoses séborrhéiques de siège atypique

Ngouele.A ; EL Fatoiki.FZ ; Skalli.H ; Hali.F; Chiheb.S

Service de dermatologie et vénérologie ; Chu Ibn Rochd, université Hassan II, Casablanca **Introduction**:

Les kératoses séborrhéiques sont des tumeurs cutanées bénignes et fréquentes, d'évolution chronique. Elles peuvent être unique ou multiples et siège surtout au visage et au tronc. Nous en décrivons un cas de localisation inhabituelle aux plis axillaires, pouvant prêter à confusion avec un mélanome.

Observation:

Patient de 68 ans tabagique chronique non sevré à 20PA, était suivi pour une masse pulmonaire basale externe gauche associée à des adénopathies médiastinales, un nodule apicale et des masses surrénaliennes bilatérales évoquant une origine secondaire. A l'examen dermatologique, le patient présentait deux plaques noirâtres hyperkératosiques à bords irréguliers mesurant 4 et 5cm de diamètre, siégeant de façon symétrique aux plis axillaires et évoluant depuis 20ans associées à des lésions noirâtres kératosiques satellites. Il n'y avait pas de prurit associé ni d'autres lésions à distance ou d'adénopathies axillaires. L'examen dermoscopique mettait en évidence un aspect cérébriforme hyperkératosique à bordure nette, de couleur homogène brun foncé sans vascularisation. L'examen histologique, montrait un épiderme acanthosique papillomateux en clocher d'église, surmonté d'une hyperkératose orthokératosique renfermant des kystes cornés avec pigmentation de la basale. Le derme papillaire, fibreux était le siège d'une hyperplasie

vasculaire et d'un discret infiltrat histiocytaire périvasculaire sans signes de malignité en faveur de kératoses séborrhéiques. Le patient a été branché en soins palliatifs.

Discussion :

L'originalité de cette observation réside dans la localisation inhabituelle des kératoses séborrhéiques aux plis axillaires. En effet les kératoses séborrhéiques siègent habituellement au niveau de la face, du tronc et parfois au cuir chevelu plus rarement au niveau génital. Leur aspect très pigmenté peut être confondu avec un mélanome. Chez notre patient, la présence de lésions pigmentées sur un terrain de néoplasie a fait suspecter en premier un mélanome. L'évolution chronique et les aspects dermoscopiques nous ont permis d'orienter le diagnostique. A notre connaissance, la localisation axillaire bilatérale des kératoses séborrhéiques n'a pas encore été rapportée dans la littérature.

Conclusion :

Les kératoses séborrhéiques peuvent être de siège ubiquitaire. La dermoscopie systématique permet de poser rapidement un diagnostic fiable complété par un examen histologique en cas de doute.

26. Un Kyste trichilemmal non proliférant post traumatique chez une fille de 11 ans (À propos d'un cas)

K. ELMACHICHI [1 2], K. OUJENNANE [1 2], S. AMAL[1 2], O. HOCAR[1 2].
[1] Service de dermatologie CHU Mohammed VI, Marrakech
[2] Laboratoire Bioscience et santé , FMPM Université Caddi Ayyad, Marrakech

Introduction :

Le kyste trichilemmal, également appelé kyste pilaire, est un kyste épithélial dermique développé aux dépens du follicule pileux et se transmettant de façon autosomique dominante. Il touche fréquemment les femmes après l'âge de 50 ans et moins fréquemment chez l'enfant. Le cuir chevelu est la localisation la plus fréquente de cette lésion et l'étiologie est encore inconnue.

A travers ce travail nous rapportons le cas d'un kyste trichilemmal chez une jeune fille de 11 ans suite à un traumatisme vu la rareté de ce diagnostic chez l'enfant.

Observation :

Enfant âgé de 11 ans, issue d'un mariage non consanguin ; ayant comme antécédant un traumatisme à point d'impact crânien pariétal à l'âge de 7 ans et qui a présenté un an plus tard une lésion nodulaire d'environ 2 cm surmontée par une peau normale non ulcérée ; indurée et douloureuse à la palpation sans ADP à l'examen clinique le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de CEG.

La patiente a bénéficié d'une échographie qui a objectivé une formation nodulaire sous cutanée ; siège de microcalcifications et mesurant 6X3mm.

Une biopsie exérèse a été faite et envoyée pour étude anatomopathologique montrant une formation kystique bordée par un revêtement malpighien régulier , absence de la couche granuleuse , le contenu du kyste est fait d'une kératine compacte avec kératinisation abrupte calcifié par places ; le tissu fibreux sousjacent est le siège d'un infiltrat fait de lymphocytes ; de plasmocytes de quelques polynucléaire neutrophiles et de cellules géantes de type Muller ; avec absence de prolifération tumorale maligne .

Les suites de l'exérèse du kyste étaient simples. Le résultat morphologique à 6 mois était satisfaisant.

Discussion :

Le kyste trichilemmal (communément appelé´ « loupe ») est une lésion bénigne des annexes cutanées d'évolution lente. Il atteint généralement la femme entre 40 et 80 ans dans la majorité des cas et moins fréquent chez l'enfant, et se manifeste la plupart du temps par une masse indurée et indolore du scalp. Les autres localisations potentielles de cette pathologie sont le dos, la face, le cou et les organes génitaux externes.

La forme maligne est rare ; les kystes trichilemmaux proliférants peut survenir sur un kyste trichilemmal après un traumatisme ou un état inflammatoire chronique.

Le principal diagnostic différentiel chez l'enfant est le pilomatricome, c'est l'analyse anatomopathologique qui fait le diagnostic.

Leur caractéristique histologique principale est la présence d'une kératinisation de type trichilemmale (transition brutale entre la couche épineuse et la couche cornée du fait de l'absence de couche granuleuse).

Le traitement consiste en l'exérèse chirurgicale complète cutanée et sous-cutanée emportant le kyste, sans thérapeutique complémentaire.

27. Kyste trichilemmal proliférant de la cuisse

I.Biygjoine; Z.Rachadi; S.Berrada; O. Hocar ; S. Amal
Laboratoire bioscience et santé FMPM
Service de dermatologie et vénéréologie
Faculté de médecine et de pharmacie – Marrakech-Maroc

Introduction

Le kyste trichilemmal proliférant est une tumeur peu fréquente, d'évolution généralement bénigne, qui se développe classiquement à partir de l'isthme du follicule pilo-sébacé. Il touche plus fréquemment le cuir chevelu. Nous rapportons un cas original d'un trichilemmal proliférant de la cuisse.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 70 ans ; opéré pour une fracture fémorale gauche depuis 20 ans. La patiente présentait un nodule noirâtre de la cuisse gauche évoluant depuis un an, augmentant progressivement de volume, légèrement douloureux, avec conservation de l'état général.
L'examen dermatologique a objectivé un nodule exophytique mesurant 1cm/1,5cm ; noirâtre non ulcéré dur ferme mobile légèrement douloureux à la palpation. Le reste de l'examen était sans particularités. Une exérèse a été réalisée. L'examen macroscopique retrouvait une masse bien limitée présentant des cavités kystiques sans végétations, sans nécrose, sans raccordement avec l'épiderme. L'étude anatomopathologique montrait un kyste tapissé par un épithélium malpighien bien différencié bourgeonnant à kératinisation trichilemmale, sans atypies en faveur d'un kyste trichilemmal proliférant La lésion était complètement réséquée, avec des limites d'exérèse saines.

Discussion :

Les kystes trichilemmaux sont des tumeurs rares. Ces kystes se développent à partir du feuillet externe du follicule pileux. Ils sont le plus souvent observés au niveau des zones pileuses, avec une prédilection féminine. La localisation préférentielle de ces kystes est le scalp (90 % des cas) ; plus rarement, d'autres localisations ont été rapportées (face, tronc, pubis, vulve, membres. . .). Ils peuvent être volumineux (de 1 à 25 cm). Ces kystes peuvent être solitaire (30 %) ou multiple (70 %), ils augmentent progressivement de taille et peuvent se surinfecter. Un épisode de progression rapide doit faire craindre une rare mais possible transformation maligne. Sur le plan histologique il s'agit d'une tumeur bien limitée associant en proportions variables une composante kystique et une composante solide. La composante kystique montre des kystes trichilemmaux avec parfois des ébauches d'enroulement au sein de la bordure épithéliale. La composante solide est constituée de lobules de taille variable comportant en périphérie des cellules basaloïdes et des acanthocytes de grande taille au centre, rarement avec un cytoplasme clair. Le développement des lésions trichilemmales est classé en trois stades. Le stade 1 correspond à un kyste trichilemmal adénomateux, le stade 2 correspond à un kyste trichilemmal proliferatif épitheliomateux, et le stade 3 correspond à un kyste trichilemmal proliferatif malin carcinomateux.
Sur le plan thérapeutique, l'exérèse chirurgicale est simple dans la forme bénigne.

Conclusion :

Le kyste trichilemmal proliférant est une tumeur rare, d'évolution lente, prolongée, le plus souvent bénigne, pouvant cependant présenter un potentiel évolutif péjoratif.

28. LA KERATOSE SEBORRHEIQUE EN COLLISION : 3 CAS DES PLUS RARES

C. Jroundi, H. Baybay, R. Dassouli, Z. Douhi, S. Elloudi, FZ. Mernissi
Service de dermatologie, centre hospitalier universitaire Hassan II, Fes, Maroc

Introduction :
Les collisions tumorales sont constituées par deux ou plusieurs contingents tumoraux indépendants dans la même lésion. Il s'agit d'un phénomène rare avec prédominance des association du carcinome basocellulaire (CBC) avec les lésions mélanocytaires et les kératoses séborrhéique (KS). Nous rapportons 3 cas d'associations encore plus rares avec la KS.

Matériel et méthodes :
Étude rétrospective menée dans le service de dermatologie du centre hospitalier Hassan II de Fès-Maroc, incluant 3 patients présentant une collision d'une KS avec un carcinome épidermoïde (CE), une verrue et un porome éccrine.

Résultats : Notre étude incluait un enfant de 13ans qui présentait une lésion du front depuis 3ans sous forme d'une plaque de 2,5cm à double composante : grisâtre filiforme et brun chamois à surface grasse .A la dermoscopie, on notait un aspect papillomateux avec des piquetés hémorragiques associé à un aspect cerebriforme et corail like en faveur d'une collision de KS et d'une verrue, un shaving par électrocoagulation a été réalisé. Les deux autres patients étaient âgés de 65ans et 77ans présentaient depuis 2ans des lésions pigmentées qui siégeaient respectivement au niveau de la jambe et de la joue faisant craindre en premier un mélanome. L'évaluation clinique et dermoscopique a permis de réorienter le diagnostic objectivant au niveau de la jambe un nodule érythémateux et pigmenté hétérogène ferme de 2cm avec à la dermoscopie un aspect cérebriforme, des globules rouges laiteux et chrysalides en faveur d'une association d'une KS à un porome éccrine. Et au niveau de la joue un nodule angiomateux de 2 cm reposant sur une plaque pigmentée à surface grasse, en dermoscopie des pseudo kystes, pseudo comédons, vascularisation polymorphe, kératine, cercles blancs, en faveur d'une collision de CE à une KS, les deux confirmés histologiquement après biopsie exérèse.

Discussion :
Les KS sont des tumeurs épidermiques bénignes très fréquentes chez les sujets âgés. Elles ont été signalées le plus souvent en association avec d'autres tumeurs, en particulier les CBC. Elles dérivent de l'épiderme normal ou de l'épithélium du follicule pileux (1). Ainsi, théoriquement les KS composées de kératinocytes basaloïdes, de cellules squameuses et de mélanocytes, peuvent posséder la pluripotence nécessaire pour développer des tumeurs bénignes ou malignes correspondantes.(2-3) Les CE et verrues pourraient donc naître des cellules épineuses comme est le cas de nos deux patients. Toutefois, les KS ont rarement été décrites en association avec des tumeurs annexielles et notamment avec le porome éccrine à raison de deux cas rapportés à ce jour, le mécanisme reste toujours mal élucidé. (3)
Ce type de tumeur peut être d'interprétation difficile pour le clinicien surtout pour les composantes d'une tumeur maligne. D'où l'utilité de s'aider du dermoscope afin d'orienter et de poser le bon diagnostic.

29. Le firbromyxome acral superficiel : une tumeur unguéale rare

M.Alj, F.Chahboun, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le fibromyxome acral superficiel FAS est une tumeur myxoïde rare décrite pour la première fois en 2001. Elle affecte préférentiellement la région péri unguéale et sous unguéale et se caractérise par une évolution lente asymptomatique et bénigne.
Nous rapportons un cas de FAS au niveau de l'ongle du 4ème doigt gauche faisant suite à un traumatisme.

Observation : B.N âgé de 21 ans, ayant comme antécédent un traumatisme violent au niveau de l'ongle du 4me doigt de la main 10 ans auparavant, occasionnant une dystrophie unguéale. Devant la gêne esthétique,

le patient a consulté pour avulsion définitive de l'ongle atteint et phénolysation de la matrice. L'intervention chirurgicale a permis l'exérèse d'un tissu tumoral sous unguéal en regard du lit unguéal, d'aspect blanchâtre et de consistance molle. L'examen anatomopathologique de la pièce réséquée a révélé une prolifération fusiforme lâche faite de cellules à noyaux effilés dépourvus d'atypies et d'activité mitotique sur un fond myxoïde. Cet aspect était en faveur d'un FAS. Discussion :

Le FAS est une tumeur peu fréquente qui prédomine chez l'homme autour de 50 ans mais qui peut s'observer à tout âge. Elle se présente cliniquement par un nodule souvent solitaire, parfois bilobé, indolore, d'évolution lente et asymptomatique (durée médiane d'évolution de trois ans), siégeant sur l'extrémité des doigts ou des orteils. La tumeur se localise dans plus de 50 % des cas à proximité ou au niveau du lit unguéal. Des antécédents de traumatismes associés sont décrits comme c'est le cas chez notre patient. Sur le plan histologique, il s'agit d'une tumeur dermique bien circonscrite, non encapsulée. Elle peut infiltrer le tissu sous cutané (un tiers des cas) et envahir exceptionnellement le fascia ou l'os sous-jacent. Elle présente une prolifération composée de cellules fusiformes ou étoilées et disposées au sein d'un stroma myxoïde. Les cellules ont un noyau allongé sans atypie ni activité mitotique. Dans de rares cas, des atypies nucléaires modérées ont été signalées sans conséquence sur le potentiel évolutif. En immunohistochimie, les cellules expriment de manière diffuse le CD34 et focale l'EMA et le CD99, alors que les marqueurs mélanocytaires (PS 100, HMB 45), musculaires lisses (actine, desmine) et kératinocytaires (cytokératines) sont négatifs. Sur le plan thérapeutique, le traitement de choix est l'exérèse. Les récidives restent possibles mais rares. Conclusion:

Cette observation nous a permis de rapporter une entité rare de tumeur unguéale bénigne pouvant survenir suite à un traumatisme unguéal.

30. Le lymphome anaplasique à grandes cellules CD30+, un pronostic excellent malgré une clinique impressionnante. A propos d'un cas.

M.Alj, F.Chahboun, M.El Jazouly, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc

Introduction

Le lymphome anaplasique à grandes cellules LAGC CD 30+ est une forme de lymphome T cutané se caractérisant par la présence de cellules tumorales anaplasiques, pléomorphes exprimant l'antigène CD30. Il s'agit d'un type de lymphome cutané primitif d'excellent pronostic dont le diagnostic se fait surtout par confrontation anatomo-clinique et dont la prise en charge doit être la plus conservatrice possible. Nous rapportons le cas d'un patient présentant ce type de lymphome.

Observation

Mr A.M âgé de 54 ans, sans antécédent pathologique particulier, a présenté depuis 2 mois une lésion cutanée au niveau de la face latérale gauche du tronc. L'examen clinique retrouvait une lésion tumorale unique de 4 cm de diamètre, érythémateuse et nécrotique au centre. Les aires ganglionnaires étaient libres. Il n'existait pas de notion d'altération de l'état général. Une biopsie a été réalisée révélant une lymphoprolifération cutanée à grandes cellules T CD30+. Un bilan biologique fait d'une numeration formule sanguine NFS et un taux de LDH a été demandé revenu normal. Un scanner thoraco-abdominopelvien est revenu normal. Le diagnostic de LAGC CD30+ a été retenu devant la symptomatologie clinique évocatrice et l'absence de stigmates de lymphome systémique ganglionnaire. L'évolution a été marquée par une régression totale de la lésion au bout de 5 semaines de son apparition. Une surveillance clinique régulière du patient tous les 6 mois a été préconisée.

Discussion

Le LAGC CD30+ représente une entité de lymphomes T cutané primitif se présentant souvent sous forme de nodule unique et localisé, parfois sous formes de nodules ou tumeurs multiples, d'évolution typiquement rapide ulcéro-nécrotique. L'examen anatomopathologique retrouve une lymphoprolifération cutanée à

grandes cellules T CD30+ pouvant faire discuter d'autres diagnostics tels que la papulose lymphomatoïde PL, un mycosis fongoïde MF transformé de phénotype CD30+ mais aussi une localisation secondaire de lymphome T CD30+ ganglionnaire. Les deux premiers diagnostics différentiels seront éliminés par une confrontation anatomo-clinique. En effet, en cas de PL les lésions sont de plus petites tailles et plus nombreuses. En cas de MF transformé, il existe souvent un antécédent de MF en plaque associé. Cependant, afin d'éliminer une origine systémique du lymphome, un bilan d'extension est de mise fait d'une NFS, un taux de LDH, un scanner voir un TEP scanner en cas de doute. Il faut également vérifier l'absence du marqueur ALK sur la biopsie qui serait en faveur d'un lymphome d'origine ganglionnaire. La biopsie ostéomédullaire n'a pas de place. Comme c'est le cas chez notre patient, 30% des lésions régressent spontanément et le pronostic s'avère excellent avec une survie à 5 ans entre 90-95%. Le traitement dépend de l'atteinte cutanée. En cas d'atteinte unique ou locorégionale on discutera l'abstention thérapeutique voir une excision chirurgicale ou une radiothérapie RDT localisée si absence d'involution. En outre, en cas d'atteinte étendue, multiple, réfractaire ou avec présence d'adénopathies, la prise en charge sera différente. On discutera un traitement par methotrexate, bexarotène, une RDT multi-champs voire une chimiothérapie ou immunothérapie par brentuximab qui est un anticorps anti-CD30. En cas de régression spontanée, comme chez notre patient, il faut réaliser une surveillance tous les 6 mois peandant 3 ans puis annuellement vu le risque de récidive.

Conclusion

Malgré une présentation clinique impressionnante, la majorité des lymphomes T anaplasiques CD30+ cutanés primitifs ont un excellent pronostic, même si les récidives sont fréquentes. L'expertise clinicopathologique est indispensable pour un diagnostic précis. Le traitement doit tenir compte de l'évolution naturelle de la maladie et de l'extension des lésions. La priorité sera attribuée aux traitements conservateurs en cas d'atteinte localisée vu la régression spontanée possible.

31. Le spiradénome eccrine : une tumeur annexielle rare

I. Bahbouhi (1), S. Belmaachi (2), A. Fakhri(2), O. Hocar(1), S. Amal(1) (1) Service de dermatologie et vénérologie, (2) Service d'anatomopathologie CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le spiradénome eccrine est une tumeur bénigne annexielle, souvent unique, développée aux dépens de l'épithélium des glandes sudorales eccrines. Le diagnostic est histologique. **Observation :** Un patient âgé de 53 ans consultait pour une papule évoluant progressivement depuis 3mois pour former un nodule, ferme, douloureux, couleur chair de 0.9cm, localisé au niveau du menton. La peau en regard était d'aspect normal. Une exérèse complète a été réalisée. L'examen anatomopathologique montrait un revêtement cutané normoacanthosique, avec un hypoderme siège d'une prolifération bien limitée par une capsule fibrovasculaire fine qui est d'organisation organoïde et canalaire par endroits, faite de cellules basaloïdes compactes, sans atypies cytonucléaires marquées. Il y avait également un infiltrat inflammatoire modéré essentiellement mononuclée fait de lymphocytes, plasmocytes et quelques polynucléaires neutrophiles. Il n'y avait pas de connexion avec l'épiderme. L'aspect morphologique histologique cadrait avec un spiradénome eccrine. Il n'y avait pas de récidive après un suivi de 8mois.

Discussion :

Le spiradénome eccrine est une tumeur annexielle bénigne développée aux dépens des glandes sudorales eccrines. Il a été décrit pour la première fois en 1956 par Kersting et Helwig comme un nodule solitaire, intradermique, ferme et souvent douloureux, apparaissant généralement sur la partie antérieure supérieure du tronc. Il est classiquement unique, mais peut rarement être multiple, dans le cadre d'un syndrome de Brooke-Spiegler. Des formes blashkoïdes, naevoïdes ou zostériformes ont également été rapportés. L'aspect clinique du spiradénome étant peu spécifique, son diagnostic est histologique. L'analyse histologique montre une prolifération cellulaire bien limitée, nodulaire, uni ou multilobulée, située dans le derme et/ou l'hypoderme, sans connexion avec l'épiderme. Les lobules sont faits de 2 contingents cellulaires : petites

cellules situées en périphérie des lobules ou en palissade autour des vaisseaux et grandes cellules claires au centre des nodules formant parfois des structures tubulaires. Le stroma est fibrovasculaire hyalinisé. La transformation maligne du spiradénome eccrine est rare, mais possible, il faut y penser devant un changement de couleur, de forme, ou une ulcération d'un nodule évoluant depuis plusieurs années.
Conclusion : Le spiradénome eccrine est généralement bien délimité, l'exérèse complète est donc le traitement de choix.

32. Cas sporadique de léiomyomes cutanés multiples

C.Marmech (1) ; F,Hali(1) , H.Alatawna (2) ; S.Chiheb (1)

(1) : Service de Dermatologie vénérologie CHU Ibn Rochd , (2) : centre d'anatomie pathologique Ibn zohr ; Casablanca ; Maroc

Introduction :

Les léiomyomes cutanés, isolés ou multiples, sont des tumeurs bénignes évoluant de façon sporadique ou dans le cadre d'un syndrome de REED (léiomyomatose cutanée familiale) plus particulièrement la Génodermatose cancéreuse héréditaire dominante : léiomyomatose héréditaire et cancer du rein (HLRCC) Nous rapportons l'observation d'une patiente porteuse de léiomyomes cutanés multiples sporadique.

Observation :

Une patiente de 26 ans, a consulté pour des nodules cutanés multiples regroupés apparus depuis l'âge de 16 ans en augmentant progressivement en taille et en nombre. À l'interrogatoire, la patiente n'avait pas d'antécédents particuliers, ni de cas similaires dans la famille.
À l'examen clinique, les papulonodules étaient fermes allant de 0,5 à 1,5 cm, de couleur rouge-brune prenant une disposition symétrique bilatérale des seins, flancs et fesses. Ces lésions étaient légérement douloureuses à l'effleurement et au froid . A la dermoscopie on retrouvait un délicat réseau de couleur brun rosé, un centre hypopigmenté comportant des aires blanchâtres nuageuses et des vaisseaux linéaires . La biopsie cutanée confirmait le diagnostic de léiomyome cutané. L'examen gynécologique de la patiente et l'échographie abdomino-pelvienne étaient normaux. La recherche de la mutation du gène codant pour l'enzyme fumarate hydratase (FH) n'a pas été pratiquée.

Discussion :

Les léiomyomes cutanés sont des tumeurs qui prennent leur origine dans les fibres musculaires lisses. Cliniquement, Ils se présentent sous forme de nodules de moins de 1,5 cm de diamètre, fermes, rouge-brun des faces d'extension des membres, du tronc ou de la face.
Ces nodules sont souvent disséminés sur une large surface corporelle, plus rarement ils sont regroupés comme est le cas chez notre patiente .
La dermatoscopie est de description récente . L'aspect dermatoscopique du léiomyome n'est donc pas spécifique mais, rapporté à l'histoire familiale et aux antécédents personnels, il permet de conforter le diagnostic et de le différencier des autres tumeurs cutanées sensibles.
Les léiomyomes multiples peuvent faire partie de la léiomyomatose cutanée et utérine familiale (Sd de Reed), affection héréditaire liée à des mutations germinales du gène FH codant pour la fumarate hydratase et associée à un risque accru de carcinome rénal. Ce risque ne serait pas augmenté dans les formes sporadiques dont la pathogénie est inconnue. Le traitement varie selon l'étendue des léiomyomes et le retentissement psychologique sur le patient. La chirurgie est à éviter devant la multiplicité des lésions et peut être remplacée par l'ablation par le laser CO_2 avec possibilité de recidives. Plusieurs traitements médicaux contre la douleur ont été proposés : les alphabloquants, les inhibiteurs calciques, les antidépresseurs, la gabapentine, et les analgésiques.

Conclusion :

Les léiomyomes cutanés multiples sporadiques ne posent qu'un problème fonctionnel et esthétique. Elles ne semblent pas prédisposer au cancer renal

33. Les facteurs du retard au diagnostic des cancers cutanés de la région de Fès: une série 208

Siham Boularbah, Sara Elloudi, S.Oujdi, Hanane Baybay, Zakia Douhi, Fatima Zahra Mernissi. Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction

Les cancers cutanés sont très fréquents, les facteurs du retard à leur diagnostic peuvent être liés aux différentes étapes à franchir par le patient.

Objectif de l'étude : identifier ces facteurs afin d'établir un bon circuit de malade ayant un cancer cutané.

Matériel et méthodes

Nous avons procédé à une étude prospective à travers des cas de cancers cutanés, incluant les mélanomes, carcinomes épidermoïdes et les carcinome basocellulaires suivis au sein du service de Dermatologie du CHU Hassan II Fès entre juin 2017 et avril 2021.

Résultats

Nous avons colligé un total de 208 patients, la moyenne d'âge était de 62 ans, un sexe ratio à 1,1. Les types histologiques étaient représentés par les mélanomes (61%), les carcinomes épidermoïdes (27%) et les carcinomes basocellulaires (12%). Le délai moyen entre la symptomatologie et la consultation initiale est de 43 mois. L'automédication a été noté chez 20% des cas, 60 % de nos patients consultaient chez un médecin généraliste et 20% des cas chez les dermatologues, dont 80% ont bénéficié d'un traitement symptomatique et 20% d'une biopsie cutanée. Le délai moyen de diagnostic, délai d'attente d'hospitalisation, le délai hospitalier sont respectivement de 40,20 et 33 jours.

Notre étude a montré une association significative entre le délai long du diagnostic et automédication (p=0,0001), la consultation initiale chez les généralistes et l'exérèse de la tumeur sans étude histologique. Cependant, Les paramètres sociodémographique n'ont pas été considérés comme un facteur influençant ce délai. Le délai moyen entre le diagnostic et la première thérapie est 40 jours, Notre étude a montré une association significative entre ce dernier et le délai long d'hospitalisation.

Discussion

Dans notre série comme dans la plupart des publications africaines, le délai diagnostique était long. Les raisons du diagnostic tardif sont dominées par les problèmes financiers, les erreurs diagnostiques. A l'évidence, l'habitat du patient ne saurait un facteur explicatif mais peut limiter l'accès aux soins.

Les données de la littérature montrent que la sous-estimation des médecins généralistes de la fréquence des cancers cutanés et la fréquentation de la médecine traditionnelle peuvent expliquer le diagnostic tardif de ces cancers d'où l'intérêt d'élaborer des stratégies d'information et d'éducation de la population et de renforcer la formation des médecins au diagnostic précoce.

Après avoir parcouru tous les différents secteurs, nos patients finissent par arriver au CHU, on a noté un retard d'interprétation des résultats radiologiques et histologiques et ceci a un impact sur le délai de prise en charge thérapeutique.

Conclusion

Le patient et le médecin représentent la pierre angulaire dans la prévention des cancers cutanés, ce qui justifie la mise en place de programmes de formation médicale continue sur le sujet ainsi que l'organisation de campagnes de sensibilisation impliquant la population.

34. Les facteurs prédictifs cliniques de métastases ganglionnaires au cours de mélanomes plantaires épais

A.Kerouach ; F. Hali ; F.Marnissi , S. Chiheb

Service de Dermatologie, Service d'anatomie pathologique

CHU Ibn Rochd , Casablanca ,Maroc **Introduction**

:

La présence de métastases ganglionnaires au moment du diagnostic des mélanomes cutanés constitue un facteur connu de mauvais pronostic

A travers notre série, nous allons étudier les facteurs prédictifs cliniques de métastases ganglionnaires chez 58 patients ayant un mélanome plantaire épais **Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective, allant du 2000 au 2021, incluant tous les mélanomes plantaires, avec un Breslow supérieur à 4mm, ayant des adénopathies régionales sans atteinte viscérale au moment de diagnostic, hospitalisés au service de dermatologie de CHU Ibn Rochd de Casablanca. Les données cliniques ont été recueillies sur une fiche pré établie

Résultats

Cinquante-huit cas ont été recensés, dont 32 Hommes et 26 femmes, d'âge moyen de 67ans.

Quarante-trois patients (75%) ayant un phototype III ou IV, Le délai moyen d'évolution était de 35,6 mois. La taille moyenne de la tumeur était de 44mm, L'aspect clinique de la lésion était nodulaire chez 39 patients (67,24 %), une macule pigmentée chez 19 patients (32,75%), Une ulcération était notée chez 37 patients (63,79%) et un saignement au contact chez 41 patients (70,68%).

Les principales localisations étaient le talon chez 36 patients (62,06 %), le creux des pieds chez 13 patients (22,41 %), la tête des métatarsiens chez 9 patients (15,51%).

Discussion

Il s'agit, à notre connaissance, de la 1ere étude permettant de prédire des éléments cliniques d'apparition de métastases ganglionnaires des mélanomes plantaires épais

Le mélanome possède un fort tropisme pour le ganglion lymphatique. Il sécrète des vésicules extracellulaires et des facteurs solubles capables de migrer dans le ganglion drainant et de reprogrammer les cellules du ganglion pour créer une niche pré-métastatique favorable à l'implantation tumorale

La localisation talonnière, la taille tumorale importante, un retard de la 1ere consultation, l'aspect nodulaire et la présence d'ulcération constituent les éléments prédicteurs d'apparition rapide de métastases ganglionnaires, leurs connaissances par les cliniciens permettent d'agir rapidement avant l'apparition d'autres métastases notamment viscérales et de ce fait garantir un pronostic meilleur

35. Leucémie cutanée révélatrice d'une leucémie aigüe sans blastes circulants

H.Saddouk[1] ; A.Khouna[1] ; S.Bouabdella[1] ; H.Ragragui [1]; S.Dikhaye[1,2] ; N.Zizi[1,2]

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda
2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

Les lésions cutanées spécifiques au cours des leucémies sont définies par la présence d'une infiltration de leucocytes néoplasiques dans la peau (1). Dans de rares cas, ces lésions peuvent se présenter initialement comme la manifestation principale sans blastes circulants, voire sans infiltration blastique de la moelle (2). Nous rapportons un cas rare de leucémie cutanée révélatrice d'une leucémie aigüe sans blastes circulants chez un jeune marocain.

Observation :

Un jeune marocain de 27 ans, sans antécédents pathologiques notables, présentait une éruption cutanée diffuse, faite de lésions papulo-nodulaires, fermes, augmentant rapidement en nombre, ayant une couleur rose au niveau du tronc et des membres supérieurs et purpuriques au niveau des membres inférieurs, évoluant dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état générale. L'examen clinique trouvait également un syndrome anémique mal toléré et des adénopathies cervicales et inguinales en bilatérales. La numération formule sanguine révélait une pancytopénie faite d'une neutropénie, une monocytopénie, une lymphopénie, une anémie normochrome normocytaire arégénérative et une thrombopénie. L'histologie cutanée d'une lésion nodulaire était en faveur d'un processus leucémique en objectivant une infiltration diffuse du derme arrivant à l'hypoderme par des cellules tumorales de taille moyenne, munies d'un noyau ovoïde à contour irrégulier et fortement nucléolé, entouré par un cytoplasme peu abondant éosinophile. Les immunomarquages montraient que ces cellules tumorales exprimaient diffusément le CD45, le CD4, le BCL2 et de façon plus focale le CD68. Quatre-vingt pour cent des cellules exprimaient le marqueur de prolifération Ki67. Plusieurs frottis sanguins et 3 myélogrammes ne mettaient pas en évidence de cellules blastiques. La biopsie ostéomédullaire était non concluante à plusieurs reprises. Le diagnostic d'une leucémie aigüe a été retenu et le patient était mis sous chimiothérapie (COP : Cyclophosphamide, Vincristine, Prednisone). L'évolution des lésions dermatologiques était favorable avec normalisation de l'hémogramme. A j9 de traitement, le patient est décédé suite à un choc septique avant de pouvoir retenir le type de sa leucémie aigüe.

Discussion :

La leucémie cutanée aleucémique est une forme clinique extrêmement rare dans laquelle les cellules leucémiques envahissent la peau avant qu'elles n'apparaissent dans les échantillons de sang périphérique ou de moelle osseuse. L'incidence de cette forme est de 2 à 3% des cas. (3-1) .Son mécanisme probable repose sur l'accumulation dans la peau de myéloblastes présents en très faible quantité dans la moelle et ayant un grand tropisme pour le derme (2).

La leucémie cutanée aleucémique est difficile à diagnostiquer car les investigations complémentaires ne mettent pas en évidence de cellules blastiques circulantes. Leur pronostic est le plus souvent sombre (2-3).

Conclusion :

Cette observation semble correspondre à une infiltration cutanée leucémique avec absence des cellules blastiques circulantes, d'où la nécessité de la biopsie cutanée.

36. Lipome géant du dos : une nouvelle observation

A.Kerouach, F.Hali, F.Marnissi, S.Chiheb

Service de Dermatologie, Service d'anatomie pathologique

CHU Ibn Rochd , Casablanca ,Maroc **Introduction**

:

Le lipome solitaire est la tumeur des tissus mous la plus fréquente. C'est une prolifération bénigne d'adipocytes matures. Il est considéré comme géant lorsque sa masse dépasse 1 kg et son diamètre plus de 10

cm. Dans ce cas, la gêne sociale et fonctionnelle qu'il peut occasionner, motive une exérèse chirurgicale après avoir exclu une dégénérescence maligne.

Observation :

Il s'agit d'un homme de 55 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui a consulté pour une masse tumorale évoluant depuis 20 ans et qui, de ce fait, ne pouvait plus se coucher en décubitus dorsal, ou s'habiller facilement, en plus du gene physique .

L'examen clinique a trouvé une masse mesurant environ 20 cm, reposant sur l'omoplate gauche, avec une consistance molle à la palpation, sans signes inflammatoires en regard.

L'imagerie par résonance magnétique a révélé une lésion supra-aponévrotique d'origine adépocytaire, sans particularités atypiques.

L'histologie a montré une prolifération adipocytaire avec une architecture lobulée. Les adipocytes sont matures sans atypies cytonucléaires en faveur d'un lipome, et le patient a bénéficié d'une exérèse complète de la tumeur.

Discussion :

Nous présentons à travers notre observation un cas original de lipome géant situé au niveau du dos avec un retentissement à la fois fonctionnel et esthétique. Il touche plus souvent les femmes que les hommes et apparaît au cours de la quatrième ou cinquième décennie de la vie. La plainte est essentiellement esthétique, mais la gêne fonctionnelle est loin d'être négligeable car il peut être à l'origine de macération cutanée, de compression nerveuse et d'attitude vicieuse de la colonne vertébrale.
L'imagerie par résonance magnétique est indispensable pour rechercher des signes de dégénérescence maligne. Le traitement chirurgical radical est idéalement précédé de biopsies pour confirmer le diagnostic et permettre l'utilisation de techniques de conservation de la peau pour couvrir toute perte de substance résiduelle lors de l'ablation.

Certains auteurs optent pour une liposuccion préalable afin de réduire le volume de la tumeur. Le résultat esthétique serait meilleur et la morbidité postopératoire est moindre.

37. Localisation cutané atypique d'un lymphome B : Une observation

H.Tahiri, F.Hali , S. Chiheb

Service de dermatologie, Chu ibn rochd, Casablanca **Introduction**

:

Les lymphomes cutanés B à grande cellule sont des tumeurs rares, touchant surtout les sujets âgés, au potentiel particulièrement agressif. Nous avons observé un cas dont la présentation atypique nous a paru intéressante à rapporter.

Observation :

Patient âgé de 58 ans, tabagique chronique, suivi depuis 2010 en hématologie pour lymphome non hodgkinien B ganglionnaire mis sous chimiothérapie avec régression complète, suite à laquelle il a été perdu de vue .

9 ans âpres la guérison, Le patient s'est présenté à la consultation hématologique suite à une rechute, il a été mis sous chimiothérapie à base d'Oxaloplatine, Gemcitabine et Endoxan et nous a été adressé devant la l'apparition de lésions nodulaires au niveau de membre supérieur droit concomitantes à la rechute.

L'examen a trouvé un patient conscient, cachexique, avec des nodules érythémato violacés disposés de façon linéaire étagée en chapelet au niveau du de l'avant bras droit, de consistance ferme, fixes par rapport au plan profond, associés à des nodules sous cutanés de consistance molle, indolores au niveau de bras, avec une papule érythémateuse sous mammaire droite. L'examen des aires ganglionnaires a objectivé des adénopathies axillaires bilatérales supra centimétriques.

La biopsie cutané réalisé sur un nodule a conclu à une localisation secondaire cutané d'un lymphome B diffus à grandes cellules de type non CG exprimant le BCL 2 .

Un traitement à base de Ritixumab a été envisagé mais le patient est décédé avant d'instaurer le traitement.

Discussion :

Représentant 25 à 30% des lymphomes non hodgkiniens, le lymphome B diffus à grandes cellules (LBDGC) est le lymphome le plus fréquent. modérément plus fréquent chez l'homme et classiquement diagnostiqué après l'âge de 60 ans, comme c'est le cas de notre patient, avec un pronostic réservé en témoignant la récidive et l'échappement thérapeutique du malade à plusieurs protocoles de chimiothérapie .

La localisation au membre supérieur du lymphome B ainsi que son aspect clinique font l'originalité de notre observation .

38. Une ulcération cutanée révélant une lymphangite carcinomateuse sur carcinome mammaire chez une patiente atteinte de Neurofibromatose type 1

H. Jabri ; F. Hali ; F. Marnissi ; S. Chiheb

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

Introduction : La neurofibromatose de type 1 (NF1) est le syndrome neurocutané le plus fréquent, avec une incidence plus élevée de néoplasmes par rapport à la population générale. Ici, nous rapportons le cas d'une patiente atteinte de NF1 qui a consulté pour une ulcération cutanée révélant une lymphangite carcinomateuse sur carcinome mammaire.

Observation médicale : Patiente âgée de 59 ans, suivie pour NF1, a présenté 4mois avant sa consultation une ulcération cutanée en regard du sein gauche avec rétraction mamelonnaire et écoulement hémorragique sans nodule palpable ni adénopathies axillaires, le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement non chiffré. Une biopsie cutanée a été réalisée et a objectivé la présence d'une lymphangite carcinomateuse avec ulcération épidermique en regard à partir d'un carcinome mammaire non spécifique, l'IRM mammaire a objectivé la présence d'une lésion du sein gauche classé BIRADS 6, le bilan d'extension a retrouvé des lésions hépatiques pouvant être secondaires ainsi qu'une lésion osseuse ostéolytique hypofixante. Actuellement, la patiente est suivie au service d'oncologie et prévue pour éventuelle chimiothérapie palliative.

Discussion : Plusieurs cas ont été décrits dans la littérature de l'association de la NF1 au cancer du sein, avec prédominance chez les patientes de moins de 50 ans. Les gènes du cancer du sein à début précoce et de la NF-1 sont situés au niveau du chromosome 17, ce qui suggère un rôle interactif possible des deux gènes dans l'étiopathogénie du cancer du sein.

La lymphangite carcinomateuse cutanée secondaire au carcinome mammaire est une entité rare, à notre connaissance, jamais rapportée en association à la NF1 dans la littérature.

Conclusion : La connaissance de cette association est essentielle pour les cliniciens afin de diagnostiquer précocement les néoplasies du sein; Ceci dit, un examen clinique minutieux s'impose ainsi qu'une mammographie de dépistage chez les patientes à risque.

39. Lymphome anaplasique à grandes cellules: A propos d'u cas

S.Rabba/F.Hali /FZ. El Fetoiki / F.Marnissi /S.Chiheb

Introduction :

Le spectre des troubles lymphoprolifératifs cutanés CD30 (TLPC) comprend la papulose lymphomatoïde (PLy), le lymphome anaplasique cutané primaire à grandes cellules (LACPGC) et les proliférations CD30 borderline. Nous rapportons ici un cas de LACPGC de la cuisse.

Observation :

Mme M.F, 60 ans, avait un antécédent de lésion cutanée sur la joue gauche en 2006. Une lésion similaire est apparue sur la cuisse gauche un an avant qu'elle ne soit adressée à notre service. C'était une lésion nodulaire qui a évolué vers une plaque ulcéro-nécrotique et prurigineuse ayant régressé spontanément, laissant une cicatrice dyschromique. Elle a bééficié de deux biopsies cutanées, la première n'a pas été concluante. La deuxième a montré une infiltration de cellules lymphoïdes atypiques de grande taille dans le derme avec une éosinophilie importante, avec à l'étude immunohistochimique les marqueurs CD30 et CD3 positifs et CD5, CD4, CD8, CD 56 et ALK négatifs. Une radiographie thoracique, une échographie abdominopelvienne et une échographie des ganglions lymphatiques n'ont révélé aucune anomalie. Ceci nous a orienté vers le diagnostic de LACPGC.

Discussion :

Le LACPGC est une variante relativement rare qui représente environ 9% des lymphomes cutanés. La plupart des patients sont atteints à la 6ème décennie. La plupart des patients présentent des nodules, papules ou plaques solitaires ou localisés. Cependant, jusqu'à 20 % des patients peuvent présenter des lésions multiples. L'ulcération peut être présente . Le LACPGC est souvent de régression spontanée (20 % à 42 %), mais la moitié des cas peuvent récidiver. Les lésions se situent généralement sur le tronc, le visage, les extrémités et les fesses et sont généralement asymptomatiques. Le LACPGC mérite une attention particulière en raison de son aspect clinique potentiellement identique à celui du mycosis fongoïde transformé, du lupus vulgaire, du lymphome anaplasique systémique à grandes cellules avec atteinte cutanée ou de la papulose lymphomatoïde. La survie à cinq ans pour les LACPGC de stade précoce varie entre 90 % et 97,5 %. La dissémination extra-cutanée se produit dans 10 % des cas et concerne le plus souvent les ganglions lymphatiques régionaux. La régression spontanée et l'âge inférieur à 60 ans sont des indicateurs de pronostic favorable, tandis que l'atteinte étendue des membres, l'atteinte extracutanée et l'âge supérieur à 60 ans sont de mauvais pronostic. Le PCALCL peut être traité par excision ou par radiothérapie locale, cette dernière étant considérée comme plus appropriée en cas de charge tumorale accrue. Le méthotrexate et la chimiothérapie systémique sont réservés aux cas présentant une plus grande étendue .

Conclusion :

Ce rapport de cas vise à éviter une conduite agressive pour traiter une maladie de bon pronostic, malgré l'exubérance de la manifestation clinique. Indépendamment du bon pronostic, il est nécessaire de surveiller étroitement ces patients en raison du risque potentiel de dissémination ou de propagation extracutanée, outre

la récidive de la maladie ou même le développement d'autres affections malignes, telles que le mycosis fongoïde, les lymphomes hodgkiniens ou non hodgkiniens.

40. Lymphome B à grandes cellules centrofolliculaire : à propos d'une observation

F.Amaaoune[1] ; S. Boustani [2] ; S. Fares [2] ; R.Chakiri[1]

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

2 : Département d'Hématologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Introduction :

Les lymphomes B cutanés primitifs centrofolliculaires (LBCF) sont des proliférations cutanées folliculaires ou diffuses de cellules néoplasiques centro-folliculaires, à type de petits centrocytes, de grands centrocytes et/ou de centroblastes.
Nous rapportant une observation d'un LBCF chez une femme de 80 ans.

Observation : Patiente âgée de 80 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui s'est présentée pour une tumeur cutanée indolore au niveau du dos évoluant depuis 4 mois dans un contexte d'altération de l'état général.

L'examen général trouvait une patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire et apyrétique.

L'examen dermatologique montrait une tumeur érythémato- violacée, bourgeonnante, 9cm de grand axe, bien limitée, indolore, mobile par rapport aux plans profonds siégeant au niveau dorso-latéral droit. Le reste de l'examen dermatologique notait la présence de cicatrices anétodermiques.

Des adénopathies axillaires et inguinales bilatérales étaient présentes, de tailles variables dont la plus grande est de 1,5cm de grand axe, mobiles, dures et indolores.

L'histologie avec immunohistochimie a confirmé le diagnostic.

Le taux du lactate déshydrogénase était à 312U/l, avec une hypoalbuminémie et une augmentation des B1 globulines à l'électrophorèse.

La TDM- thoraco-abdomino-pelvienne avait objectivé des adénopathies axillaires bilatérales mesurant 13mm de petit axe pour la plus volumineuse à droite et quelques adénopathies inguinales bilatérales ne dépassant pas 8 mm de petit axe pour les plus volumineuses.

La patiente a bénéficié de 4 séances de traitement par le Rituximab, Cyclophosphamide, Vincristine et Prednisone (R-CVP) et 23 séances d'une Radiothérapie externe de 46gy. On notait chez notre patiente une évolution spectaculaire avec diminution de 90 % de la taille tumorale dès la 1ere séance de traitement.

Discussion :

Le LBCF est un lymphome B de bas grade qui touche, en règle générale, les adultes autour de la cinquantaine. Il s'agit habituellement d'une seule lésion indolente constituée d'un ou plusieurs nodules

confluents rouges violacés atteignant préférentiellement le cuir chevelu, le front, la partie haute du tronc et bien plus rarement les jambes.
Ces lésions cutanées restent souvent stables pendant plusieurs années avant d'évoluer sous une forme nodulaire et tumorale, sans dissémination extracutanée. Alors ce n'était pas le cas chez notre patiente âgée de 80 ans, qui a développé dans un délai de 4 mois, d'une façon brutale, une tumeur ulcéro-bourgeonnante de 9 cm avec une atteinte ganglionnaire, vu que dans notre contexte les patients consultent tardivement.

Les LBCF ont un pronostic très favorable. Le taux de survie spécifique à 5 ans est d'environ 95%. La radiothérapie sur des tumeurs uniques ou peu nombreuses est le traitement de choix. Des récidives surviennent dans 20% des cas, mais restent souvent accessibles à la radiothérapie.
Les polychimiothérapies volontiers associées au rituximab sont réservées aux rares formes agressives, très extensives ou compliquées d'une atteinte extracutanée comme c'était le cas chez notre patiente.

Conclusion :

Le diagnostic de LBCF requiert une bonne coopération entre les cliniciens et les pathologistes, et dont le traitement sera idéalement discuté, comme pour tout lymphome cutané, dans le cadre d'une RCP spécialisée.

41. Lymphomes B diffus à grandes cellules à révélation cutanée.

S. Ait Oussous [a], F. Amaaoune [a], I. Lakhal [a], S. Fares [b], R. Chakiri [a] [a]
Département de dermatologie, Faculté de médecine, Université Ibn Zohr; Agadir
[b] Département d'hématologie, Faculté de médecine, Université Ibn Zohr; Agadir

Introduction :

Les lymphomes B diffus à grandes cellules sont la variété la plus fréquente des lymphomes non hodgkiniens. La peau est la 2ème localisation extra-ganglionnaire après le tractus gastro-intestinal. Cependant, l'atteinte cutanée est rarement inaugurale.
Nous rapportons un cas de lymphome B diffus à grandes cellules révélé par une atteinte cutanée.

Observation :

Patient âgé de 73 ans, connu diabètique, qui présentait depuis 7 mois des nodules et des tumeurs érythématoviolacées ou de couleur de peau normale, indolores, de taille variable dont le plus grand mesurait 5 cm de diamètre, de consistance ferme, diffus à tout le corps et épargnant le visage.

Le reste de l'examen objectivait des adénopathies axillaires et inguinales dont la plus grande est de 1,5 cm de grand axe, dures, indolores, mobiles sans signes inflammatoires en regard, ainsi qu'une hydrocèle droite avec masse cutanée scrotale gauche, solide et indolore.

La biopsie cutanée était en faveur d'une localisation cutanée d'un lymphome B diffus à grandes cellules.

La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (TDM-TAP) montrait de multiples adénopathies axillaires et abdominales associées à des lésions cutanées thoraco-abdominales et scrotales droites, ainsi qu'un aspect de tuméfaction scrotale avec individualisation d'une lésion du côté gauche en continuité avec le cordon spermatique.

Au bilan biologique le patient présentait une lymphopénie à 700/mm^3 et une hypo-albuminémie associée à une augmentation des alpha1 et alpha2 globulines, avec diminution des béta1 globulines.

Le patient a été mis sous poly-chimiothérapie : protocole R-CHOP, avec rémission complète sans récidive (9 mois de recul).

Discussion :

Les lymphomes diffus à grandes cellules B sont la variété la plus fréquente des lymphomes non hodgkiniens. Ils surviennent généralement entre la 6ème et la 7ème décennie, comme chez notre patient.

L'atteinte cutanée secondaire à un lymphome non hodgkinien systémique n'est pas rare. Toutefois elle est rarement révélatrice, ce qui justifie le signalement de ce cas et souligne l'importance des équipes multidisciplinaires dans la prise en charge des patients atteints d'hémopathies.

L'atteinte cutanée confère un pronostic défavorable aux patients, car il s'agit d'un site de métastase et elle classe immédiatement les patients au stade IV d'Ann Arbor. Les lésions cutanées peuvent se présenter sous forme de papules, de nodules, de plaques, voire même d'ulcères. Les sites de prédilection sont la tête, le cou ou les extrémités.

Bien que les lymphomes diffus à grandes cellules B soient cliniquement agressifs, Ils sont potentiellement curables. Leur prise en charge dépend du stade de la maladie. Les patients présentant une maladie disséminée (stade III ou IV) reçoivent 6 à 8 cycles de R-CHOP, avec une rémission complète chez 60 à 70 % des patients.

Conclusion:

Quoique la distinction entre les lymphomes B cutanés primitifs et secondaire constitue un défi pour le dermatologue, il est impératif d'éliminer un lymphome systémique à localisation cutanée en premier.

42. Lymphome de hodgkin de révélation cutanée particulière

M. Rimaoui ; F.Hali ; F. mernissi ; S.Chiheb
*Service de dermatologie ; Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca,*Maroc

Introduction

La maladie de Hodgkin touchant la peau est un phénomène inhabituel, elle est estimée à 0,5 à 3,4 %. Nous rapportons l'observation illustrant un lymphome de hodgkin de révélation cutanée.

Observation

Un homme âgé de 53 ans , consulte pour des lésions papulonodulaires apparues depuis 1 mois en regard des aires ganglionnaires cervicale et inguinale .L'examen clinique retrouve un patient fébrile , un état général altéré , présence d'un magma d'adénopathies cervicale gauche et inguinale droit , une hépato-splénomégalie , un syndrome d'épanchement liquidien au niveau thoracique droit , l'examen dermatologique retrouve de multiple lésions papulonodulaires infracentimétriques , infiltrées et indurées en regard des adénopathies cervicales et inguinales sans ulcération ni signes inflammatoires en regard .Devant le syndrome tumoral et la fièvre, une origine hémopathique a été suspectée. Une biopsie cutanée a été réalisé objectivant un infiltrat

lymphoïde de phénotype T, la biopsie ganglionnaire réconfortait le diagnostic de lymphome de hodgkin classique de type scléronodulaire . La TDM thoraco_abdomino_pelvienne a montré une atteinte ganglionnaire sus et sous diaphgramatique .Le patient fut adressé en hématologie pour prise en charge.

Discussion

L'atteinte cutanée spécifique de la maladie de Hodgkin est rare et marque un stade avancé de la maladie. Elle concerne 0,5 à 3,46 % des patients. Les lésions spécifiques de l'atteinte cutanée au cours de la maladie de Hodgkin sont diverses et classées en papules, nodules, ulcérations, et érythrodermie .Elles sont souvent accompagnées d'un prurit. Les mécanismes physiopathologiques de l'atteinte cutanée au cours du lymphome de hodgkin sont expliqués par la diffusion rétrograde lymphatique, l'extension directe de contiguïté, comme dans notre observation, et La dissémination hématogène .L'atteinte cutanée représente généralement, ou accompagne le stade IV de la maladie de Hodgkin, et présage souvent d'un pronostic inquiétant. L'originalité de notre observation réside dans la rareté de l'atteinte cutanée au cours du lymphome de hodgkin.

43. Mélanome de deux espaces interdigitaux adjacents : une présentation inhabituelle

M. Rimaoui ; F.Hali ; F. mernissi ; S.Chiheb
Service de dermatologie ; Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le mélanome interdigital est un sous-type rare du mélanome acrolentigineux dans la population caucasienne. Il passe souvent inaperçu pendant une longue période avant d'être diagnostiqué, en raison de sa nature asymptomatique et de son aspect clinique variable. Par conséquent, il est souvent diagnostiqué à tort comme une infection fongique. Nous rapportons le cas d'un patient présentant un mélanome interdigital du pied.

Observation :

Une femme de 60 ans s'est présentée au service de dermatologie avec une pigmentation des deux derniers espaces inter- orteils du pied droit évoluant depuis plus d'un an. Un diagnostic antérieur d'infection fongique a été posé et un traitement antifongique a été initié sans réponse thérapeutique. L'examen clinique révèle une lésion maculaire pigmentée et macérée occupant les 3e et 4e espaces inter-orteils du pied droit avec une extension plantaire. L'examen des aires ganglionnaires n'objectivait pas d'adénopathies palpables ; l'histologie a identifié un mélanome acrolentigineux non ulcéré ,breslow : 4 mm avec une faible activité mitotique et sans emboles vasculaires. Le PET-CT n'a pas détecté de localisations métastatiques à distance. Le pied a été amputé, le mélanome a été classé IIC.

Discussion :

Le mélanome acrolentigineux est localisé habituellement au niveau plantaire. Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec des verrues, des poromes eccrines, des granulomes pyogènes, des ulcères ischémiques ou diabétiques, des gangrènes, des mycoses, des ecchymoses et des naevus.Dans notre cas, la localisation est plutôt dans l'espace interdigital. En raison de la macération de la peau adjacente, il peut mimer l'aspect d'une infection fongique. L'histologie est donc indispensable pour confirmer le diagnostic de mélanome. La localisation interdigitale est non seulement délicate au diagnostic mais aussi à l'approche thérapeutique. Le traitement chirurgical du mélanome lentigineux acral et de ses sous-types est généralement

radical, nécessitant dans notre cas une amputation. L'atteinte de deux espaces interdigitaux adjacents est inhabituelle et, à notre connaissance, n'a été démontrée qu'une seule fois dans la littérature médicale.

Conclusion :

Les lésions du pied, même si elles sont bénignes en apparence, méritent une observation attentive. Des biopsies sont nécessaires pour éviter les erreurs de diagnostic, les mauvais traitements et les retards de diagnostic.

44. Mélanome du scalp : a propos dé 4 cas

M. Rimaoui ; F.Hali ; F. mernissi ; S.Chiheb
Service de dermatologie ;
Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Les mélanomes du cuir chevelu présentent des caractéristiques clinicopathologiques plus agressives que les autres mélanomes et des taux de mortalité plus de deux fois supérieurs à ceux des mélanomes localisés ailleurs. Nous rapportons une série de cas de mélanome du cuir chevelu.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre 2011et 2021 au CHU de casablanca. Tous les patients présentant un mélanome du cuir chevelu prouvé histologiquement ont été inclus. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux via des fiches d'exploitation contenant : l'âge, le sexe, les antécédents médicaux, la durée d'évolution, les caractéristiques clinico-histologiques, le stade et l'évolution. Resultats Parmi 83 patients atteints de mélanome, 4 patients atteints de mélanome du cuir chevelu ont été identifiés, l'âge moyen au moment du diagnostic était de 64,4 ans. Il y avait 1 homme et 3 femmes (Sex ratio : 0.3). La zone du vertex était le site de lésion le plus fréquent (n = ¾), la durée moyenne avant le diagnostic du mélanome était de 16 mois . La présence d'une infiltration des gaines vasculaires et nerveuses ainsi qu'un indice mitotique élevé au moment du diagnostic ont été identifié chez 50% des patients. Parmi les 4 patients, 3 étaient métastatiques au niveau du ganglion lymphatique.

Discussion

Le mélanome du cuir chevelu semble être un sous-ensemble distinct de mélanomes nécessitant une attention clinique particulière. Il a été décrit que les mélanomes du cuir chevelu sont souvent associés à un indice de Breslow élevé et présentent davantage de caractéristiques histologiques à haut risque, notamment un neurotropisme, une invasion lymphovasculaire et des métastases satellites. Dans notre étude, 3 patients sur 4 étaient déjà métastatiques au niveau du ganglion lymphatique au moment du diagnostic, le risque de mortalité est donc élevé et peut être jusqu'à 2,4 fois supérieur à celui des autres mélanomes de la tête et du cou. En plus de son mauvais pronostic, la localisation du cuir chevelu doit être prise en compte dans la détermination du diagnostic différentiel, comme les kystes trichilemmaux proliférants, d'autres tumeurs annexielles et épithéliales. **conclusion**
Les mélanomes du cuir chevelu ont des facteurs de pronostic plus mauvais que les autres mélanomes de la tête et du cou, c'est pourquoi un diagnostic précoce est nécessaire pour une meilleure prise en charge.

45. Mélanome acrolentigineux et tumeur rénale : y a-t-il un lien ?

G. Basri1 , F. Agharbi1 , M. Faik Ouahab1 , M. El Omari2 , M. Mahi3 , A. Al Bouzidi4 , S. Chiheb 1-5
1Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Faculté de médecine de l'Université Mohammed VI des Sciences de la santé. 2
Service de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique, Hôpital Universitaire International Cheikh
Khalifa, Faculté de médecine de l'Université Mohammed VI des Sciences de la santé. 3Service de Radiologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Faculté de médecine de l'Université Mohammed VI des Sciences de la santé. 4Service d'Anatomo-pathologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Faculté de médecine de l'Université Mohammed VI des Sciences de la santé. 5Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire Ibn Rochd, Faculté de médecine de l'Université Hassan II

Introduction

Le mélanome est une tumeur cutanée maligne évoluant au dépend des cellules mélanocytaires. L'association mélanome et cancer rénal à cellules claires est rare. Nous en rapportons un nouveau cas

Observation

Patient âgé de 75 ans, se présente pour une plaque de pigmentation hétérogène, avec une ulcération centrale, saignant au contact, mesurant 6 x 6 cm, mal limitée, asymétrique, avec des bords irréguliers. Une biopsie exérèse avec étude anatomopathologique ex temporanée a objectivé un mélanome acrolentigineux. Le patient a bénéficié d'une chirurgie de reconstruction avec lambeau. Dans le cadre du bilan d'extension, une masse rénale a été retrouvée, d'allure maligne à la TDM, avec une hyperfixation au PET-Scann. Une biopsie scanno-guidée a révélé à l'anatomopathologie un cancer rénal à cellules claires.

Discussion

Le mélanome figure parmi les tumeurs cutanées à haut potentiel métastatique. Toutefois, l'association du mélanome à une autre tumeur, notamment rénale, est très rare. L'anomalie génétique à l'origine de cette association est une mutation germinale faux sens dans le gène MITF (microphthalmia associated transcription factor). Le gène MITF joue un rôle clé dans l'homéostasie mélanocytaire et a été impliqué récemment dans la pathogénie du mélanome, ainsi que dans la transcription de certains facteurs cibles incriminés dans la prédisposition au cancer du rein.La particularité de ce cas réside non seulement dans son extrême rareté mais aussi dans l'utilité de sensibiliser aussi bien les dermatologues, que les autres praticiens à la nécessité d'effectuer un dépistage précoce. Ainsi, le diagnostic d'un mélanome, devra faire rechercher un processus au dépend du parenchyme rénal, en plus du bilan d'extension habituel d'où l'intérêt de l'exploration radiologique à la recherche de localisations secondaires et de la biopsie scanno guidée pour confirmer la nature histologique de la tumeur. De la même manière qu'une tumeur rénale devra attirer l'attention du praticien sur les différentes lésions cutanées pigmentées potentiellement suspectes afin d'offrir à nos patients de plus grandes chances de guérison. Malheureusement, la recherche de cette anomalie génétique n'a pas été faite dans notre cas par défaut de moyens. Notre patient fut adressé en service d'urologie pour prise en charge de sa tumeur rénale, et est actuellement prévu pour chirurgie à visée curative.

Conclusion

La prise en charge des patients porteurs de cette association de cancers demeure difficile par surcroît des taux de mortalités liés à chacun des deux cancers, mais aussi vu le terrain, souvent multi taré.

46. Mélanome survenant sur cicatrice de brûlure : observation rare

M. Rimaoui ; F.Hali ; F. mernissi ; S.Chiheb Service de dermatologie ; Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

La cicatrice de brûlure est un facteur de risque de développement de divers cancers cutanés dont le plus fréquent est le carcinome spinocellulaire, suivi du carcinome basocellulaire. La survenue d'un mélanome est exceptionnelle. Nous décrivons l'observation d'une patiente de 93ans présentant un mélanome métastatique apparue sur une ancienne cicatrice de brûlure thermique. Observation Patiente de 93 ans, s'est présente pour une lésion nodulaire de la face évoluant depuis 4 mois .Elle déclare avoir été brûlé, au même site, par un feu d'artifice il y'a 15ans, laissant place à une cicatrice pigmentée .Il n y'avait pas d'antécédents personnels ou familiaux de mélanome. L'examen clinique retrouve une patiente de phototype IV, lésion nodulaire érythémateuses en regard de l'arcade temporo zygomatique de 2 cm de diamètre, non ulcéré. On ne note pas d'adénopathies satellites palpables. L'histologie a confirmé le diagnostic de mélanome nodulaire ulcéré , breslow de 7 mm .L'imagerie TEP -TDM a objectivé des adénopathies paratrachérales hyper métaboliques et des nodules surrénaliens hypermétaboliques d'allure secondaire . La maladie est classé stade IV. Discussion Le mélanome survenant sur les cicatrices de brûlures est extrêmement rare. Seulement 38 cas ont été rapportés dans la littérature à notre connaissance. A l'heure actuelle, les facteurs de risque sont méconnus, ils sont expliqués par l'action des cytotoxines provenant lors de l'autolyse et l'hétérolyse des cicatrices chroniques .Un autre point qu'on souhaite souligner c'est la longue période de latence entre la brûlure et l'apparition de la tumeur. Sur une série de 23 cas de mélanome et 5 cas de présence concomitante de mélanome et de carcinome épidermoïde sur des cicatrices de brûlure, le temps de latence fut estimé à (41 ± 26 ans). Dans notre cas, ce laps de temps est de 15ans. Le suivi périodique et à très long terme des cicatrices de brûlures thermiques représente une option prophylactique valide pour éviter la prolifération néoplasique.

47. Présentation clinico-dermoscopique atypique d'un mélanome mimant une tumeur vasculaire

S.Rabba*/F.Hali* /H.Dahbi Skalli*/ F.Marnissi** /S.Chiheb*

**** Service de dermatologie et vénérologie de Casablanca***

***** Service d'anatomopathologie de Casablanca***

Introduction :

Parmi toutes les tumeurs cutanées, le mélanome possède le pronostic le plus fâcheux. Il se présente typiquement sous forme d'une lésion noirâtre. Il est cependant possible que la tumeur soit peu ou non pigmentée. Nous rapportons un cas de mélanome cutané primitif atypique se présentant sous la forme d'une tumeur angiomateuse de localisation plantaire.

Observation :

C'est Mr B.R, âgé de 53 ans, ayant présenté une lésion bourgeonnante plantaire gauche évoluant depuis 2 ans, augmentant progressivement de taille, avec apparition de deux nodules à proximité. À l'examen clinique

il s'agissait d'une masse tumorale bourgeonnante, ferme, de 10 cm de grand axe, angiomateuse erythématoviolacée parcourue par de télangiectasies. Les deux nodules étaient fermes, l'un était angiomateux et l'autre érythémateux. On retrouvait aussi des adénopathies inguinales homolatérales. La dermoscopie objectivait des vaisseaux linéaires polymorphes, des vaisseaux punctiformes, de stries blanches ainsi que de zones "rouge laiteux". Il n'y avait pas de réseau pigmentaire. La biopsie était en faveur d'un mélanome acrolentigineux avec un score de Breslow à 8 mm. Le bilan d'extension montrait une atteinte métastatique pulmonaire bilatérale et hépatique. Nous avons conclut à un mélanome cutané primitif métastatique stade 4 dans sa variante amélanotique. La décision était de démarrer des soins palliatifs en association à une amputation du pied.

Discussion :

Le terme amélanotique désigne les tumeurs dénuées de pigmentation à l'inspection visuelle et dermoscopique. Les mélanomes amélanotiques et hypomélanotiques sont rares (2- 8%). Le mécanisme de l'amélanose est encore mal élucidé. Il semblerait qu'il existe une transformation phénotypique provoquant une baisse de l'expression des enzymes spécifiques de synthèse de mélanine. Il existe trois formes cliniques de mélanome amélanotique. La forme papulonodulaire, la macule érythémateuse avec remaniements épidermiques et la plaque dermique sans remaniements épidermiques. L'apport de la dermoscopie est non négligeable dans l'orientation clinique car il existe une corrélation entre le stade évolutif du mélanome et le(s) patron(s) vasculaire(s) observé(s). Ainsi, lors de stades précoces on objective le plus souvent des vaisseaux punctiformes à aspect homogène et à distribution régulière. Lorsque les tumeurs sont évoluées, le paquet vasculaire est polymorphe, les vaisseaux sont plus longs, plus épais, à distribution irrégulière, et les globules 'rouge laiteux' sont plus fréquents.

Conclusion :

Le mélanome amélanotique constitue un défi de taille en raison de ses manifestations cliniques non spécifiques. Le mélanome devrait être évoqué devant toute lésion plantaire suspecte même en l'absence de pigmentation, en particulier dans un pays maghrébin.

48. Métastase cutanée géante révélant un carcinome papillaire de la thyroïde

A.Kerouach, F.Hali ,F.Marnissi , S.Chiheb

Service de Dermatologie, Service d'anatomie pathologique

CHU Ibn Rochd , Casablanca ,Maroc

Introduction

Les métastases cutanées du carcinome thyroïdien sont rares. Leur caractère révélateur reste exceptionnel et de mauvais pronostic, Lorsqu'elles existent, elles intéressent essentiellement le cuir chevelu et la région cervicale.
Notre décrivons la première observation d'une métastase cutanée géante révélant un carcinome papillaire de la thyroïde.

Observation Il s'agit d'une patiente âgée de 71 ans, ayant comme comorbidité un diabète type 2 et une hypertension artérielle bien suivis, qui venait consulter pour une tuméfaction frontale gauche évoluant progressivement depuis 7 ans, dans un contexte d'altération de l'état général.

L’examen clinique objectivait une tuméfaction frontale gauche mesurant 10 cm de grand axe, indurée et douloureuse à la palpation, fixée au plan profond, la peau en regard est sans anomalies, le reste de l’examen somatique n’avait pas objectivé de particularités notamment pas d’adénopathies palpables.

La TDM cérébrale avait objectivé un processus tumoral ostéolytique de la voute du crane développé au dépens de l’os frontal gauche faisant évoquer une origine secondaire.

Toutefois une lésion osseuse primitive ne peut être encartée ; et de ce fait, Une biopsie de la masse couplée à l’immunohistochimie ont été réalisées révélant une métastase cutanée d’un carcinome papillaire de la thyroïde.

Une échographie thyroïdienne avait montré un goitre hypoéchogene hétérogène multi nodulaire, TIRADS 4

Un TEP scan avait objectivé un hyper métabolisme au niveau frontal gauche et au niveau thyroïdien, avec des nodules et micronodules pulmonaires bilatéraux hyper métaboliques d’allure pathologique secondaire.

Un taux élevé de la thyroglobuline a été détecté. La patiente a été mise sous lévothyroxine à dose frénatrice, Puis elle a bénéficié d’une exérèse chirurgicale de la tuméfaction cutanée, une thyroïdectomie totale, suivie de cures d’Ira thérapie.

Discussion

Les métastases cutanées du carcinome papillaire de la thyroïde sont rares, leurs caractères révélateurs de ce type histologique, est à notre connaissance, n’a jamais était rapporté dans la littérature, ce qui rend notre observation originale

Le carcinome papillaire est de bon pronostic, en raison de sa croissance lente et son pouvoir métastatique faible, dans le cas échéant, les métastases sont essentiellement ganglionnaires

Le mécanisme de dissémination métastatique au niveau de la peau est probablement hématogène. Le plus souvent, ces métastases entrent dans le cadre d’une maladie néoplasique disséminée, comme c’est le cas de notre patiente.

49. Métastases péritonéales d'un mélanome du cuir chevelu : Une nouvelle observation

H.Tahiri, F. Hali, S. Chiheb

Service de dermatologie, chu ibn rochd , Casablanca

Introduction :

Le mélanome du cuir chevelu est un sous-groupe de mélanomes de la tête et du cou, historiquement associé à un mauvais pronostic. Ils peuvent se métastaser dans tous les organes. Cependant, les mélanomes avec métastase péritonéale sont exceptionnels, et seuls quelques cas de mélanome avec métastase péritonéale ont été précédemment décrits . Nous rapportons un cas de mélanome du cuir chevelu avec métastase péritonéale.

Observation :

Patiente de 75 ans, diabétique de type 2, et traitée pour tuberculose ganglionnaire, a été admise pour des nodules du cuir chevelu évoluant depuis 4 ans, associés à des douleurs abdominales, et une perte de poids. L'examen clinique a trouvé une patiente de phototype 3, avec 2 nodules pariétaux, le plus grand mesurant 4 cm de grand axe, couleur chair, saignants au contact avec une consistance ferme, indolores et fixes par rapport aux plans profonds avec des adénopathies cervicales bilatérales. La biopsie cutanée a révélé la présence un mélanome nodulaire avec un indice de Breslow de 17 mm.

La tomographie par émission de positons et l'IRM cérébrale ont montré de multiples nodules hyper métaboliques hépatiques et péritonéaux, un hyper métabolisme au niveau de la jonction ano rectal sans métastase cérébrale. Une coloscopie avec biopsie de la jonction ano rectal, a montré des nodules de carcinose sans localisation secondaire à la jonction ano rectal. Une biopsie hépatique a été réalisée en faveur d'une localisation secondaire du mélamone, une mutation BRAF a été effectuée dans le sang et la biopsie revenue négative

à la lumière de ces données, La patiente a été classé stade 4, une resection de la masse tumorale associé à une immunothérapie à base d'anti PD1 (pemprolizumab) à raison d'une cure chaque 3 semaines ont été instaurés. Une tomographie par émission de positons (TEP) a été réalisée après 7 cures de pemprolizumab, a montré une progression de la maladie, motivant l'arrêt du traitement avec mise en place d'une chimiothérapie à base de carboplatin et paclitaxel, en attendant de discuter une immunothérapie à base de Ipilimumab et Nivolumab .

Apres 3 cycles de chimiothérapie une tomographie par émission de positons (TEP) a été refaite et revenu en faveur d'une réponse métabolique favorable avec régression des foyers métastatiques et absence de nouveaux foyers, La patiente a été discuté en RCP et l'hypothése d'une réponse tardive au pemprolizumab a été retenu , ce dernier sera ré instauré .

Discussion :

Les mélanomes du cuir chevelu représentent 5% de tous les mélanomes, et 35% des cas de mélanomes de la tête et du cou. Ils surviennent chez des patients âgés comme notre cas, et se caractérisent par un mauvais pronostic, et un risque de décès plus élevé que celui des autres tumeurs situées aux extrémités, ceci peut être expliqué par un flux sanguin et lymphatique plus important dans le cuir chevelu permettant l'irrigation de la tumeur et la propagation des cellules tumorales et la couverture capillaire cachant les lésions..

Le tractus gastro-intestinal, est un des sites de prédilection pour les métastases du mélanome, en particulier l'intestin grêle, l'estomac et le gros intestin. Les métastases péritonéales sont peu fréquentes dans le mélanome et encore moins dans le mélanome du cuir chevelu, dans ces cas un bilan exhaustif doit être effectué pour éliminer une autre localisation du mélanome ou une autre tumeur à l'origine des métastases péritonéales.

50. Un mycosis fongoïde pilotrope avancé. Une entité de mauvais pronostic

N. Jean Berchmans, F. Hali, S. Chiheb
Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Le mycosis fongoïde pilotrope, est une forme apparentée du mycosis fongoïde caractérisé par un infiltrat lymphocytaire, situé exclusivement autour des follicules pilosébacés qu'il envahit et détruit. Il est localisé préférentiellement à l'extrémité cervicocéphalique, notamment sur le front. Son pronostic dépend de son stade précoce ou avancé. Nous rapportons le cas d'une jeune femme dont l'évolution de son mycosis fongoïde a été rapidement fatale et mortelle après son diagnostic.

Observation

Une femme âgée de 32 ans avait consulté au service des urgences de dermatologie pour un placard papulonodulaire avec œdème du visage.

L'histoire de la maladie remonte à deux ans avant son admission, par l'apparition des lésions érythématosaquameuses prurigineuses initialement localisées au niveau des mains et traitées comme un eczéma des mains par des stéroïdes topiques et des émollients. L'évolution fut marquée par l'extension des lésions au niveau du tronc, de l'abdomen, des membres, du visage et du cuir chevelu associées à une chute brutale des cheveux, une dystrophie unguéale et un léger fléchissement de l'état général. L'examen retrouve

des plaques infiltrées du tronc, de l'abdomen, des membres et de la face, des lésions papulonodulaires du front avec œdème du visage et du scalp, une kératose palmaire, une alopécie diffuse du scalp et une dystrophie des ongles associés à une lymphadénopathie bilatérale cervicale et sous mandibulaire, sans hépatosplénomégalie.

La biopsie cutanée d'une plaque, d'une lésion nodulaire du front, du scalp et de la matrice du lit de l'ongle ainsi que l'immunohistochimie ont confirmé le diagnostic de mycosis fongoïde. La biopsie ganglionnaire et la BOM n'avaient pas mis en évidence d'infiltration ganglionnaire ni ostéomédullaire.
Le bilan biologique avait révélé une éosinophilie et un taux élevé de la LDH. La cyométrie en flux avait montré une population de cellule T CD3 et le CD4 de façon superposable. Le CD8 était négatif. La tomodensitométrie des poumons, de l'abdomen et du pelvis était normale.
Le diagnostic de mycosis fongoïde pilotrope stade tumoral classé IIB : T3N1M0B0 avec une atteinte unguéale était retenu.
La patiente a été mise sous corticothérapie dose forte 1 mg/kg puis deux cures de GMox sans améliorations.
La patiente a été mise par la suite sous RCHOP. L'évolution fut marquée par l'aggravation de la symptomatologie, l'ulcération des plaques tumorales avec surinfection, une insuffisance médullaire, une neutrophilie, une élévation des LDH puis un décès après une brève réadmission en hématologie.

Discussion

La particularité de notre observation réside dans son diagnostic tardif, son évolution rapide et fatale après l'instauration du traitement, l'âge jeune de la patiente. Le pilotropisme a été considéré comme un facteur de gravité, associé à une moins bonne survie que dans le mycosis fongoïde classique. Le mycosis fongoïde pilotrope avancé, caractérisé par un infiltrat lymphocytaire dense périfolliculaire s'étendant au derme interfolliculaire et qui se traduit par des plaques infiltrées et des tumeurs, est de mauvais pronostic. Notre patiente avait d'autres facteurs de mauvais pronostic notamment le stade avancé (plaques infiltrées et tumorale), l'éosinophilie et le taux élevé de LDH.

Conclusion

Le mycosis fongoïde pilotrope avancé, est une entité de mauvais pronostic. Un diagnostic et une prise en charge précoces sont nécessaires pour prévenir les formes avancées et mortelles. Une biopsie des lésions prurigineuses cutanées résistant aux stéroïdes topiques s'impose pour trouver le diagnostic.

51. Maladie de Kaposi associée à un Mycosis fongoïde chez un patient immunocompétent : un nouveau cas.

S. Alami, Z. Mehsas, K.Znati, L. Benzekri, N. Ismaili, M. Meziane, K. Senouci
Service de Dermatologie et Vénérologie,
Centre Hospitalier Ibn Sina, Rabat, Maroc Service d'Anatomie-Pathologie, Centre Hospitalier Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction

Le mycosis fongoïde (MF) est la forme la plus fréquente des lymphomes T cutanés primitifs. La maladie de Kaposi (MK) peut être associée à certains troubles lymphoprolifératifs qui sont principalement observés chez les patients immunodéprimés, notamment les patients infectés par le VIH. Chez le sujet

immunocompétent, seul de rares cas d'association concomitante d'une maladie de Kaposi et d'un MF ont été rapportés.

Observation

Nous rapportons le cas d'un homme de 66 ans, aux antécédents d'arythmie cardiaque, et qui a été hospitalisé au département de dermatologie pour prise en charge d'une maladie de Kaposi à HHV8 +. Le reste de l'examen dermatologique retrouvait de multiples plaques peu infiltrées, érythématosquameuses, au niveau du cuir chevelu, des plis axillaires et inter fessier. S'agissant du bilan d'extension de la maladie de Kaposi, l'ensemble des explorations radiologiques et endoscopiques étaient sans anomalies, et la sérologie VIH était négative. Quant aux autres lésions cutanées, deux biopsies cutanées réalisées étaient en faveur d'un mycosis fongoïde. L'immunohistochimie pour l'HHV8 y était négative. Le patient avait été mis sous injection intramusculaire mensuelle de bléomycine pour la MK, et dermocorticoïdes sous occlusion pour le MF. L'évolution à 3 mois était favorable. Discussion La coexistence d'un MF avec une MK, en particulier chez les patients séronégatifs et non transplantés, est rare. La raison de cette association n'est pas bien établie. Certains auteurs ont détecté la présence d'HHV-8 chez des patients présentant des lésions de MF. Dans notre cas, l'HHV8 n'a pas été identifié dans les lésions précoces de MF, ce qui exclut cette théorie. Des traitements immunosuppressifs, comme une corticothérapie au long cours ou une radio-chimiothérapie, ont également été rapporté comme pouvant contribuer au développement simultané d'une MK concomitant à un MF. Ce n'était pas le cas chez notre patient.

Conclusion

Notre observation, mettant en évidence l'absence d'HHV-8 dans les lésions de MF chez un patient atteint de manière concomitante d'une MK, renforce les écrits de la littérature, et exclut une implication directe de la MK dans la pathogenèse du MF.

52. Molluscum pendulum : une drôle de localisation

Hasna Kerrouch°, Meryem Khalidi, Rachid Frikh, Naoufal Hjira , Mohammed Boui

°Service de Dermatologie de l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V- RABAT **Introduction**

Le molluscum pendulum ou achrochordon est une tumeur cutanée bénigne fréquente. Nous rapportons dans cette observation un cas atypique par sa localisation au niveau de l'aréole mammaire.

Observation

Patiente de 21 ans, sans antécédent pathologique notable, consultait dans notre formation pour une tumeur du sein droit asymptomatique évoluant depuis 2016.

L'examen dermatologique trouvait une excroissance mamelonnaire droite molle, pédiculée, couleur chair, mesurant environ 1cm de diamètre, à surface lisse.
L'examen du sein ne notait pas de nodule palpable et le reste de l'examen somatique était sans anomalie.
Une biopsie cutanée de la tumeur a objectivé un molluscum pendulum. Le traitement a consisté en une exérèse chirurgicale complète.

Discussion

Le molluscum pendulum (MP)est une tumeur cutanée fibreuse bénigne, plus fréquente chez les femmes et les sujets obèses. Cliniquement, il se présente habituellement comme une excroissance molle, pédiculée,

couleur chair. Souvent petite, filiforme, parfois volumineuse mais avec une base d'implantation mince, unique ou multiple. La cause exacte de cette lésion est inconnue. Les topographies préférentielles sont les zones de flexion.

Le MP est à différencier d'un nævus pédiculé ou d'un neurofibrome plexiforme. Son traitement repose sur la cryothérapie, l'électrocoagulation ou l'exérèse chirurgicale. **Conclusion**

Cette observation illustre la diversité des localisations du molluscum pendulum et remet l'accent sur l'intérêt des confrontations anatomoclinique.

53. Carcinomes basocellulaires multiples radio-induits

OULAD ALI Sara [1], BELCADI Jihane [1], MEZIANE Mariame [1], SENOUCI Karima [1]
[1]Département de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc

Introduction

Le carcinome basocellulaire est une tumeur épithéliale développée aux dépens de l'épiderme, survenant le plus souvent de novo, localisée uniquement à la peau sur les zones photo-exposées et jamais sur les muqueuses.

C'est la plus fréquente des tumeurs cutanées malignes survenant notamment chez le sujet âgé de phototype clair.

Le carcinome basocellulaire peut-être également radio-induit.

Observation

Une patiente de 64 ans, de phototype III, ayant comme antécédents un cancer du cavum traité par radiothérapie en 2010, consultait, dans notre formation, pour 3 lésions au niveau de la région zygomatique droite apparues il y a 1 an.

L'examen dermatologique a montré une tumeur de collision faite d'un nodule pigmenté et un autre translucide ; ainsi qu'une 3ème tumeur nodulaire partiellement pigmentée.

La dermoscopie nous orientait vers des carcinomes basocellulaires nodulaires en objectivant des vaisseaux en tronc d'arbre, des globules bruns, un aspect en feuille d'érable et en roue dentée, des structures blanchâtres brillantes ainsi que des nids ovoïdes gris bleus.

L'histologie avait confirmé le diagnostic et la patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale avec des marges de sécurité et reconstruction par une greffe de peau totale.

Discussion

Notre cas décrit une forme de carcinome basocellulaire (CBC) nodulaire probablement radio-induit devant les antécédents de radiothérapie, la multiplicité des lésions et la survenue des CBC dans l'aire d'irradiation. Les CBC radio-induits peuvent apparaître sur des lésions de radiodermite chronique ou sur une peau apparemment saine avec un temps de latence variant entre 5 à 65 ans.

Ces tumeurs ont comme particularité d'être de plus grande taille, nodulaires, avec des récidives plus fréquentes. L'aspect dermoscopique a été rapporté une fois dans la littérature décrivant la présence de vaisseaux arborescents, des nids ovoïdes sur un fond érythémateux. Chez notre patiente, on retrouvait les deux premiers signes en plus des autres structures classiques de CBC pigmenté et non pigmenté.

Le développement de carcinomes cutanés nécessite des doses de rayonnements supérieures à 30 Gy. Les doses reçues par notre patiente (70 Gy) sont donc susceptibles d'induire des CBC.

Une surveillance régulière est capitale chez ces patients car l'apparition de nouvelles lésions des années après les premières tumeurs reste à craindre.

54. Variante psoriasiforme de mycosis fongoïde

S.Rabba/K.Baline / H.Dahbi Skalli/ F.Hali/ F.Marnissi /S.Chiheb

Introduction :

Le mycosis fongoïde est le lymphome cutané primaire le plus fréquent. Le mycosis fongoïde psoriasiforme est une variante rare du mycosis fongoïde et simule le psoriasis vulgaire. Ainsi, il est souvent diagnostiqué comme un psoriasis, ce qui entraîne une progression de la tumeur. Nous décrivons un cas de présentation peu commune de mycosis fongoïde chez une patiente ayant été traité pendant longtemps comme un psoriasis.

Observation :

Mme B.M., 53 ans, présentait depuis 7 ans des plaques psoriasiformes prurigineuses étendues. Des stéroïdes topiques ont été administrés avec une bonne amélioration initialement. Aucune étude histopathologique n'a été réalisée. Six mois avant qu'elle ne soit adressée à notre hôpital, ses lésions sont devenues épaisses et squameuses et ont eu tendance à s'élever progressivement. L'examen clinique a révélé des lésions érythématosquameuses infiltrées sur 70 % de la surface corporelle, une parakératose du cuir chevelu et deux nodules sur le tronc. Nous avons effectué une biopsie d'une lésion infiltrée et d'un nodule. Elle a révélé une hyperplasie psoriasiforme marquée, une hyperkératose, une parakératose et une acanthose. Un épidermotropisme avec une légère infiltration dermique de lymphocytes anormaux a été objectivé, exprimant le CD3+, CD4+, CD30+. On observait également des grandes cellules dans 30 % de l'infiltrat au niveau du nodule. Nous avons posé le diagnostic de mycosis fongoïde transformé psoriasiforme. La patiente a été traité par polychimiothérapie.

Discussion :

Nous rapportons ici le cas d'une patiente atteinte de mycosis fongoïde traitée comme un psoriasis pendant de nombreuses années. Le mycosis fongoïde est un lymphome cutané avec un large spectre de présentations clinicopathologiques qui sont souvent non spécifiques au début. Le mycosis fongoïde psoriasiforme représente 4,7 % de l'ensemble des mycosis fongoïdes . Il représente un défi diagnostique important avec un délai moyen de diagnostic de 6,7 ans. De même, chez notre patient, ce délai était de 7 ans. Le mycosis fongoïde psoriasiforme ressemble au psoriasis vulgaire cliniquement et histopathologiquement, mais il se différencie de celui-ci par la présence d'un épidermotropisme avec infiltration de lymphocytes anormaux. Cette ressemblance est souvent source de retard diagnostique comme c'est illustré dans notre cas.

Conclusion :

Devant des lésions psoriasiformes qui ont tendance à s'infiltrer et à former des lésions nodulaires, il faut effectuer une biopsie cutanée pour exclure un mycosis fongoïde psoriasiforme.

55. Myxofibrosarcome géant de la jambe : une observation historique.

H .Moata[1], K .Baline [1], F .Mernissi[2], H .SKalli[1] , F .Hali[1], S .Chiheb[1] .

1 Service de dermatologie vénérologie.CHU Ibn Rochd. Casablanca. Maroc.

2 Service d'anatomopathologie.CHU Ibn Rochd. Casablanca. Maroc.

Introduction :

Le myxofibrosarcome est une tumeur maligne d'origine fibroblastique. Sa présentation clinique n'est pas pathognomonique et les aspects histologiques sont très hétérogènes, retardant fréquemment le diagnostic. Nous rapportons le cas d'un géant myxofibrosarcome de la jambe, menant rapidement au décès.

Observation :

Une femme de 67 ans ,sans antécédents pathologiques notables, a consulté pour une volumineuse lésion de la jambe gauche évoluant depuis deux ans. L'examen a objectivé une masse nodulaire ulcéro-nécrotique de 20 cm de grand axe, située au niveau de la partie supérieure de la face antérieure de la jambe gauche, adhérente aux structures profondes, avec une adénopathie inguinale ferme homolatérale. L'imagerie par résonnance magnétique de la jambe gauche a objectivé un volumineux processus tumoral des parties molles, mesurant environ 20 X17 X13 cm, venant au contact intime avec la corticale de l'os tibial. À l'examen anatomopathologique, il s'agissait d'une prolifération maligne faite de lobules polycycliques avec alternance de zone lâche et compacte. Les cellules tumorales ont des noyaux allongés vésiculeux au sein d'un cytoplasme à limite mal définie. Le stroma est fibreux avec une vascularisation de type branchée. L'immunohistochimie était négative pour la Desmine, H-caldesmone, EMA, AML, CD34, CD31 et PS1000 , éliminant ainsi les diagnostics différentiels et conduisant au diagnostic d'un myxofibrosarcome de grade 3 (G 3), selon le FNCLCC(Fédération nationale des Centres de lutte contre le cancer) . Le scanner thoraco abdomino pelvien a révélé de multiples nodules pulmonaires métastatiques. La tumeur a été définie comme un myxofibrosarcome de haut grade (stade IV, G3,T4N1M1 selon la classification TNM des tumeurs malignes) . La décision de la concertation multidisciplinaire était de réaliser une désarticulation du genou gauche puis une radio-chimiothérapie adjuvante .L' évolution était rapidement fatale, avec le décès de la patiente au bout d'un mois.

Discussion : L'intérêt de notre observation est de rapporter un cas très avancé d'une rare tumeur maligne des parties molles .Le myxofibrosarcome est un sarcome des tissus mous des extrémités du sujet âgé. L'aspect clinique habituel est une masse indolore, à croissance lente, située au niveau des membres inférieurs. Le diagnostic du myxofibrosarcome est histopathologique. Il est caractérisé par une association de zones myxoïdes et de zones cellulaires dans des proportions variables. L'immunohistochimie est peu spécifique .La résection chirurgicale avec une marge négative d'au moins 2 cm est la pierre angulaire du traitement. La récidive locale est fréquente, indiquant une radiothérapie adjuvante. Le risque de métastases à distance est élevé dans les cas de myxfibrosarcomes de haut grade . Il s'agit en particulier de métastases osseuses et pulmonaires. Comme il s'agit d'une tumeur rare, d'autres études sont nécessaires pour établir le bénéfice de la chimiothérapie.

56. Nodule ombilcale : quel diagnostic ?

M. Rimaoui ; F.Hali ; F. mernissi ; S.Chiheb Service de dermatologie ; Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Les nodules ombilicaux sont un motif de consultation peu fréquent en dermatologie. Les étiologies sont diverses. Il peut s'agir d'une lésion totalement bénigne ou d'une affection potentiellement mortelle.Nous rapportons l'observation d'un patient présentant un nodule ombilical d'évolution chronique.

Observation :

Patiente âgée de 60 ans, aux antécédents médicaux : cholécystectomie il y a 9 ans par cœlioscopie, elle présente un nodule ombilical évoluant depuis 8 ans dans un contexte de conservation de l'état général, l'examen clinique retrouve : lésion nodulaire de couleur chair, de consistance ferme, immobile, non suintante ni sanglante au contact, indolore et irréductible. Le reste de l'examen clinique est sans anomalie. Nous avons complété par une échographie abdominale objectivant masse tissulaire ombilicale superficielle lobulée de 22 *7mm sans extension intra-abdominale .La biopsie cutanée est en faveur d'une hyperplasie fibreuse sans signes de malignité .
Le diagnostic de chéloïde sur cicatrice de laparoscopie a été retenu.

Discussion

Plusieurs diagnostics peuvent être posés devant un nodule ombilical :nodule de sœur Marie joseph, un cancer cutané primitif dont le lymphome cutané, un polype fibro-épithélial, un papillome, un granulome ou une endométriose . Le nodule de sœur Marie-Joseph est une métastase d'un cancer gastro-intestinal, gynécologique, plus rarement pulmonaire. Il est corrélé à un stade avancé du cancer ,le pronostic est généralement mauvais.Quant à l'endométriose ombilicale, elle résulte de la dissémination de l'endométriose par voie lymphatique ou hématogène ou d'une métaplasie du vestige de l'urètre. Elle se manifeste par un nodule périodiquement douloureux. La chéloïde est également une étiologie à ne pas oublier .L'interrogatoire doit impérativement rechercher la notion de chirurgie laparoscopique ou un piercing.
L'approche diagnostique d'un nodule ombilical doit être connue par le dermatologue. Les étiologies sont diverses et de pronostic variable.

57. Place de la photothérapie dans le traitement du mycosis fongoïde au stade patch chez les patients de phototype foncé

H.Saddouk 1 ; H.Ragragui1 ; S. Sefraoui ;N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

1 Service de Dermatologie, Vénéréologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique. Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction

Le mycosis fongoïde (MF) reste la variante la plus fréquente des lymphomes cutanés primitifs. Son polymorphisme clinique, anatomopathologique et évolutif rend son diagnostic difficile (1). La photothérapie est un traitement de première intention du MF à un stade précoce (2). Nous rapportons notre expérience avec la photothérapie dans le traitement des patients atteints de MF, ayant un phototype foncé.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective incluant 7 cas de MF, prouvés par des critères histologiques et immunohistochimiques, ayant un phototype IV et V, traités par photothérapie dans notre service, entre juin 2014 et mai 2021.
Résultats Il s'agissait de 4 patients de sexe masculin et 3 de sexe féminin soit un sex-ratio H/ F : 1,3. L'âge moyen de début du MF était de 46 ans ± 20,2. La durée moyenne entre l'apparition des lésions et le

diagnostic de MF était de 11 ans. Le prurit était rapporté par tous les patients. L'examen clinique montrait des plaques érythémateuses et/ou dyschromiques, infiltrées chez 3 patients et non infiltrées chez 4 patients. Ces lésions se localisaient au niveau des zones photo-cachées. L'examen clinique révélait également des comédons ouverts avec une dépilation des zones axillaires et génitale chez 1 patient. Selon la classification TNM, 3 patients étaient classés au moment du diagnostic comme stade IA, 1 patient IB, 1 patient IIA et 2 patients IIB.
Six patients ont reçu une photothérapie UVB dont 5 au rythme de 3 séances/semaine, et 2 séances /semaine pour une patiente. Le nombre moyen des séances était de 25, avec une dose cumulée moyenne de 56 J/cm2. Une association aux rétinoïdes a été notée chez 4 patients.
Un patient a bénéficié d'une puvathérapie à raison de 3 séances par semaine, avec un nombre total de 24 séances et une dose cumulée à 131.1 J/cm2. Aucun effet indésirable lié à la photothérapie n'a été noté chez nos patients. L'évaluation de la réponse thérapeutique a objectivé une rémission complète chez 2 patients et partielle chez 4 patients. Une récidive a été survenue chez 4 patients au bout de 18 mois en moyenne (7 à 36 mois).

Discussion
La photothérapie par rayons ultraviolets B (UVB) et par rayons ultraviolets A combinés à du 8méthoxypsoralène (PUVA) restent le pilier des thérapies pour le MF précoce. Les UVB, qui ne nécessite pas de photosensibilisateur et présentent moins d'effets secondaires photocarcinogènes iatrogènes que la PUVA, sont de plus en plus utilisés (2). Notre étude confirme l'efficacité de la photothérapie dans le traitement du MF chez les patients de phototype foncé, avec une rémission chez 85,7% des cas, ceci dit les récidives sont fréquentes. En ce qui concerne la tolérance, aucun effet indésirable lié à la photothérapie n'a été noté chez les patients inclus dans notre étude.

Nos résultats rejoignent ainsi ceux d'une étude tunisienne portant sur 9 patients atteints de MF et de phototype foncé (3).

Conclusion

La photothérapie est couramment recommandée comme traitement de première intention de la MF à un stade précoce. Notre étude souligne son efficacité et sa tolérance chez les patients atteints de MF et de phototype foncé.

58. Pilomatricome isolé du bras : une localisation exceptionnelle

I.BOUBNANE, S. KERROUM, N. ISMAILI, K. SENOUCI,

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU IBN SINA, Rabat, Maroc

Introduction :
Le pilomatricome est une tumeur cutanée bénigne du follicule pileux. Rencontrée fréquemment chez l'enfant, cette tumeur annexielle est le plus souvent méconnue et confondue avec d'autres lésions cutanées. Les localisations habituelles sont la tête et le cou. Sa localisation au niveau des membres reste exceptionnelle. Nous rapportons un cas de pilomatricome localisé au niveau du bras.

Observation :
Enfant de 12 ans, de sexe masculin, sans antécédant particulier, consultait pour une tumefaction indolore de la face postero-externe du bras droit évoluant depuis 18 mois. L'examen clinique trouvait un nodule sous cutané irrégulier de consistance dure , adhérent à la peau et mobile par rapport au plan profond, mesurant 3,2cm x 2cm de diamètre . la peau en regard était érythemateuse . L'examen dermoscopique objectivait des structures blanc jaunâtre de distribution irrégulières et des aires rougeâtres entourant une petite érosion . Le

patient a bénéficié d'une exérèse totale de la tumeur sous anesthésie locale . Le nodule tumoral était encapsulé, induré, mesurant 3cm de grand axe . L'étude anatomopathologique était en faveur d'un pilomatricome .

Discussion :

Le pilomatricome , anciennement appelé épithélioma calcifié de Malherbe , a été décrit par Malherbe Chenantais en 1880 comme une tumeur bénigne développée à partir des cellules de la matrice pilaire, et son origine été confirmée plus tard par Forbis et Helwing . Il s'agit d'une tumeur rare, dont la fréquence est inférieure à 2 % de toutes les tumeurs primitives de la peau. Il survient habituellement pendant les deux premières décennies de la vie avec une prédominance féminine. Les localisations habituelles sont le cou et la tête, cependant l'atteinte isolé des membres est inhabituelle. Chez l'enfant, la localisation principale est la région cervico-faciale, Pulvermacker et al. ont retrouvé 63 cas sur 89 (soit 71 %) dont 28 % de localisation jugale.

Dans sa forme typique, il se traduit cliniquement par un petit nodule sous-cutané dure, solitaire, asymptomatique parfois douloureux. La taille habituelle est inférieure à 3 cm. Cependant, quelques cas de pilomatricomes géants ont été rapportés. Des formes familiales associant de multiples pilomatricomes ainsi que des maladies de système notamment la dystrophie myotonique ont été décrites.

Le diagnostic est évoqué cliniquement et nécessite une confirmation histologique. Plusieurs signes cliniques permettent de suspecter le diagnostic ; à savoir : le signe de la tente, le 'Teeter-totter sign' et le signe du pli cutané.

Les caractéristiques dermoscopiques le plus souvent rencontrées sont les structures blanc jaunâtre (dans 80 % des cas), les stries blanches (dans 70 % des cas), les structures vasculaires (dans 100 % des cas), la présence d'ulcération dans 60 % des cas, et enfin les petites aires gris-bleu sans structure (dans 20 % des cas). Le pronostic est généralement bon. La transformation carcinomateuse reste controversée. La guérison sans récidive est la règle après exérèse chirurgicale complète.

Conclusion :

Le pilomatricome est une tumeur cutanée de l'enfant qui ne doit pas être méconnue. La localisation au niveau des membres est rare. Le diagnostic est clinique, la confirmation est histologique. Son traitement est chirurgical.

59. Présentation clinique atypique d'un dermato fibrosarcome de Darrier Ferrand chez un enfant.

R.Ajaaouani, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie vénérologie
CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :

Dermato fibrosarcome de Darrier Ferrand est une tumeur cutanée à croissance lente, localement agressive avec un taux de récidive locale élevé mais rarement métastatique. La variante atrophique du Dermato fibrosarcome protubérant (DFSP) est rare, surtout chez l'enfant. Nous rapportons un cas de DFSP atrophique chez un enfant.

Observation :

Une fille de 14 ans, Sans antécédent pathologique particulier a présenté depuis 2 ans une petite macule bleuâtre indolore au niveau de la face interne de la cuisse droite, augmentant progressivement de taille. Aucun antécédent traumatique n'a été identifié. L'examen physique a montré une plaque ovalaire érythémato-violacé atrophique, à centre infiltré mesurant 4cm×2,5cm entourée de télégianctasie localisé au niveau de la face antéro-interne de la cuisse droite. Une échographie a été faite a montré un aspect d'hémangiome. Devant la discordance clinique et paraclinique, une biopsie cutané a été réalisée a montré au niveau du derme une

prolifération tumorale fusocellulaire d'architecture vaguement storiforme, constitués de cellules fusiformes à noyaux allongés réguliers, les vaisseaux sont nombreux. Cette prolifération s'étend jusqu'à l'hypoderme qu'elle infiltre. L'épiderme est atrophique. L'immunohistochimie a montré que les cellules expriment de façon diffuse CD34. La confrontation clinique et histologique a permis de conclure à un dermato fibrosarcome de Darrier Ferrand atrophique, la patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale avec marge élargies, sans récidive avec un recul d'un an.

Discussion :

L'originalité de notre observation est caractérisée par la rareté de la présentation atrophique du dermato fibrosarcome de Darrier Ferrand, notamment chez l'enfant. C'est une tumeur mésenchymateuse extrêmement rare de la peau qui se manifeste le plus souvent par une plaque ou un nodule protubérant. La forme atrophique est une variante rare, décrite pour la première fois en 1985. Elle se caractérise par une lésion atrophique et asymptomatique, facilement confondue avec une morphée, une cicatrice atrophique, un angiome ou hémangiome, une lipoatrophie, une anétodermie. Notre cas était confondu initialement avec un hémangiome. La chirurgie est le traitement de choix pour le dermato fibrosarcome protubérant, et le facteur pronostique le plus important est l'étendue de la lésion. L'exérèse chirurgicale avec marge élargi constitue le traitement curatif et permet minimiser la récidive de la maladie.

60. Présentation clinique atypique d'un porome eccrine :

K.OUJENNANE[1.2] , M.SIDKI [1.2] , S.AMAL[1.2], O.HOCAR[1.2]
[1] service de dermatologie, CHU Mohammed VI , Marrakech
[2] Laboratoire Bioscience et santé , FMPM université Caddi Ayyad, Marrakech

Introduction

Le porome écrine est une tumeur annexielle bénigne du canal terminal de la glande sudoripare écrine. Elle se présente généralement sous forme d'une lésion solitaire des extrémités (plante des pieds, paume des mains) . Elle est rare dans la région céphalique et pose le problème de diagnostic différentiel avec plusieurs entités , en particulier avec le carcinome spinocellulaire.

Observation

Une femme de 45 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, présente depuis 2 ans une lésion cutanée chronique au niveau de la région temporale gauche . Cette lésion est asymptomatique avec quelques épisodes de saignement au traumatisme. A l'examen dermatologique elle a un aspect tumorale nodulaire érythémateuse, de 4cm x 3 cm de diamètre, de forme arrondie, de limite régulière, sensible à la palpation, non ulcérée avec une surface peu végétante (figure1). Le reste de l'examen clinique n'objectivait pas de lésions similaires au niveau cutané et l'examen général incluant les aires ganglionnaires était normal. Devant cet aspect clinique on a suspecté un carcinome spinocellulaire et on a réalisé une biopsie cutanée qui a mis en évidence la présence d'une prolifération tumorale intraépidermique bien circonscrite , faite de grande travées de petites cellules rondes à différenciation sudorale, Aucune atypie cellulaire n'a été trouvée, et un porome eccrine a été diagnostiqué. La patiente était adressée à la chirurgie plastique pour une exérèse complète , l'examen histologique de la pièce anapath a confirmé un porome eccrine sans dysplasie avec une marge de résection nette .Il n'y avait pas de récidive à 1 an.

Discussion

Le porome eccrine est une tumeur cutanée peu fréquente qui se développe à partir de la partie intraépidermique des glandes sudoripares eccrines. Il représente 0,1 % de toutes les tumeurs cutanées primitives .

Selon la littérature, l'âge moyen au moment du diagnostic était de 68,3 ans. Notre cas a seulement 45 ans. Pas de prédilection du sexe. Toutes les lésions étaient uniques, avec une taille moyenne de 0.7 à 2 cm de diamètre, ce cas est le plus volumineux avec 4cm de diamètre. La plupart des lésions étaient asymptomatiques comme dans le cas présenté. La durée d'évolution était de 36 mois, dans notre cas, il était de deux an. La couleur des lésions varie du rouge au brun ; dans notre cas, elle était érythémateuse. Les extrémités sont les sites d'atteinte les plus fréquents, en particulier les paumes des mains ou la plante des pieds. Autres sites ont été décrits dans la littérature : la poitrine, les yeux et les fesses. Dans notre cas, elle était localisée dans la région temporale . Le diagnostic clinique est souvent difficile , elle pose un problème de diagnostic différentiel avec le carcinome épidermoïde, le carcinome basocellulaire, le mélanome achromique, la kératose séborrhéique et l'ulcère chronique . La dermoscopie peut aider au diagnostic en montrant des structures vasculaires polymorphes. L'histologie est alors essentielle pour poser le diagnostic en montrant une tumeur bien limitée se développant à partir de l'épiderme, formant des travées épithéliales anastomosées, composées de cellules régulières avec des signes de différenciation sudorale. La prise en charge therapeutique est basée sur une simple exérèse, un shaving ou une destruction électrochirurgicale pour les lésions superficielles et l'exérèse pour les lésions plus profondes . C'était le cas de notre patient qui a bénéficié d'une exérèse complète. L'évolution était favorable sans récidive .

Conclusion :

Le porome eccrine doit être considéré comme diagnostic différentiel des lésions chroniques du visage. Une biopsie doit être effectuée en cas de forme atypique pour éliminer la présence de signes e malignité . L'exérèse chirurgicale complète est curative et prévient la récidive et les risques de transformation maligne .

61. Profil anatomo clinique de mélanome plantaire au Maroc : Etude de 93 cas

A.Kerouach ; F.Hali ; F Marnissi ; S. Chiheb

Service de Dermatologie, Service d'anatomie pathologique

CHU Ibn Rochd , Casablanca ,Maroc

Introduction :

Le mélanome cutané est une tumeur maligne dont l'incidence augmente exponentiellement. Le mélanome plantaire en représente 7 %, cette localisation a des particularités anatomocliniques distinctes, qui restent peu étudiées dans les populations africaines.

Le but de ce travail d'analyser le profil épidémio-clinique de mélanomes plantaires , et d'en identifier d'éventuels facteurs pronostiques cliniques

Matériels et méthodes

Étude rétrospective menée au service de dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre janvier 2000 et Janvier 2021, incluant tous les patients ayant un mélanome plantaire confirmé à l'histologie. Une fiche permettait le recueil des données épidémio-cliniques, histologiques et pronostiques afin de comparer nos résultats à ceux de la littérature

Résultats

Il s'agit de 174 patients ayant un mélanome cutané, la localisation plantaire était noté chez 93 patients (53,44%), dont 53 Hommes et 40 Femmes, d'âge moyen de 68,5 ans.

70 patients (75,2 %) avaient un phototype III ou IV. Les principaux facteurs de risque étaient les traumatismes plantaires (41,86 %), les nævi préexistants (25 ,58 %). Le délai moyen d'évolution était de 35,6 mois.

La taille moyenne de la tumeur était de 44mm, le type était nodulaire dans 61 % des cas, acro-lentigineux dans 33,25 % et superficiel extensif dans 5,25 % des cas. Les principales localisations étaient le talon (45,7 %), le creux des pieds (25,4 %). La valeur moyenne de l'indice de Breslow était de 9,4mm, une ulcération histologique était notée dans 69 cas.

Des métastases étaient présentes au moment du diagnostic dans 37,5 % des cas, dont 19,9 % avaient une atteinte ganglionnaire. Un traitement chirurgical était préconisé chez 93,1 % des patients.

Discussion

Nous présentons à travers notre étude, la plus grande série de mélanomes plantaires en Afrique.

Cette localisation est la plus fréquente dans notre contexte, identifiée chez 53,44% de cas

On n'a pas noté de différence d'âge ni de sexe par rapport aux données de la littérature.

L'exposition solaire constitue un facteur de risque connu dans les différentes séries de la littérature, Or vu la localisation, les traumatismes répétés constituent le principal facteur de risque de mélanomes plantaires

Les délais de consultation sont longs, ce qui constitue le principal facteur de mauvais pronostic dans notre contexte.

Bien que les études notent la fréquence du type SSM avec un indice de Breslow ≤ 1 mm dans les mélanomes plantaires, notre série objective la fréquence des mélanomes de type nodulaire, avec un indice de Breslow moyen de 9,4 mm, ce qui rend son pronostic plus défavorable.

Malgré son siège accessible cliniquement, le mélanome plantaire est souvent diagnostiqué à un stade tardif. Une sensibilisation de la population et du personnel de santé permettrait probablement de réduire sa morbidité.

Mots clés : mélanome, plante du pied, traumatisme

62. Prurit et mycosis fongoide :éliminer une cause secondaire en premier

Fatima Zahra Hashas, Sara Elloudi, Zakia Douhi, Hanane baybay, Fatima Zahra mernissi
Service de dermatologie et vénérologie, Centre hospitalier universitaire Hassan II FES, Maroc

Introduction :

Le prurit est un symptôme fréquent, et constitue un moyen de surveillance au cours de mycosis fongoïde ,mais les cause peuvent être multiples d'où l'intérêt d'une vigilance vis-à-vis de ce symptôme.

Observation :

Nous rapportons le cas de deux patients suivi dans notre formation pour un mycosis fongoide, le premier agé de 59 ans ,présantant un mycosis fongoïde poikilodermique évoluant depuis 5ans mis sous dermocorticoïde et puvathérapie avec une bonne évolution, le deuxième âgé de 29 ans, suivi pour mycosis fongoïde pilotrope depuis 2ans mis sous dermocorticoïde et photothérapie puis sous méthotrexate avec une bonne amélioration ,les deux patients rapportaient l'apparition récente d'un prurit intense à recrudescence noctule et crépusculaire avec notion de prurit familiale, l'examen clinique trouvait des sillons ,des vésicules perlées et des stries de grattage siégeant au niveau des espaces interdigitaux ,face antérieurs des poignets et des nodule rouge brun cuivrés au niveau des organes génitaux externes ,la dermoscopie permettait de mettre en évidence un signe du delta positif avec des sillons scabieux en regard des lésions, le diagnostic d'une gale a

été retenu ,les deux patients ont été traité par le benzoate de benzyle avec une bonne amélioration et disparition de prurit.

Discussion :

Le mycosis fongoïde est la forme la plus courante du lymphome cutané T primitif, il est caractérisé par une évolution chronique et récurrente. Le prurit est un signe fonctionnel quasi constant dans cette pathologie, il constitue aussi un moyen de surveillance de la maladie. à travers ces deux observations nous rappelons la nécessité d'une surveillance attentive et d'une vigilance vis-à-vis d'une exacerbation récente de prurit en cas de mycosis fongoïde avant de conclure à tort à un mycosis fongoide réfractaire ou à la progression de la maladie. L'apparition ou l'exacerbation de prurit chez ces patients doit conduire à la réévaluation clinique avec précision des caractéristiques de prurit, le type de lésions, leurs siège de prédilection et un examen dromoscopique minutieux de manière à éliminer une gale qui impose un traitement efficace afin de limiter la propagation et la contagion. chez les deux cas, le terrain et les traitements immunosupresseurs créent une importante immunodépression locale qui a favorisé la prolifération des sarcoptes, mais la vigilence vis-à-vis de prurit a permis de poser le diagnostic de gale de façon précoce avec un traitement efficace par le benzoate de benzyle .

Conclusion :

Le prurit est un moyen de surveillance au cours de mycosis fongoïde ,son apparition ou exacerbation chez des patients suivi pour mycosis fongoide sous traitement doit conduire à la réévaluation clinique avec un examen dermoscopique de manière à éliminer une cause secondaire en particulier la gale.

63. Ichtyose paranéoplasique et maladie de Hodgkin : une nouvelle observation

I.LAKHAL(1) ; S.AIT OUSSOUS(1) ; F.AMAOUNE(1) ; O.DIOURY(2) ; F.KELI(2) ; S.FARES(2) ; R.CHAKIRI(1)

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

(2) Département d'Hématologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Introduction

Différents types de manifestations cutanées peuvent survenir dans les hémopathies malignes. Parmi ces manifestations, l'ichtyose acquise qui est une dermatose rare non héréditaire caractérisée par une sécheresse cutanée importante, avec épaississement de la couche cornée de la peau et accumulation de squames, dont l'aspect ressemble à des écailles de poisson.

Nous rapportons une observation d'un cas d'ichtyose acquise confirmée histologiquement, associé à une maladie d'Hodgkin.

Observation

Il s'agissait d'un homme de 55 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui était hospitalisé au service d'hématologie pour lymphome d'Hodgkin révélé par une altération de l'état général et adénopathies axillaires et inguinales bilatérales évoluant depuis 9 mois et confirmé sur biopsie d'adénopathie inguinale. Le patient présentait depuis un an des lésions desquamatives diffuses non douloureuses et non prurigineuses.

L'examen clinique trouvait un patient conscient, cachectique, déshydraté, pâle, eupnéique, tachycarde et normotendu avec à l'examen de la peau de grandes squames brunâtres polygonales diffuses donnant un aspect sale à la peau ainsi que d'une kératodermie plantaire.

Le résultat de la biopsie cutanée a montré une hyperkératose orthokératosique avec absence de la couche granuleuse en faveur d'une ichtyose acquise.

La prise en charge a été de prescrire un gel et une crème kératolytique à base d'urée ainsi qu'une chimiothérapie adaptée à son hémopathie. Le patient est décédé par la suite à cause des complications de sa maladie.

Discussion

L'ichtyose acquise apparaît comme un syndrome paranéoplasique dont les hémopathies malignes sont la cause la plus fréquente. Elle se déclare chez l'adulte, à prédominance masculine. Elle peut révéler une hémopathie maligne méconnue, permettant un diagnostic et une prise en charge précoce. Dans notre cas, l'ichtyose acquise avait précédé les manifestations de l'hémopathie.

L'association d'une ichtyose acquise et d'une néoplasie a été décrite pour la première fois en 1925 par Nanta et Chatelier à propos d'une maladie de Hodgkin, cette hémopathie est à l'origine de 70 % à 80 % des cas d'ichtyose paranéoplasique. Des cas d'ichtyose ont également été observés en association avec des lymphomes malins non hodgkiniens, des myélomes et d'autres hémopathies.

Le diagnostic est basé sur l'aspect clinique évocateur et l'examen anatomo-pathologique qui permet de confirmer le diagnostic en montrant une hyperkératose orthokératosique modérée, amincissement de la granuleuse et discret infiltrat périvasculaire du derme comme c'était le cas pour notre patient.

L'évolution de l'ichtyose acquise paranéoplasique suit celle de l'hémopathie sous-jacente. Elle régresse sous traitement de l'hémopathie et constitue un élément de surveillance fiable puisque sa réapparition ultérieure témoigne d'un tournant évolutif de la maladie.

La pathogénie de l'ichtyose acquise paranéoplasique suggère principalement une sécrétion par les cellules malignes de facteurs de croissance telles que l'Epithelial Growth Factor (EGF), connu pour son action stimulant la kératinisation. Le rôle du TGF-bêta, qui module le métabolisme lipidique, a été évoqué aussi. Le rôle de l'altération de l'état général avec dénutrition doit enfin être discuté.

Le traitement consiste en le traitement de l'hémopathie sous-jacente.

Conclusion

Les lésions cutanées de l'ichtyose acquise précédent généralement les manifestations de l'hémopathie, ce qui doit inciter le clinicien à chercher une affection néoplasique, surtout hématologique devant une ichtyose acquise.

64. Localisation cutanée d'un carcinome canalaire infiltrant mammaire

I.LAKHAL ; F.AMAOUNE ; S.AIT OUSSOUS ; B. EL IDRISSI ; R.CHAKIRI

Département de dermatologie, Faculté de médecine, Université Ibn Zohr ; Agadir

Introduction :

Les métastases cutanées représentent 2 % de toutes les métastases. Elles se présentent le plus fréquemment comme des nodules cutanés ou sous-cutanés. Les métastases cutanées du cancer du sein représentent une localisation secondaire rare, de mauvais pronostic. La lymphangite carcinomateuse cutanée (LCC) secondaire à une néoplasie mammaire est d'autant plus rare, révélant des aspects cliniques polymorphes et souvent

déroutants. Nous rapportons un cas de localisation cutanée d'un carcinome canalaire infiltrant avec lymphangite carcinomateuse au niveau du thorax associé à un carcinome basocellulaire de la face.

Observation :

Patiente âgée de 73 ans suivie pour carcinome canalaire infiltrant de grade SBR III depuis 2014 traité par mastectomie et curage axillaire gauche. La patiente a été par la suite perdue de vue et a reconsulté en Juillet 2021 en consultation dermatologie pour une lésion tumorale indolore en regard de la cicatrice chirurgicale de la mastectomie gauche ainsi que des lésions érythémato-squameuses de la face.

L'examen clinique trouvait une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec à l'examen de la peau une tumeur ulcéro-bourgeonnante, polylobulée, saignante au contact, fixe par rapport au plan profond en regard de la cicatrice chirurgicale de la mastectomie gauche. La dermoscopie de la lésion a montré la présence de vaisseaux linéaires et en tronc d'arbres, ulcérations, croûtes hémorragiques et jaunâtres, squames fines blanchâtres, stries blanchâtres et aspect « poivré » avec présence de granules bleues-gris. Devant l'aspect clinique et dermoscopique, le diagnostic de métastase cutanée de CCI a été évoqué en premier suivi de carcinome épidermoide et mélanome achromique.

La patiente présentait également un nodule érythémato-squameux, perlé, pigmenté par endroit, de 1 cm de grand axe et siégeant à 1cm du canthus externe de l'œil droit , associé à une plaque érythémato-croûteuse à bordures translucides au niveau temporal droit et une papule croûteuse, translucide au niveau du nez.
L'examen dermoscopique des lésions de la face montrait un aspect en feuille d'érable, nid ovoïde et des vaisseaux en tronc d'arbre.

Le résultat de la biopsie cutanée de la tumeur ulcéro-bourgeonnante en regard de la cicatrice chirurgicale a révélé une localisation cutanée d'un carcinome canalaire infiltrant de grade SBR III avec lymphangite carcinomateuse. Egalement, l'examen histopathologique de l'exérèse du nodule perlé de la face confirmait le diagnostic de carcinome basocellulaire de type nodulaire.

Un bilan d'extension fait d'une TDM TAP et échographie mammaire a été demandé et la patiente a été adressée en oncologie et en chirurgie plastique pour complément de prise en charge.

Discussion :

La peau est l'un des sites métastatiques les moins fréquents des cancers solides. Les métastases cutanées apparaissent le plus souvent au cours d'une néoplasie connue, mais peuvent être inaugurales dans un tiers des cas. Les cancers solides les plus pourvoyeurs de MC sont le cancer bronchopulmonaire chez l'homme, chez la femme le cancer du sein est de loin le plus fréquemment en cause.

Elles se présentent souvent sous forme de nodules unique ou multiples à consistance ferme, de couleur chair ou érythémateuse. D'autres présentations incluent les lésions sessiles de type acrochordon, les nodules angiomatoïdes, l'alopécie néoplasique, les métastases zostériformes, et le carcinome cutané en cuirasse. Ces présentations cliniques variées peuvent mimer différentes dermatoses (carcinome épidermoide, mélanome achromique, érysipèle, dermite radio-induite, zona...), retardant ainsi le diagnostic et la prise en charge appropriée des lésions.

L'aspect dermoscopique des métastases cutanées a été rarement rapporté dans la littérature. Les signes dermoscopiques raportés étaient des structures vasculaires polymorphes, des dépigmentations blanchâtres, des zones jaunes, des fosses ombiliquées avec une tendance à former des structures linéaires en forme de fissures avec de petites dépressions latérales. Des globules périphériques et de voile bleu-blanc mimitant un mélanome ont été également rapportées.

Les vaisseaux polymorphes et atypiques sont les structures vasculaires les plus fréquentes caractérisant la malignité. Les autres signes dermoscopiques seraient d'une grande aide, comme la couleur jaune-orange et les dépressions en forme de fissure . Ces vaisseaux polymorphes, qui ont été décrits également dans notre cas, peuvent avoir une valeur pronostique car plus la densité des vaisseaux est importante, plus la maladie est invasive.

L'histologie standard ne permet d'identifier le primitif que dans 20 % des cas, l'immunohistochimie est souvent nécessaire, la tumeur primitive reste indéterminée dans 3 à 10 % des cas. La lymphangite carcinomateuse cutanée est une forme rare de métastase cutanée de carcinome dont la confirmation diagnostique est établie par l'histologie, comme dans notre cas. La LCC secondaire à une néoplasie mammaire est une entité rarement décrite. Elle correspond à une invasion par les cellules tumorales des voies lymphatiques dermiques.

Les métastases cutanées sont de mauvais pronostic, deux tiers des patients décèdent dans un délai d'un an.

Conclusion :

Les métastases cutanées peuvent être révélatrices du cancer primitif, comme elles peuvent apparaitre secondairement avec un pronostic péjoratif. Devant le polymorphisme clinique de cette entité qui peut égarer le clinicien, le pronostic semble s'aggraver en retardant le diagnostic et la prise en charge carcinologique. Enfin, même si le diagnostic final relève de la biopsie cutanée, la dermoscopie peut apporter de nouveaux indices au diagnostic.

65. UN ANGIOLIPOME SUR ANGIOME CONGENITAL

M.Faik Ouahab 1 , FZ. Agharbi1 , G.Basri 1 , K.Oqbani2 , Soumiya Chiheb 1-3 1 Service de dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Faculté de médecine, UM6SS 2 Service d'anatomopathologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Faculté de médecine, UM6SS 3 Service de dermatologie, Faculté de médecine et de pharmacie, Université Hassan II, Casablanca

Introduction :

L'angiolipome est une variante pathologique rare du lipome dépendant des tissus mous et composée de tissu adipeux mature et de petites proliférations vasculaires. Son diagnostic est essentiellement histologique. Nous rapportons le cas d'un angiolipome de la jambe sur angiome congénital chez une jeune femme de 19 ans.

Observation :

Une patiente de 19 ans, sans antécédents particuliers consultait pour une lésion douloureuse de la jambe gauche survenue sur une lésion congénitale et évoluant depuis plusieurs mois. L'interrogatoire notait la notion de micro traumatismes à répétition due au rasage. L'examen clinique trouvait une tumeur ulcérobourgeonnante, angiomateuse reposant sur une macule érythémateuse. Une exérèse complète de la tumeur avec étude anatomopathologique était en faveur d'un angiolipome.

Discussion :

Représentant 5 à 17% des lipomes, l'angiolipome est une tumeur mésenchymateuse bénigne à double composante vasculaire et adipeuse. Alors que les angiolipomes affectent généralement les hommes jeunes et d'âge moyen et se localisent surtout au niveau des bras, avant-bras, cou et tronc, notre patiente était une jeune femme présentant un angiolipome au niveau de la jambe. On suppose que les angiolipomes sont d'origine congénitale et que la prolifération vasculaire se produit après des traumatismes répétés du fascia, ce qui était le cas de notre patiente. Cliniquement, ils se présentent sous forme de tumeurs jaunes ou bleuâtres, circonscrites et fermes. A la palpation, elles peuvent être douloureuses et des vaisseaux palpables en relief peuvent être perceptibles. Sur le plan histologique, ils sont composés d'adipocytes matures à vacuole unique et à noyau excentré. La composition vasculaire est faite principalement de capillaires entourés de péricytes et de thrombus de fibrine et varie entre 10 à 90%. Les complications de l'angiolipome

peuvent inclure l'ulcération, la septicémie, la gangrène et un éventuel syndrome de réponse inflammatoire systémique. Le seul traitement définitif à ce jour est la résection individuelle par excision chirurgicale.

Conclusion :

L'angiolipome demeure une entité anatomo-clinique rare. Son diagnostic repose principalement sur l'anatomopathologie. Son traitement repose sur la chirurgie par exérèse complète.

66. CARCINOMES BASOCELLULAIRE PERINEAL : A PROPOS D'UN CAS

S. Lahsaini, M.A. Ennouhi, A. Moussaoui
Service de Chirurgie plastique et réparatrice, Hôpital Militaire Moulay Ismail Meknès

Introduction : Le carcinomes basocellulaire (CBC) du périnée est rare avec très peu de cas sont rapportés dans la littérature, les facteurs incrimines sont encore mal connus. Nous rapportons un cas de CBC périnéal.

Observation : Un homme âgé de 78 ans, a consulté devant une lésion du périnée suintante évoluant depuis dix-huit mois sans aucun symptôme associe. L'examen physique a mis en évidence une tumeur végétante, arrondie, bien limitée, de 3cm de grand axe au niveau du périnée sur le côté droit du triangle urogénital. Il n'existait pas d'adénopathie inguinale palpable ni d'autre localisation cutanée. L'examen proctologique est normal. Une biopsie était réalisée qui a revenu en faveur d'un trichoblastome, suivie d'une exérèse chirurgicale et suture de la perte de substance restante. L'examen anatomopathologique (deux relectures de la pièce) a montré une prolifération tumorale maligne au niveau du derme faite de travées et de massifs tumoraux de cellules basaloides aux noyaux augmentés de volume parfois en mitose. Les cellules périphériques présentent un arrangement palissadique, Cet aspect était en faveur d'un CBC de type infiltrant.

Discussion : Notre observation illustre une localisation rare du carcinome basocellulaire mais non exceptionnelle. Le profil macroscopique du CBC périnéal est peu caractéristique, entraînant parfois une errance diagnostique. L'étude anatomopathologique permet de différencier le CBC aux autres lésions cutanés de la région. Comme les autres localisations, le CBC périnéal est de bon pronostic avec une évolution lente cependant une surveillance régulière s'impose afin de diminue le risque de récidive.

Conclusion : Le carcinomes basocellulaire est la tumeur cutanée maligne la plus fréquente, la localisation périnéale est rare et elle est responsable à une grande variété clinico-histologique avec même parfois un retard diagnostic.

sara.lahsaini@usmba.ac.ma

67. MALADIE CHELOÏDIENNE ET DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE

S. Lahsaini, M.A. Ennouhi, A. Moussaoui

Service de Chirurgie plastique et réparatrice, Hôpital Militaire Moulay Ismail Meknès

Introduction : Les chéloïdes sont des tumeurs cutanées fibrocytaires bénignes pouvant être spontanées ou post-lésionnelles. Elles peuvent être multiples et parfois très invalidantes, réalisant la maladie chéloïdienne. Nous rapportons un cas de maladie chéloïdienne à fin de décrire les particularités cliniques et montrer les difficultés thérapeutiques.

Observations : Un homme de 41 ans, consultait pour de multiple tumeur cutanée prurigineuses, évoluant depuis l'enfance et secondaires à des vaccinations, des folliculites, des lésions de grattage, des plaies cicatricielles. Il n'y avait pas d'antécédent similaire familial. L'examen clinique notait de multiples chéloïdes, en galettes de 4 à 9 cm de diamètre sur le tronc notamment en pré sternal, sur les épaules et les bras, en placard sur les jambes, avec une grosse chéloïde au niveau de la nuque de 16 à 18 cm. Le reste de l'examen était sans particularité. Le patient était traité de façon symptomatique pour les petites lésions et une chirurgie endochéloïdienne suivie d'une curiethérapie pour la chéloïde nucale.
Discussion : Les chéloïdes sont des lésions cutanées débilitantes avec un impact esthétique, physique et des répercussions psychologiques et sociales importantes, son étiopathogénie est imprécise. La prise en charge de la maladie chéloïdienne est lourde comprend souvent des approches invasives et non invasives. A l'heure actuelle, il n'y a pas de méthode satisfaisante ni de réel consensus. Il s'agit de plus en plus une association thérapeutique afin de réduire le taux des récidives.

Conclusion : La prise en charge de la maladie chéloïdienne est difficile, le risque de récidive est particulièrement enlevé. De nombreux traitements sont toujours en cours d'évaluation L'espoir réside certainement dans les résultats des recherches en biologie moléculaire, qui permettront de mieux appréhender la physiopathogénie de cette maladie.

sara.lahsaini@usmba.ac.ma

68. Carcinome basocellulaire manipulé : une porte d'entrée atypique de staphylococcie de la face

Guechchati M, Elloudi S, Douhi Z, Baybay H, Mernissi FZ
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

INTRODUCTION :

La Staphylococcie de la face est une affection secondaire au *Staphylococcus aureus*, ayant un potentiel rapidement extensif. Elle engage à la fois le pronostic fonctionnel et vital par son risque de thrombophlébite cérébrale la qualifiant alors de maligne. La manipulation d'un furoncle centro-facial en est souvent la cause. Nous rapportons 1 cas de staphylococcie de la face à point de départ inhabituel.

OBSERVATION :

Mme M. âgée de 66 ans, présente une lésion de l'aile du nez droit depuis 1 an avec notion de manipulation et application de traitement traditionnel. L'évolution était marquée 4 jours après par la survenue d'un érythème du visage. L'examen trouvait une fièvre à 38C, un important œdème centro-facial et un placard érythémateux violacé, œdémateux mal limité chaud douloureux sans bourrelet périphérique. Au niveau périnarinaire: un nodule ulcéré à bordure perlée et base infiltrée; la dermoscopie révélait une ulcération, vascularisation en tronc d'arbre et nid ovoïde. L'examen neurologique était normal. Un examen ophtalmologique urgent objectivant un œdème réactionnel de la paupière, une TDM cranio faciale en faveur d'une infiltration des parties molles palpébrales et jugales plus marqué à gauche, sans signe de thrombose veineuse. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose et une CRP à 91mg/L. La patiente a bénéficié d'une biopsie du nodule objectivant un carcinome basocellulaire nodulaire. Après instauration d'une biantibiothérapie, l'évolution était marquée par une amélioration clinique et biologique.

Discussion :

La staphylococcie de la face est une infection cutanée à point de départ facial et diffusion lymphatique et veineuse. Certes, le furoncle est la porte d'entrée habituelle, mais toute lésion manipulée du triangle dangereux du visage peut en être l'origine. Son diagnostic est clinique révélé par l'installation brutale d'un tableau dramatique d'érythème violacé sans bourrelet périphérique avec un réseau veineux, un œdème du visage, et risque de thrombose des sinus caverneux et d'atteinte méningée dans sa forme maligne. Si une antibiothérapie adaptée et anticoagulation ne sont pas instaurées à temps, l'altération générale est de règle avec troubles de la conscience et risque de cécité. Chez notre patiente, bien que la manipulation intempestive du nodule était l'élément déclenchant, la rapidité diagnostique et thérapeutique a permis d'éviter une fin dramatique et la détection de lésion maligne a posteriori.

Conclusion :

La staphylococcie maligne de la face devrait être éliminée devant toute infection brutale du visage, car elle reste une urgence à pronostic sombre. Dans notre cas, le tableau infectieux aigu était révélateur d'une pathologie tumorale progressive et maligne telle que le CBC. Un examen minutieux reste alors toujours de mise et un œil averti pourra poser le diagnostic en cas de porte d'entrée atypique.

69. Les Carcinomes basocellulaires atypiques du visage :série de 5 cas

A.Saddik[1], F.Z El Fatoiki[1], F.Marnissi[2] , F.Slimani[3], F.Hali[1], S.Chiheb[1]
[1]Service de dermatologie vénérologie
[2] Service d'anatomie pathologique
[3]Service de chirurgie buccale et maxillo-faciale, CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Introduction :
Le carcinome basocellulaire est une tumeur épithéliale développée aux dépens du tissu épidermique, principalement de novo, localisée uniquement sur la peau et de malignité locale. De nombreuses formes cliniques et histologiques sont décrites, notamment le carcinome basocellulaire tatoué ou pigmenté qui pose le problème du diagnostic différentiel avec le mélanome, et le carcinome basocellulaire sclérodermiforme ou morphéiforme, qui sont des formes rares. L'objectif de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des malades suivis pour un carcinome basocellulaire du visage.

Matériels et méthodes :
Il s'agit d'une étude prospective étalée sur un an de juin 2020 à juin 2021, cinq malades suivis en consultation de dermatologie au CHU IBN ROCHD de Casablanca. Tous les cas de carcinome basocellulaire du visage ayant une preuve histologique.

Résultats :
Cinq malades ont été inclus dans cette étude, Il s'agissait de trois hommes et deux femmes. L'âge moyen était de 72,3ans (63- 86 ans). Tous nos malades rapportaient la notion d'exposition solaire. La durée moyenne d'évolution avant le diagnostic était de 3,1 ans. L'examen clinique trouvait une lésion nodulaire ulcérée chez deux malades, une lésion érythémateuses scléreuses ulcérées par endroit chez un malade, une plaque pigmentée chez un autre et une lésions ulcèro-bourgeonnante noirâtre chez le dernier. Le carcinome basocellulaire sclérodermiforme était retrouvé chez trois malades et le carcinome basocellulaire tatoué était retrouvé chez deux malades. Le bilan paraclinique initial était normal chez tous les malades, on a adressé tous les malades au services de maxillo-facial pour traitement chirurgical après confirmation histologique. Les suites post opératoires étaient simples sauf un malade ou un lachâge de sutures au niveau de greffe a été rapporté.

Discussion :

La particularité de notre travail est de décrire les formes atypiques du carcinome basocellulaire au niveau du visage. Le carcinome basocellulaire sclérodermiforme est une forme rare de carcinome basocellulaire, caractérisé par une évolution potentiellement agressive justifiant un traitement chirurgical radical pour éviter les récidives, habituellement localisé au niveau de la région centro-faciale. Un diagnostic précoce dans le sclérodermiforme est la principale méthode pour éviter une chirurgie défigurante. Le carcinome basocellulaire pigmenté est une variante clinique et histologique du BCC qui se caractérise par une pigmentation brune ou noire, ne représentant que 6 % du total des BCC, il pose un problème de diagnostic différentiel avec le mélanome. Une biopsie est donc nécessaire pour établir le diagnostic différentiel du CBC pigmenté. La prise en charge est basée sur une exérèse avec respect des marges.

70. TUMEUR A CELLULES GRANULEUSES D'ABRIKOSSOFF : ASPECTS CLINIQUES ET DERMOSCOPIQUES, A PROPOS D'UN CAS.

M. Asermouh ; C. Aït Khabba ; S. Sektaoui ; L. Benzekri; N. Ismaïli; M. Meziane; K. Senouci

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina , Université Mohammed V Souissi, Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

INTRODUCTION

La tumeur à cellules granuleuses d'Abrikossoff est une tumeur rare d'évolution généralement bénigne. Elle siège avec prédilection au niveau de la muqueuse de la sphère ORL . La localisation cutanée reste rare et de diagnostic clinique difficile, nécessitant une confirmation histopathologique. Néanmoins, la dermoscopie peut, dans un premier temps, aider au diagnostic.

OBSERVATION

Une femme de 55ans, sans antécédent notable, a consulté pour une formation tumorale asymptomatique évoluant depuis 3 ans au niveau sous claviculaire gauche. Cliniquement, il s'agissait d'un nodule ovalaire dur, bien limité, faisant environ 2cm de grand axe et 1cm de petit axe. Il était fixe par rapport au plan superficiel, avec un aspect de peau d'orange en regard et entouré d'un halo inflammatoire. La dermoscopie montrait une partie nodulaire centrale jaunâtre, un réseau vasculaire périphérique avec de petits disques pâles en périphérie. Une exérèse chirurgicale complète a été réalisée. L'étude anatomopathologique montrait une prolifération tumorale bénigne faite de cellules de grande taille à cytoplasme granuleux avec des noyaux ronds et finement nucléolés, confirmant le diagnostic de tumeur à cellules granuleuses d'Abrikossoff. Aucune récidive n'a été notée après 5 mois.

DISCUSSION

Décrite pour la première fois en 1926 par Abrikossoff, les tumeurs à cellules granuleuses sont bénignes et uniques dans la grande majorité des cas. Les principales localisations sont la cavité orale, puis les tissus sous-cutanés de la tête et du cou et les seins. Elles se développent entre 20 et 60 ans et seraient plus fréquentes chez la femme . Le diagnostic est facilement retenu sur l'examen histologique qui montre un aspect caractéristique : prolifération de cellules de grande taille , avec un cytoplasme abondant granulaire et un noyau pycnotique, sans atypies ni mitoses.

Les aspects dermoscopiques de la tumeur d'Abrikossoff n'ont été que très rarement décrits dans la littérature. Cependant, la présence d'une lésion nodulaire avec un centre jaunâtre associé à un réseau périphérique et des cercles pâles, doit suggérer le diagnostic de tumeur à cellules granuleuses et faire pratiquer une biopsie-exérèse pour confirmation anatomopathologique.
Le traitement de la tumeur à cellules granuleuses est exclusivement chirurgical.

CONCLUSION

La tumeur d'Abrikossoff est une tumeur bénigne rare, d'origine schwannienne, dont la localisation cutanée semble rare. Son diagnostic de certitude est histologique, mais la dermoscopie peut orienter, d'où l'intérêt de notre observation.

71. Une tumeur ulcérée du cuir chevelu

HAMICH Soumaya [1], KARRAKCHOU Basma [1], SEKTAOUI Soukaina [1], MEZIANE Mariame [1], SENOUCI Karima [1]
[1]Département de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc

Introduction :
Le neavus ou hamartome sébacé de Jadassohn est une malformation congénitale atteignant principalement la face et le cuir chevelu. Il apparaît généralement à la naissance et subit une phase de croissance pendant la puberté. A l'âge adulte, des tumeurs peuvent se développer. Les plus fréquentes sont le synringocystadénome papillifère (SCP) et le trichoblastome.

Observation : Une enfant de 12 ans sans antécédent notable s'est présentée pour une plaque congénitale du cuir chevelu au niveau du vertex. Elle a rapporté l'installation d'un nodule suintant sur cette plaque depuis 1 an, augmentant progressivement de taille. À l'examen clinique on retrouvait une tumeur ulcérée et saignant au contact, à base large et mesurant 1,5 cm x 0,5 cm surmontant une plaque alopécique papuleuse jaunâtre et orangée (figure 1). La dermoscopie de la plaque orangée a révélé des globules jaunâtres regroupés en amas sur un fond jaune sans vascularisation visible (figure 2). Sur la tumeur ulcérée nous avons noté un patron vasculaire avec des vaisseaux polymorphes et en fer à cheval (figure 3a-b).
Nous avons procédé à une biopsie exérèse des lésions. L'examen histologique de la tumeur a montré de multiples invaginations dermiques communiquant avec la surface. Elles étaient bordées d'une double assise de cellules : une couche luminale faite de cellules cylindriques à sécrétion apocrine, et une couche basale faite de cellules cubiques (figure 4). L'aspect était compatible avec un syringocystadénome papillifère. L'histologie de la plaque alopécique a objectivé des glandes sébacées hyperplasiques, proliférantes et ascensionnées sans connexion aux follicules pileux en faveur d'un hamartome sébacé de Jadassohn (figure 5).

Discussion :
Le SCP est une tumeur bénigne rare des glandes sudoripares apocrines et plus rarement eccrines. Il se localise le plus souvent sur le cuir chevelu et la région céphalique. La clinique du SCP est polymorphe, trois aspects principaux ont été décrits, en forme de plaque, de nodule solitaire ou de type linéaire. La dermoscopie peut mettre en évidence un patron vasculaire symétrique et polymorphe sur un fond rosé, constitué de vaisseaux irréguliers, linéaires et glomérulaires, certains entourés d'un halo blanchâtre et d'autres groupés en fer à cheval (7,9). Une dépression centrale et une ulcération peuvent également être objectivées (9). D'autres aspects peuvent être retrouvés : structures papillaires ou lobulaires exophytiques séparées de septa blancs, cercles blancs-rosés, croûtes jaunâtres centrales, vaisseaux arborescents périphériques et nids ovoïdes violets. Sur le plan histologique, le syringocystadénome papillifère est composé d'espaces kystiques invaginants ouverts à la

surface de l'épiderme et bordés d'un épithélium squameux dans la partie supérieure et d'un épithélium des glandes sudoripares dans la partie inférieure.
Dans notre observation, nous rapportons la corrélation histologique de l'aspect dermoscopique de la vascularisation du syringocystadénome papillifère. En effet, nous avons retrouvé de multiples vaisseaux disposés en demi-cercle au niveau de la tumeur, correspondant aux vaisseaux en fer à cheval visibles en dermoscopie.

72. Un carcinome basocellulaire de siège inhabituel

A.Kerouach, F.Hali, S.Benayad, S.Chiheb

Service de Dermatologie, Service d'anatomie pathologique
CHU Ibn Rochd , Casablanca ,Maroc

Introduction :

Le carcinome basocellulaire constitue le cancer cutané le plus fréquent, de bon pronostic vu son faible pouvoir métastatique, ayant comme principal facteur de risque l'exposition aux UV expliquant son siège fréquent aux zones photoexposées. Nous exposons à travers notre observation un cas exceptionnel d'un carcinome basocellulaire siégeant en zone photoprotégée **Observation :**

Il s'agit d'une patiente de 54 ans , sans antécédents pathologiques notables ,venant consulter pour un nodule indolore de la face interne de la cuisse droite évoluant depuis 15 ans , gênant la marche.

L'examen dermatologique avait objectivé un nodule pigmenté mou à la palpation mesurant 4 cm de grand axe, non ulcéré et non saignant, à base etroite faisant évoquer un molluscum pendulum, le reste de l'examen somatique n'avait pas objectivé d'anomalies notamment pas d'adénpathies palpables. . L'examen histologique de la biopsie exérèse montrait une prolifération carcinomateuse invasive basocellulaire, les cellules tumorales sont basaloides siegent d'atypies cytonucléaires et de mitoses en faveur d'un carcinome basocellaire infiltrant pigmenté , les limites son saines .

Discussion :

Le carcinome basocellulaire est rarement localisé dans les zones photoprotégées, le siège au niveau de la face interne de la cuisse n'a jamais été rapportée, Si l'exposition solaire constitue le principal facteur étiologique dans la survenue de ces carcinomes, en entraînant des mutations ponctuelles du gène p53, d'autres mécanismes encore indéterminés joueraient également un rôle important dans la survenue de carcinome basocellulaire au niveau des zones photo protégées. Chez cette patiente, aucun facteur étiologique environnemental ou génétique n'était retrouvé. La localisation possible des carcinomes basocellulaires en zone photo protégée justifie un examen cutanéo-muqueux complet

73. Un Carcinome basocellulaire sclérodermiforme :métatypique a l'histologie

A.Saddik[1], F.Z El Fatoiki[1], F.Marnissi[2] , F.Slimani[3],F.Hali[1], S.Chiheb[1]
[1]Service de dermatologie vénérologie
[2] Service d'anatomie pathologique

[3]Service de chirurgie buccale et maxillo-faciale, CHU
Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

1. Introduction :

Le carcinome baso-cellulaire sclérodermiforme ou morphéiforme est une forme rare de carcinome basocellulaire. Cette entité est particulière par son architecture infiltrante et par son évolution potentiellement agressive. Alors que la forme métatypique du carcinome basocellulaire reste aussi rare, il touche essentiellement la région cervico-faciale chez un sujet de sexe masculin.

2. Présentation du cas :

Un homme de 80 ans, phototype 2, avec notion d'exposition solaire importante, consultait pour un nodule sous cutané, prurigineux, saignant au contact qui augmente progressivement de volume depuis 10 ans. L'examen clinique retrouvait un placard érythémateux scléreux de 7 cm de grand axe à bordures perlées avec au centre quelques ulcérations surmontées de croutes reposant sur une peau atrophique au niveau jugale gauche avec extension vers la commissure labiale et la lèvre inferieure. Les aires ganglionnaires étaient libres. La dermoscopie montrait des ulcérations et des télangiectasies. Le diagnostic retenu était un Carcinome basocellulaire sclérodermiforme. La Biopsie cutanée était en faveur d'un carcinome basocellulaire métatypique. Le malade a été adressé au service de maxillo-facial pour exérèse de la tumeur. Actuellement il est candidat à un traitement adjuvant par une radiothérapie puisque les marges ne sont pas suffisantes, avant de greffer la perte de substance.

3.discussion :

Nous représentons une observation d'une forme rare des carcinomes basocellulaires. Les carcinomes basocellulaires sclérodermiformes et métatypiques sont des formes rares de carcinome baso-cellulaire, ils sont caractérisés par une évolution potentiellement agressive justifiant un traitement chirurgical radical pour éviter les récidives. Ils se localisent habituellement au niveau de la région centro-facial. Un diagnostic précoce permet d'éviter une chirugie défigurante. Une large marge de sécurité lors de l'exérèse de la tumeur métatypique est indispensable. Un traitement adjuvant par radiothérapie est devenu incontournable vu le haut risque de récidive. Le carcinome basocellulaire métatypique est une tumeur agressive avec risque de récidive locale et un potentiel de propagation métastatique à distance. Ce comportement diffère considérablement du carcinome basocellulaire. Une résection complète avec des marges chirurgicales saines est essentielle. Un suivi à long terme pour la détection de la récidive locale et à distance est recommandé.

74. Un cas d'angiosarcome mammaire radio-induit.

R.Ajaaouani, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,M.Farida,M. Benider**, F.Hali, S.Chiheb Service de dermatologie vénérologie*
**Service d'anathomopathologie*
***Centre Mohamed VI d'oncologie*
CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :

L'angiosarcome mammaire est une tumeur conjonctive rare d'origine endothéliale vasculaire. Primitive chez les patientes jeunes et radio-induit chez les plus âgées. Nous rapportons un cas d'angiosarcome mammaire chez une patiente ayant un antécédent de cancer du sein traité par chirurgie conservatrice et radiothérapie adjuvante. **Observation :**

Une patiente âgée de 67 ans, suivis depuis 2015 pour un carcinome canalaire infiltrant du sein gauche, avec un bilan d'extension négative, pour lequel a bénéficié d'une tumorectomie avec curage ganglionnaire axillaire, puis 6 séances de chimiothérapie avec une radiothérapie externe 50 Gy sur la glande mammaire, chaine

mammaire interne et sur la région sus Clavière droite avec surimpression de 15 Gy au niveau du lit tumoral. Une hormonothérapie anti-oestrogénique a été prescrite, du fait de la positivité des récepteurs hormonaux, pour une durée de 5 ans. La patiente a été suivie régulièrement. Actuellement elle présente des lésions cutanées apparues au niveau du quadrant inféro-externe du sein gauche évoluant depuis 3 mois avant, qui se sont étendus au niveau du mamelon et le quadrant inféro-interne. Non prurigineuse et indolore. L'examen clinique note une asymétrie mammaire, des lésions maculo-papuleuses violacées, angiomateuses et infiltrés. Confluente en plaque et reposant sur une peau induré avec un aspect de peau d'orange, occupant tout le quadrant inférieur du sein gauche, on note également une cicatrice chirurgicale mesurant 5cm au niveau du quadrant inféro-externe. Pas d'adénopathies palpables. Une écho-mammographie avec une micro biopsie échoguidée réalisée afin d'éliminer une récidive locale du carcinome est sans particularité. Une biopsie cutanée faite, l'examen histologique a trouvé un épiderme aminci, un derme modérément fibreux occupé par une prolifération tumorale de nature vasculaire multifocale et multi nodulaire avec des cellules de grande taille à cytoplasme eoisinophilique et noyau vésiculeux. Une mastectomie a été réalisée après concertation multidisciplinaire et l'examen anatomopathologie a confirmé un angiosarcome mammaire grade II d'exérèse complète.

Discussion :

Les ASM sont des tumeurs rares puisqu'elles représentent environ 0,04 % des tumeurs malignes du sein. On distingue deux types d'ASM : primitif et secondaire. L'ASM primitif affecte avec prédilection la patiente jeune et concerne habituellement le parenchyme mammaire, alors que la peau est le plus souvent épargnée.
L'ASM secondaire concerne essentiellement le tissu cutané et survient dans deux contextes étiopathogéniques distincts : l'existence d'un lymphœdème chronique après traitement chirurgical radical d'un cancer du sein (mammectomie et curage axillaire), décrit pour la première fois en 1948 par Stewart et Treves ; un antécédent de radiothérapie après traitement conservateur d'un cancer du sein, sans lymphœdème associé. Cahan et al. ont proposé quatre critères pour le diagnostic des sarcomes radio-induits : un antécédent de radiothérapie ; une latence clinique de plusieurs années (plus de cinq ans) ; la survenue du sarcome dans le champ irradié ; la confirmation histologique de la nature sarcomateuse de la lésion post-radique. Notre observation a répondu à ces critères diagnostiques. L'incidence de l'ASM après radiothérapie pour cancer du sein est estimée entre 0,05 et 0,2 %. La période de latence clinique, entre l'irradiation et la survenue de l'ASM, est en moyenne de 12 ans. L'ASM radio-induit se présente habituellement comme une lésion cutanée ou sous-cutanée, indolore, plane ou nodulaire, bleutée ou pourpre. Cette lésion non spécifique peut être confondue avec un angiome, un hématome ou une télangiectasie atypique. Le diagnostic est souvent retardé de huit à 12 mois du fait de l'absence de signes spécifiques. Le diagnostic de l'ASM repose essentiellement sur l'analyse histologique de biopsies réalisées au niveau d'une lésion suspecte. La mammographie et la cytologie sont le plus souvent en défaut dans ce cadre. La chirurgie représente le traitement de référence de l'ASM radio-induit. Une exérèse chirurgicale large est nécessaire et des marges saines de 2 à 3 cm confirmées par l'analyse anatomopathologique sont recommandées.

75. Un placard scléreux temporal révélant un lymphome B ganglionnaire

H.Ragragui Ouasmin[1]; A.Khouna[1]; H.Saddouk[1] ; N.Zizi[1,2]; S.Dikhaye[1,2]

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda
2Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

Le lymphome cutané B centrofolliculaire primitif est un lymphome de bas grade avec un excellent pronostic, qui peut montrer une évolution localement agressive et une transformation rare en lymphome diffus à grandes cellules B. Il représente environ 10 à 20 % de tous les lymphomes cutanés et se caractérise

cliniquement par une plaque érythémateuse à violacée, unique ou multiple dont les zones les plus fréquemment touchées sont la tête, le cou et le tronc [1-3].

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 67 ans, sans antécédents pathologiques notables, admise pour un placard érythémato-violacé atrophique temporal droit évoluant depuis 3 ans avant sa consultation.
L'examen clinique révélait la présence d'un placard érythémato- violacé induré, atrophique, bien limité, légèrement squameux, non douloureux, faisant 7/4cm de diamètre prenant la région temporale droite associé à un œdème de l'hémi face droite, avec à la dermoscopie ; une coloration érythémato-violine entourant les follicules pilo-sébacés, parsemées de fines squames blanchâtres. On notait également la présence de 2 tuméfactions sous cutanées pierreuses, non douloureuses avec une peau sclérotique en regard, faisant 10 cm de grand axe au niveau de la cuisse droite et 4 cm de grand axe au niveau de l'avant bras droit. Une biopsie cutanée au niveau de la région temporale et de la lésion nodulaire de la cuisse droite a été réalisée revenant en faveur d'un lymphome cutané B centrofolliculaire exprimant l'anticorps anti Bcl2, anti CD20, anti CD23 et l'anticorps anti Ki67. On notait une pancytopénie à la numération formule sanguine, complétée par une biopsie de la moelle osseuse qui était normale. Le TEP scan a objectivé un hypermétabolisme cutané et sous cutané associé à un hypermétabolisme ganglionnaire sus et sous diaphragmatique et fémoral gauche intramédullaire retenant ainsi le diagnostic d'un lymphome B ganglionnaire classé stade IV d'ANN Arbor avec des métastases cutanées. La patiente était transférée au service de médecine interne où elle a reçu 7 cures de chimiothérapie, protocole R-mini-CHOP (rituximab, cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone) et 4 cures de RITUXIMAB en maintenance avec une bonne évolution clinique et scannographique.

Discussion :

Les lymphomes cutanés secondaires sont rares et représentent une infiltration cutanée des lymphocytes malins, qui prolifèrent principalement dans la moelle osseuse et les ganglions lymphatiques. Pourtant, la peau est le deuxième site le plus fréquent des lymphomes extraganglionnaires à cellules B non hodgkiniennes, avec une incidence estimée à 0,3/100 000/an [4-5]. Une forte expression de BCL-2 et CD10 devrait alerter le clinicien de la possibilité d'une atteinte cutanée par une maladie ganglionnaire et une stadification adéquate est requise. Le pronostic des lymphomes cutanés à cellules B diffère entre les formes primaires et secondaires. Les formes primaires se propagent rarement de manière systémique et présentent une meilleure survie globale. Dans les formes secondaires, l'évolution clinique dépend du pronostic du lymphome primitif [2-3-5].

Conclusion : L'implication systémique de la maladie constitue une menace sérieuse d'où l'intérêt d'un examen clinique et paraclinique minutieux et un suivi régulier visant à éviter le risque de diagnostiquer à tort une forme systémique en tant que cutané primitif.

76. Une maladie de Kaposi pas comme les autres

OULAD ALI Sara [1], BELCADI Jihane [1], BENZEKRI Leila [1], ISMAILI Nadia [1], MEZIANE Mariame [1], SENOUCI Karima [1]
[1]Département de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc

Introduction :
La maladie de Kaposi est une affection proliférative et multifocale à double composante vasculaire et cellulaire fibroblastique, d'expression cutanéo-muqueuse et viscérale. C'est un processus tumoral multifocal, de nature hyperplasique sans caractère malin ni potentiel métastatique, induit probablement par le virus herpès simplex de type 8 (HHV8) .

Observation :
Un patient de 45 ans ayant comme antécédents une tuberculose pulmonaire traitée en 2020, s'est présenté pour des nodules angiomateux des membres inférieurs avec un état sclérodermiforme évoluant depuis 12 ans. À l'examen clinique on retrouvait des nodules violacés de consistance dure d'allure ecchymotique ne disparaissant pas à la vitropression reposant sur des plaques scléreuses sur les membres inférieurs, avec sclérodactylie du côté gauche : rétraction et flexion irréductible de la main gauche ainsi que des orteils gauches.
La dermoscopie des nodules a objectivé une couleur rose violacée, des squames en superficie, et un aspect multicolore en arc-en-ciel : un aspect classiquement décrit dans la maladie de Kaposi.
Nous avons procédé à une biopsie des nodules ainsi que des lésions scléreuses. L'examen histologique des nodules a montré des cellules fusiformes exprimant l'antigène CD34 avec un marquage HHV8 positif compatible avec une maladie de Kaposi, tandis que l'histologie des lésions scléreuses était en faveur d'une morphée.
Le patient était candidat à une polychimiothérapie ABV (doxorubicine, bléomycine et vincristine) vu l'atteinte cutanée étendue, et nous avons conclu à une origine probablement paranéoplasique de l'état sclérodermiforme.

Discussion :
La maladie de Kaposi est une maladie multifocale, son spectre évolutif va d'une forme locorégionale « indolente » à une forme disséminée et fulminante. Les lésions élémentaires cliniques sont la macule, la papule, le nodule, et la plaque violine, angiomateuse ou pigmentée, caractérisés histologiquement par une composante vasculaire avec des néocapillaires et des fentes vasculaires, et une composante cellulaire par prolifération de cellules fusiformes.
Classiquement on distingue quatre types épidémiologiques spécifiques de maladies de Kaposi : classique ou méditerranéenne, iatrogénique, endémique et épidémique associé au déficit immunitaire induit par le VIH.

Dans notre observation, nous rapportons une forme grave de la maladie de Kaposi chez un sujet jeune immunocompétent.

77. Le sarcome épithélioïde : un diagnostic histologique

Chahoub Hanane, Rimani Mouna, Marraha Farah, El Faker Ibtissam, Benyamna Younes, Rahmani Najlae,
Kabbou Soukayna, Rkiek Yasmine, Haddad meryem, Boukamza firdaouss, Snoussi Ilham, Gallouj Salim
Service de Dermatologie, CHU Tanger, Maroc
Centre d'anatomie pathologique HASAN, Rabat, Maroc

Le sarcome épithélioide est une tumeur maligne rare, elle constitue moins d'1% des sarcomes de l'adulte Elle atteint préférentiellement l'adulte jeune entre 10 et 35 ans avec une prédominance masculine. Le pronostic est habituellement défavorable et la chirurgie constitue le traitement de base.
Le sarcome épithélioide comporte 2 variantes : distale (la plus fréquente) et proximal (la plus aggressive) 1
Cliniquement, il se manifeste par un ou plusieurs nodules sous cutanés, de croissance lente, mesurant quelques mm à plusieurs cm et pouvant évoluer vers l'ulcération.
Le diagnostic différentiel se pose avec la fasciite nodulaire, le nodule rhumatoide et les granulomes inflammatoire ou annulaire. 2
L'histologie a une grande importance dans le diagnostic positif du sarcome epithelioide, caractérisée par une architecture particulière faite de plusieurs nodules altérées et nécrosés au centre réalisant un aspect festonné en carte de géographie ainsi qu'à l'immunohistochimie, la positivité de la vimentine, cytokératine et EMA (CD34) 3

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 50 ans sans antécédents particuliers qui présente depuis 3 ans un placard indurée et centrée par une ulcération sans tendance à la régression. Deux premières biopsies ont été réalisé, revenant en faveur d'une fasciite nodulaire.
Devant le caractère récidivant (figure 1), une 3ème biopsie a été réalisé affirmant le diagnostic d'un sarcome épithéliode.
A l'histologie, la prolifération tumorale était dermohypodermique sarcomateuse à cellules épithélioides et fusiformes avec infiltration des parties molles sous jacentes y compris le muscle. Les marqueurs immunohistochimiques étaient également en faveur. (figure 2)
Le bilan a été complété par un EMG révélant l'atteinte sentivo-motrice du nerf ulnaire ainsi qu'une IRM.
Après une concertation pluridisciplinaire le choix thérapeutique était une amputation.

78. Carcinome sébacé extra-oculaire de localisation jambière : à propos d'un cas

Y.BENYAMNA[1-2], F.BOUKAMZA[1-2],S.KABBOU[1-2] F.MARRAHA[1-2], H.CHAHOUB[1-2], I.ALFAKER[1-2], S.GALLOUJ[1-2]

Le carcinome sébacé extra-oculaire est une tumeur maligne de diagnostic souvent difficile de part son polymorphisme clinique et histologique. Les types agressifs de carcinomes sébacés extra-oculaires sont rapportés avec des métastases ganglionnaires et viscérales associées à un mauvais pronostic.
Nous rapportons ici un cas de carcinome sébacé extra-oculaire cutané atypique par sa localisation (localisé au niveau de la jambe), et par son aspect clinique chez une patiente de 87 ans, prouvé par immunohistochimie, sans adénopathies regionales et sans métastases à distance.

Observation :

Patiente âgée de 87 ans, de phototype clair (III) ayant comme antécédents deux opérations pour deux tumeurs cutanées non documentées, qui consultait pour une tumeur cutanée rouge évoluant progressivement pendant 13 mois au niveau de la face interne de la jambe droite avec conservation de l'état général. L'examen clinique a révélé un nodule arrondi de 2cm/2cm, mamelonnée à surface érosive, de couleur rouge, sessile, ferme, douloureux, ne saignant pas au contact. Par ailleurs le reste de l'examen somatique ne révèle pas d'adénopathies palpables.
La dermoscopie a révélé un pattron vasculaire polymorphe, constitué de vaisseaux en points, en globules, linéaires, et irréguliers, en conjonction avec des aires jaunâtres à la périphérie d'une zone d'ulcération.
La tumeur a été excisé chirurgicalement avec des marges d'éxérèse de 1cm.
L'examen histologique a montré une prolifération tumorale carcinomateuse, d'aspect nodulaire, connecté à l'épiderme, d'origine annexielle avec à l'immnohistochimie un marquage positif aux anticorps Anti EMA et Anti BerEP4 en faveur du diagnostic de carcinome sébacé. Le bilan d'extension n'a pas révélé d'extension à distance.

Discussion :
Le carcinome sébacé est un néoplasme malin rare, qui survient souvent chez les adultes avec une légère prédominance masculine. Le carcinome sébacé extra-oculaire, qui constitue 25 % des carcinomes sébacés, a été signalé plus fréquemment dans les régions de la tête et du cou, suivies du tronc, des glandes salivaires, des organes génitaux, du sein, du canal auditif et de la cavité intra-orale. La localisation au niveau de la jambe, rapporté dans notre cas, reste exceptionnelle.

---

[1] *Service de dermatologie, CHU Tanger Tetouan Alhoceima*

[2] *Faculté de médecine et de pharmacie Tanger, Université Abdelmalek Essaadi*

Introduction :

La présentation clinique la plus fréquente est un nodule sous-cutané indolore mais un très grand polymorphisme clinique est noté. Chez notre patiente, il s'est présenté comme un nodule rouge mamelonné sessile à surface érosive, douloureux et mobile par rapport au plans profonds.

Dermoscopiquement, deux signes sont rapportés dans la littérature: des vaisseaux polymorphes (témoignant de la malignité) et des zones jaunâtres (indicateur de l'origine sébacé).

Le carcinome sébacé peut être classé histologiquement comme bien, moyennement ou faiblement différencié.

Les cellules du carcinome sébacé expriment des marqueurs immunohistochimiques tels que la cytokératine et l'antigène de la membrane épithéliale (EMA).

Compte tenu des résultats de l'étude des marqueurs morphologiques, histopathologiques et immunohistochimiques, nous étions en faveur d'un diagnostic de carcinome sébacé.

Ce cancer pourrait être de prognostic sévère. Les métastases à distance et les taux de récidive sont plus fréquents dans le type oculaire par rapport au carcinome sébacé extraoculaire, comme dans notre cas.
Les taux de mortalité, indépendamment du type oculaire ou extraoculaire, varient de 9% à 50%.
L'excision large et l'utilisation sélective de la radiothérapie constituent le traitement idéal de choix.

Conclusion :

Le carcinome sébacé extraoculaire est une tumeur maligne très rare et aggressive dont le diagnostic est difficile, aidé par un faisceau d'arguments morphologiques et immunohistochimiques. Son évolution est imprévisible, mais une dissémination métastatique est plus fréquente pour la localisation orbitaire.

PATHOLOGIE INFLAMMATOIRE

1. Acné chez les sportifs :

S.Bouabdella 1 ; K.Sof 1; S. Aouali1; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2.
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction :
Bien que le sport en lui-même ne provoque pas d'acné, les habitudes de soins de la peau maintenues pendant les séances d'entraînement peuvent avoir un impact significatif sur la peau. Le but de cette étude est de déceler les facteurs déclenchants et aggravants l'acné ainsi que les particularités de l'acné chez les sportifs.

Matériel et méthodes :
Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée en Aout 2021, portant sur les personnes pratiquant le sport de la ville d'Oujda. Nous avons utilisé un questionnaire rédigé en français et comportant 33 questions conçu par la plateforme Google forms qui a été distribué à travers les réseaux sociaux sur différents groupes. Aussi, une version en papier a été déposée dans les salles de sport les plus populaires de la ville.

Résultats :
Notre échantillon était composé de 231 sportifs avec 80% d'amateurs, 12% de professionnels et 8% de semiprofessionnels. L'âge moyen était de 28,7 ans (21-38) avec un sexe ratio H /F de 0.66. Le poids moyen était de 69.33 kg et la taille de 171,66cm. Quatre-vingt-deux patients avaient une corpulence normale, 75

avaient un surpoids, 45 une obésité et 29 étaient en sous-poids. Soixante-sept pour cent de notre échantillon pratiquaient le sport depuis plus d'un an et plus de la moitié à la fréquence de trois fois par semaine. Trente pour cent de notre échantillon appliquent des huiles pour le corps et le quart de nos répondeurs prenait des protéines ou des anabolisants dont 30% ont remarqué une aggravation de l'acné après la prise de ces compléments. Quatre-vingt-quatre pour cent des sportifs ont, ou ont déjà eu de l'acné, qui a commencé après l'âge de 20ans chez 37.5% de l'échantillon. Les lésions d'acné prédominaient au niveau du visage chez 77,8%, suivi par le dos (55,6%) et le décolleté (22,2%). Quatre-vingt-dix pour cent des sportifs ayant eu l'acné l'ont traité ; 50% par des traitements locaux seuls, 12,5% par des traitements oraux et 37.5% par les deux. Plus des deux tiers des répondeurs ne nettoient pas leur visage avant la séance de sport et 23% portent des vêtements de sport adaptés. Cinquante-six pour cent des répondeurs utilisent une serviette pour essuyer la sueur et 92% ne nettoient jamais le matériel et outils communs avant et après chaque utilisation. Soixantequatre pour cent des patients attendent 1 à 2h pour prendre leur douche et 57% utilisent les douches communes.

Discussion :

La chaleur, l'occlusion et de la friction répétée favorisent l'apparition des lésions d'acné chez les sportifs. Les lésions sont souvent observées sous les équipements de protection tel les casques et les chaussures des joueurs de football, et les mentonnières des cavaliers et des boxeurs [1]. Plus de 90% de nos répondeurs ne nettoient jamais ces équipements. La prévention et le traitement peuvent s'avérer difficiles, car ce type d'acné, dite mécanique, ne semble pas répondre aussi bien aux traitements que les autres. Pendant la séance de sport, il faut essuyer sa sueur avec une serviette propre en évitant de frotter mais plutôt en tapotant sur la peau. Des maillots de corps en coton doivent être portés pour minimiser le contact direct de la peau avec l'équipement occlusif. Aussi, il est préférable de prendre sa douche immédiatement après la séance de sport et d'utiliser un savon doux et sans huile. Les lavages au peroxyde de benzoyle ou à base de soufre peuvent être bénéfiques et les kératolytiques peuvent être utiles pour prévenir l'occlusion folliculaire. Les antibiotiques systémiques peuvent être envisagés si l'acné est étendue [1].
La supplémentation en protéines chez les sportifs est un problème croissant ; ces compléments, pris par le quart de nos interrogés, peuvent provoquer des effets indésirables, en particulier sur la fonction rénale et hépatique, mais aussi sur la peau. Ils sont associés à la présence d'acné, à l'aggravation des lésions d'acné et à la modification du microbiote [2]. Aussi, les huiles pour le corps appliqués par les sportifs, notamment chez 30% de notre échantillon, peuvent être comédogènes et donc inductrices de lésions d'acné. Enfin, la peau doit être propre et exempte de tout maquillage avant de commencer sa séance de sport, or, plus des deux tiers des répondeurs ne nettoient pas leur visage avant l'entrainement.

Conclusion :

Le sport peut provoquer une transpiration excessive, ainsi qu'une accumulation de sébum, de et de bactéries sur la peau, ce qui peut conduire à l'acné. Cependant, nous n'avons pas besoin d'arrêter de pratiquer du sport pour lutter contre l'acné. La clé est de maintenir une bonne hygiène avant, pendant et après les entraînements.

2. ACNÉ ET FACTEURS EXTERNES :

Expérience du service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès : A propos de 250 cas.

S. El Ammari[1],S. Benmaamar[2], I. Kacimi alaoui[1], K. Mejjati[1], Z. Douhi[1], S. Elloudi[1], H. Baybay[1], F-Z. Mernissi[1], S. El fakir [2]
1: Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès
2: Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique et de médecine communautaire

Introduction :

L'acné est une maladie inflammatoire du follicule pilo-sébacé qui survient fréquemment chez l'adolescent et l'adulte jeune. La gravité et la réponse au traitement peuvent être affectées par différents facteurs externes ou environnementaux appelés «exposome».
L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les facteurs d'exposition les plus impliqués dans la survenue et l'aggravation de l'acné et d'établir une relation acné-exposome.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique sur une période de 21 mois s'étendant de novembre 2019 à juillet 2021. Les données des patients suivis en consultation spécialisée acné, ont étaient recueillies à l'aide d'une fiche d'exploitation informatisée.
Nous avons évalué les données épidémiologiques, la forme clinique de l'acné en séparant deux groupes de sévérité selon l'échelle d'évaluation globale de l'acné (GEA): acné légère à modérée (stade 1-2-3) et sévère (stade 4-5). Nous avons recherché la présence ou non de facteurs externes pouvant influencer la poussée de la maladie à savoir les antécédents familiaux, l'indice de masse corporelle, la prise médicamenteuse, les habitudes alimentaires, toxiques et comportementales ainsi que les facteurs environnementaux et psychosociaux. Enfin, nous avons recherché une corrélation entre ces facteurs et la sévérité de la maladie.

Résultats : Durant cette période, l'étude avait porté sur 250 patients, dont 81.2% des femmes et 18.8% d'hommes. L'âge moyen était de 24 ans avec des extrêmes allant de 13 à 45 ans. Sur le plan clinique 52.4 % de nos patients avaient une acné légère à modérée et 47.6% avaient une acné sévère. Concernant les facteurs influençant la sévérité de l'acné, les antécédents familiaux d'acné étaient retrouvés chez 56% de nos malades (maternel 32.8%, paternel 27.6% et 46.8% dans la fratrie). Pour les antécédents toxiques, 6.4% de nos patients étaient tabagiques, 3.6% consommaient du cannabis et 1.2% étaient alcooliques. L'indice de masse corporel (IMC) moyen était de 23.8 kg/m^2 avec des extrêmes allant de 15.73 à 38.30 kg/m^2. Sur le plan nutritionnel 43.2% de nos patients rapportaient une aggravation de leur acné par la consommation quotidienne de lait (24.4% consommaient du lait entier, 14.4% du lait écrémé et 4.4% du lait non pasteurisé) avec une moyenne de 2 verres de lait par jour, 66% avaient noté une poussée après la consommation d'aliments riches en gras et 63.2% l'ont constaté après la consommation d'aliments à index glycémique élevé. 4.4% des patients prenaient des protéines de lactosérum (Whey proteins). La prise la de médicaments inducteurs d'acné a été retrouvée chez 14.8% des malades. Une exacerbation a été constatée chez 37.4% des patients suite à l'application des traitements traditionnels ou de produits cosmétiques non pharmaceutiques versus 11.3% suite à l'utilisation de produits cosmétiques pharmaceutiques. 53.2% de nos patients ont rapporté une poussée après exposition solaire, alors que 24% rapportaient plutôt une amélioration. Enfin le stress était responsable d'une aggravation chez 76.8% de nos malades.
L'étude analytique avait montré que les antécédents familiaux, la consommation de produits laitiers, d'aliments riches en gras et à index glycémique élevé, de tabac, de cannabis, de protéines de lactosérum, ainsi que l'exposition au soleil, à un stress intense et l'utilisation de produits cosmétiques sont corrélés de manière significative avec la gravité de l'acné ($p<0.05$). Ce qui n'était pas le cas pour la prise de certains médicaments (contraceptifs oraux, antibacillaires, antiépileptiques, antidépresseurs), l'alcoolisme et la surcharge pondérale.

Discussion :
Le terme « exposome » correspond à l'ensemble des facteurs internes et externes auxquelles un individu est soumis et qui agit sur la barrière cutanée naturelle entrainant une augmentation de la production de sébum, une hyperkératinisation, une modification du microbiote, provoquant ainsi une aggravation de l'acné (1). L'hérédité a été évaluée dans une étude épidémiologique prospective, qui a montré que les antécédents familiaux d'acné sont associés à la gravité et à l'occurrence plus précoce de la maladie(2) ce qui concorde avec nos résultats. L'interaction entre l'alimentation et l'acné a été l'un des facteurs d'exposition le plus publié récemment. les principales classes d'aliments considérées comme déclenchant l'acné sont les produits laitiers, les aliments à index glycemiques élevés et les aliments riches en gras (1). De plus une étude a montré que la consommation de whey prteins peut déclencher ou aggraver l'acné (3), ceci rejoint les résultats de notre étude. Concernant les habitudes toxiques, les auteurs ont retrouvé une association entre l'acné et la consommation régulière de cannabis et d'alcool, contrairement au lien entre tabac et acné qui n'est toujours pas bien élucidé

(1). Dans notre étude, une différence significative entre la consommation du tabac, cannabis et l' aggravation de l'acné a été retrouvée, par contre, la taille de l'échantillon de patients alcooliques était insuffisante pour en tirer des conclusions. L'utilisation de produits cosmétiques inappropriés incluant des ingrédients comédogènes des huiles essentielles ou des fonds de teint trop gras ou huileux, du maquillage en poudre peut provoquer des poussées d'acné (1). La corrélation entre l'application de ces produits et l'aggravation de l'acné chez nous était significative ce qui rejoint les données de la littérature. Quant à l'exposition solaire les ultras violets représentent les principaux facteurs environnementaux affectant la peau en provoquant une hyperplasie sébacée, un épaississement de la couche cornée, une augmentation de la sécrétion de sébum ainsi une aggravation de l'acné (1) ce qui soutient les résultats de notre étude. Il existe des preuves que les facteurs psychosociaux y compris le stress contribuent à la sévérité de l'acné (4) ce qui corrobore les résultats de notre étude. Ainsi que L'utilisation de certains médicaments, tels que les contraceptifs oraux (première et deuxième générations, progestatifs) peuvent exacerber l'acné, or L'acétate de cyprotérone a été signalé comme un traitement efficace anti acnéique (1), dans notre échantillon, il a été utilisé dans le cadre du syndrome des ovaires polykystiques et de perturbation du bilan hormonal. Les autres traitements (corticoïdes, lithium, vitamine B12…) étaient responsables d'éruptions acnéiformes (1). Contrairement à la littérature, les données de notre étude n'ont pas montré de corrélation significative entre la prise de ces médicaments et l'aggravation de l'acné. De même pour l'IMC, sa relation avec l'acné n'est pas clair, plusieurs études récentes ont évalué cette relation et ont montré des résultats contradictoires . Notre étude rejoint celle d'Anaba (5) ou l'indice de masse corporelle n'est pas significativement élevé chez les patients souffrant d'acné sévère.

Conclusion :
Nos résultats montrent que les facteurs externes et internes influencent les poussées et la gravité de l'acné. Ainsi l'exposome est une entité à prendre en considération pour une meilleure prise en charge des patients acnéiques.

3.Acné et obsession de 'percer les boutons' : Un plaisir coupable !

S.Aouali (1) ; S.Bouabdella (1) ; S.Sefraoui (1); N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)

(1) Service de Dermatologie vénérologie et allergologie- CHU Mohammed VI d'Oujda
(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier

Introduction :

L'acné est une pathologie inflammatoire chronique fréquente du follicule pilo-sébacé. La manipulation des lésions d'acné peut entrainer leur surinfection, l'aggravation des poussées inflammatoires et la majoration du risque cicatriciel. Cependant, l'obsession de 'percer les boutons' est un trouble comportemental très répandu. Le but de ce travail est d'objectiver cette pratique de manipulation des lésions d'acné et d'évaluer son intensité et ses conséquences chez une population marocaine.

Matériels et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive réalisée en Juillet 2021, utilisant un questionnaire anonyme composé de 12 questions partagé sur les réseaux sociaux.

Résultats :

Quatre-vingts douze personnes ont répondu au questionnaire. Nous avons noté une nette prédominance féminine avec un sexe ratio Femme/Homme à 6,69. L'âge moyen est de 26,5 ans.

Quatre-vingts quatre pour cent des participants ont une acné dont 42% souffrent d'une acné mixte, 36,8% d'une acné rétentionnelle et 21,1% ont une forme inflammatoire de l'acné.
Les trois quarts des participants affirment avoir manipulé leurs lésions d'acné, dont le tiers admet l'avoir fait de façon quotidienne.
Soixante pour cents des participants ne nettoient pas leurs mains/visage avant la manipulation des lésions.
Les ¾ des participants éprouvent un sentiment de satisfaction après avoir percé leurs lésions, et plus que la moitié avouent avoir l'envie de manipuler les lésions des autres personnes.
Soixante dix pour cent des participants éprouvent avoir un sentiment de culpabilité après avoir retirer leurs comédons ou percer leurs lésions.
Dans les suites de la manipulation des lésions d'acné, le quart des participants notent une aggravation de leur maladie, et 63% pensent que les lésions manipulées ont une mauvaise cicatrisation par rapport aux lésions épargnées.
Uniquement 16 personnes interrogées suivaient un traitement contre l'acné, dont la majorité étaient sous traitement local seul (dominé par le peroxyde de benzoyle), et seuls 2 d'entre eux suivait un traitement oral (rétinoïdes).
La majorité des participant pensent que la manipulation des lésions complique la prise en charge de l'acné.
Enfin 73,8 % des interrogés ont déjà regardé des vidéos de manipulation des lésions, dont 76 % avouent avoir ressenti une satisfaction et un plaisir face à ce genre de vidéos.

Discussion : L'acné constitue un motif fréquent de consultation en dermatologie. L'arsenal thérapeutique dont on dispose actuellement permet d'obtenir des résultats satisfaisants, sous réserve d'une bonne observance thérapeutique et surtout d'une hygiène de vie irréprochable.
Cependant, certains comportements qui compliquent la prise en charge de l'acné sont de plus en plus répandus et mediatisés, notamment la manipulation des lésions qui n'est pas un acte aussi anodin qu'il paraît.
La manipulation répétitive des lésions d'acné entraine une exacerbation du processus inflammatoire qui prolonge l'évolution de la maladie[1]. Ce comportement induit également l'apparition d'hyperpigmentation et de cicatrices d'acné[2]. Ce fameux acte de manipulation des lésions d'acné suscite un sentiment de satisfaction chez beaucoup de gens. Les vidéos d'extraction de comédons ont un succès viral cumulant des millions de vues sur les réseaux sociaux, on commence même à procurer des jouets anti-stress dont le principe est de percer des boutons.
Une étude visant à analyser l'activité cérébrale chez des jeunes femmes qui éprouvaient un plaisir face aux vidéos de 'Pimple popping' avait conclu qu'il existe un schéma spécifique d'activité et de connectivité cérébrales associé au plaisir de regarder ce genre de vidéos. Ce schéma implique spécifiquement le NAc, l'insula et la région frontopolaire[3].
La majorité des participants de notre étude ressentent une satisfaction et un plaisir en manipulant leurs lésions d'acné, tout en étant conscients des méfaits de ce geste. Cette envie incontrôlable de percer ses lésions peut constituer un signe d'une anxiété, de dépression ou d'autres troubles de personnalité[4], d'où l'intérêt d'un bon interrogatoire et d'une prise en charge globale chez les patients qui présentent une acné récurrente.

Conclusion :

Notre étude reflète l'ampleur d'un phénomène qui recrute de plus en plus de disciples. La manipulation des lésions est très fréquente chez les patients acnéiques, et est encouragée par certains créateurs de contenu digital. Une bonne éducation et même une prise en charge psychologique sont nécessaires quand cette habitude complique le traitement de l'acné.

4.Acné et stress

H.Ragragui Ouasmin[1]; H.Saddouk[1] ; H.Daflaoui[1] ; N.Zizi[1,2]; S.Dikhaye[1,2]

1 Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :
L'acné constitue un motif fréquent de consultation dermatologique dont la sévérité et la réponse au traitement peuvent être influencées par divers facteurs externes ou internes. Le stress semble jouer un rôle primordial dans le déclenchement, l'aggravation et le maintien de certaines pathologies dermatologiques dont l'acné occupe une place majeure. **Matériels et méthodes :**
Un formulaire de 26 questions était créé sur Google Forms, contenant des renseignements sur l'évolution de l'acné et le rôle du stress dans le déclenchement et l'aggravation des lésions. Le formulaire était partagé à travers les réseaux sociaux.
Résultats :
Sur une période de 1 mois, 100 réponses ont été colligées. Quatre vingt pour cent des réponses émanaient des étudiants en médecine dont 73% avaient de l'acné. L'âge moyen était de 20 ans avec une prédominance féminine. Quarante patients étaient des étudiants en 4ème année avec notion d'échec scolaire chez une seule personne. La moyenne d'heure d'étude par semaine était de 26.42 heures dont les stages et les cours magistraux étaient le type d'étude prédominant. La consommation de tabac et du cannabis était notée chez 2 personnes sans notion d'éthylisme. L'alimentation était riche en sucres chez 54%, riche en lipides chez 30% et riche en produits laitiers chez 22%. L'âge moyen de début de l'acné était de 16 ans dont 53% avaient une forme légère et 71% avaient des cicatrices légères. La durée moyenne d'évolution de l'acné était de 3 ans. Soixante pourcents jugeaient que leur vie est stressante avec notion d'aggravation de l'acné après le début des études médicales chez 65%. Une comorbidité psychiatrique avec notion de prise médicamenteuse était notée chez 4 personnes. Un trouble de sommeil était noté chez 39% des cas. L'aggravation des lésions lors des périodes des examens et des épisodes stressants de la vie était notée chez 74%. Pour y remédier, 34% consultaient un spécialiste, 21% avaient recours à une automédication et 15% pratiquaient du sport.
Discussion : Peu d'études visant à décrire le lien entre la gestion du stress et l'acné ont été réalisées. Dans notre travail, plus des 2/3 des étudiants en médecine rapportent la notion d'aggravation des lésions d'acné lors des épisodes stressants de leur vie ce qui souligne l'importance de la mise en place d'un programme de formation des étudiants en médecine à la gestion du stress pour un meilleur control des lésions de l'acné.
Conclusion :
L'acné est une dermatose fréquente et affichante nécessitant une prise e charge adéquate avec control des facteurs aggravant et le stress semble jouer un rôle primordial.

5. Co-existence du psoriasis et lupus chez un seul malade : Quelle option thérapeutique ?

H.Tahiri, F.Hali , S. Chiheb
Service de dermatologie , chu ibn rochd , Casablanca

Introduction :
La coexistence du lupus érythémateux disséminé (LED) et du psoriasis est rarement observée dans la pratique clinique quotidienne. Le clinicien fait face à une double difficulté, de fournir un diagnostic correct, et mettre en place un traitement approprié car le traitement de l'un peu aggraver l'autre.
Nous rapportons l'observation d'un patient qui présente les 2 pathologies avec un lichen sur ajouté .
Observation :
Patient âgé de 23 ans, traité pour tuberculose ganglionnaire, suivi initialement pour un chevauchement lupus dermatomyosite mis sous corticothérapie et Hydroquinone, compliqué par l'apparition d'une érythrodermie psoriasique avec aspect histologique en faveur d'un psoriasis. la Corticothérapie a été interrompu et le patient a été mis sous traitement local, avec des poussées rémissions. L'évolution a été marquée par l'installation d'une perturbation du bilan hépatique avec des enzymes hépatiques à 7 fois la normale sans cause apparente, les sérologies hépatiques ont été négatives et une biopsie hépatique a été faite dans ce sens en faveur d'une stéatose hépatique médicamenteuse, contre indiquant le recours au méthotrexate et la ciclosporine, avec possibilité d'administrer l'azathioprine .
Le patient a été donc mis sous azathiprine à raison de 150 mg par jour avec une bonne évolution clinico biologique et normalisation du bilan hépatique.
Par ailleurs le patient a présenté au cours de son évolution des papules violacées prurigineuses au niveau des membres, avec à la biopsie un aspect de lichen. Le bilan de thyroïdite et de maladie cœliaque a été négatif, et le patient a été mis sous traitement local.
Discussion :
Les patients atteints de lupus érythémateux disséminé (LED) présentent un risque accru de développer d'autres maladies auto-immunes et inflammatoire tel que le psoriasis, d'autant plus que ces 2 entités partagent des caractéristiques physiopathologies communes à savoir l'implication de l'Il 12 et 17. Néanmoins La coexistence du psoriasis et du LED est considérée comme rare et jusqu'à présent seules quelques séries de cas ont été publiées . Bien que de nombreuses similitudes entre le LED et le psoriasis ont été décrites des différences fondamentales existent en ce qui concerne l'approche thérapeutique.
Dans ce contexte, la photothérapie au cours du psoriasis a été liée au développement du LED dans des cas isolés. En outre, les agents anti tumor necrosis factor (TNF)-α, de plus en plus utilisés dans le psoriasis sévère, ont été liés au développement de la maladie lupique, la corticothérapie orale et le plaquenil administré dans le lupus aggravent le psoriasis .
Dans notre cas le patient présente la particularité de stéatose médicamenteuse, limitant encore plus le choix thérapeutique .

6. Association pemphigoide bulleuse et goutte tophacée : à propos d'un cas.

Z.Mehsas, S.Sektaoui, L. Benzekri, N. Ismaili, M.Meziane, K. Senouci.Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina, université Mohammed V Souissi, faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse (PB) est une maladie auto-immune spécifique d'organe, qui peut être associée à de nombreuses pathologies. L'association pemphigoïde bulleuse et goutte a été rarement rapportée dans la littérature. Nous rapportons une présentation atypique d'une pemphigoide bulleuse associée à une goutte tophacée.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 75 ans, ayant comme antécédent une goutte chronique stade tophacée depuis 20ans mal suivi, qui a été hospitalisé pour la prise en charge d'une pemphigoïde bulleuse typique, confirmé à l'histologie et l'immunohistochimie. L'examen clinique objectivait des bulles tendues à contenu clair et hémorragique reposant sur une base érythémateuse urticarienne localisées au niveau des articulations périphériques déformées et des tophus .Le patient a été traité par corticoïdes oraux prednisone (0,5mg/kg/j) . L'évolution était favorable avec une cicatrisation complète des lésions au bout d'un mois .

Discussion :

La pemphigoïde bulleuse est la plus fréquente des dermatoses bulleuses auto-immunes de l'adulte. Elle atteint le plus souvent le sujet âgé en moyenne de 80 ans. Les affections neurologiques, l'état grabataire et certains médicaments sont des facteurs de risque. une étude contrôlée a montré que les maladies neurologiques dégénératives , la grabatisation, la dénutrition, la prise de neuroleptiques et d'antagonistes de l'aldostérone sont des facteurs de risque de PB avec un risque relatif estimé à 2 . Des observations isolées de cas induits par d'autres médicaments, après radiothérapie, photothérapie, ou après infections sont aussi rapportées. Les associations pathologiques regroupent d'autres maladies auto-immunes : polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux, vitiligo, psoriasis et sont souvent fortuites . Mais jusqu'au jour d'aujourd'hui aucune observation n'a rapporté l'association de pemphigoïde bulleuse à une goutte tophacée

7. Le piercing de l'oreille ne fait pas toujours embellir!

C.Marmech , F.Hali , S.Chiheb
Service de Dermatologie vénérologie CHU Ibn Rochd ; Casablanca ; Maroc

Introduction :

Le body-piercing consiste en la mise en place durable d'une ornementation (le piercing proprement dit) après effraction de la barrière cutanée par une aiguille. Plusieurs piercings aux oreilles sont devenu populaire, en particulier parmi les jeunes. Les motivations sont principalement esthétique mais il faut garder en tête que le risque de développer des chéloïdes affichante inesthétique n'est pas minime. Nous rapportons le cas d'une chéloïde récalcitrante, post piercing de l'hélix de l'oreille chez une jeune.

Observation :

Une jeune patiente de 20 ans a consulté pour deux lésions juxtaposées évoluant depuis 3 ans suite à un piercing siégeant de part et d'autre de l'hélix de l'oreille. L'examen clinique retrouve 2 nodules indurés en « sandwich" de 2 et 3 cm légèrement douloureuses à la palpation évoquant une cicatrice chéloïde post piercing du pavillon de l'oreille. Le traitement par plusieurs séances d'infiltrations de corticoïdes avec pressothérapie était inefficace. Nous avons opté pour l'exérèse de la lésion avec pressothérapie suivie d'une curiethérapie qui reste très couteuse. **Discussion :**

Les chéloïdes d'oreilles sont des tumeurs bénignes fibro-proliférives pouvant causer de sérieux problèmes esthétiques. Elles proviennent d'une production excessive de tissu fibreux provenant du derme. Des boursouflures, parfois très volumineuses, fermes, prurigineuses sans tendance à régresser spontanément, sont notées, entraînant un important préjudice esthétique. Leur couleur varie du rose chair au brun foncé. Le mécanisme étiopathogénique est mal connu mais divers facteurs, notamment le patrimoine génétique, le

phénotype des fibroblastes, la régulation du facteur de croissance et la composition de la matrice extracellulaire pourraient être impliqués dans la pathogenèse de la formation des chéloïdes. Les chéloïdes d'oreilles s'observent en particulier chez les sujets de race noire. La prise en charge est mal codifiée et doit être multidisciplinaire. Plusieurs méthodes thérapeutiques peuvent être utilisées: exérèse chirurgicale, corticothérapie, radiothérapie, pressothérapie, laser, interféron. Certaines chéloïdes d'oreilles sont récidivantes. **Conclusion :**
Le piercing n'est pas dénué de risque. Il est parfois responsable de complications à type de cicatrices chéloïdes qui posent de sérieux problèmes sur le plan esthétique.

8. L'épidermolyse bulleuse acquise: une entité à ne pas méconnaitre.

M.Alj, F.Chahboun, M.EL Jazouly, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc

Introduction

L'épidermolyse bulleuse acquise(EBA) représente une forme exceptionnelle des maladies bulleuses autoimmunes, avec une prévalence inférieure à 0.5/ millions d'habitants. Son diagnostic peut s'avérer difficile devant son tableau clinique polymorphe. Sa prise en charge thérapeutique demeure mal codifiée vue la rareté de cette entité.Nous rapportons le cas d'un patient présentant cette affection.

Observation

Il s'agit de Mr H.L âgé de 65 ans, suivi pour diabète type 2 sous antidiabétiques oraux, qui a présenté 4 mois avant son admission une éruption bulleuse étendue et douloureuse associée à une dysphagie. L'examen clinique retrouvait des lésions bulleuses tendues par endroit associées à des lésions érosives et crouteuses ainsi que des grains de milium touchant essentiellement les mains, les pieds, les genoux, les coudes, les plis axillaires, la nuque et le cuir chevelu. L'examen des muqueuses retrouvait des lésions érosives au niveau de la muqueuse buccale et génitale. L'examen des phanères montrait une anonychie du gros orteil gauche. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Le patient ne présentait par ailleurs aucune symptomatologie digestive. La biopsie cutanée avec immunofluorescence directe avaient révélé un aspect morphologique de dermatose bulleuse sous épidermique avec à L'IFD une immunofluorescence au niveau de la jonction dermo-épidermique. Un bilan biologique complet fait d'une numération formule sanguine, un bilan hépatique et rénal ainsi qu'une électrophorèse des protéines s'est révélé normal. Aucune exploration digestive n'a été réalisée vu l'absence de symptomatologie digestive orientant vers une maladie de crohn. Après un dosage de la G6PD qui était normal, un traitement par Disulone à raison de 100 mg par jours a été initié avec un résultat favorable.

Discussion

L'épidermolyse bulleuse acquiseest une dermatose bulleuse auto-immune secondaire à la production d'anticorps anti collagène 7 qui se fixent sur les fibrilles d'ancrage de la membrane basale de la peau et des muqueuses. La forme classique acrale chronique est la forme la plus commune. Cliniquement, cette affection se manifeste par la présence de bulles flasques et tendues reposant sur une peau saine, évoluant vers des érosions et siégeant électivement au niveau des zones de frottements (articulations, faces d'extension des membres, des pieds et des mains).Comme c'est le cas chez notre patient, l'atteinte muqueuse peut être sévère, et peut être retrouvée dans 50% des cas, avec notamment une atteinte buccale, œsophagienne, trachéale et même oculaire, à la différence de la pemphigoide bulleuse. L'atteinte phanérienne est caractéristique par sa sévérité, avec souvent l'installation rapide d'une onychodystrophie à

type d'anonychie ainsi qu'une alopécie cicatricielle. Cet argument ainsi que la présence de grains de miliums témoignent d'une évolution cicatricielle secondaire à un clivage profond de la membrane basale au sein de la lamina densa. Ces deux symptômes doivent attirer l'attention vers ce diagnostic. L'EBA est souvent associée à d'autres pathologies inflammatoire et auto-immune essentiellement la maladie de Crohn, retrouvée chez 25%-35% des patients. En cas de troubles digestifs ou malabsorption, une exploration endoscopique digestive est systématique. Le diagnostic est évoqué devant la présence de bulle sous épidermique à l'histologie associée à la présence de dépôts d'IgG le long de la MB. L'IFI montre rarement des anticorps anti-MB circulants. Seules l'immunofluorescence directe/indirecte sur peau clivée par le NaCl à 4° permet de poser le diagnostic en mettant en évidence la présence de dépôts fluorescents sur le versant dermique de la JDE. Le traitement de l'EBA demeure difficile. La corticothérapie ne semble pas être efficace dans les formes chroniques de l'EBA. De nombreux cas de rémission ont été obtenus grâce à la disulone à des doses allant de 100-120 mg/j. Le Rituximab semble être une option thérapeutique prometteuse.

Conclusion

L'EBA est une dermatose bulleuse exceptionnelle que le clinicien doit savoir évoquer devant une atteinte muqueuse et phanerienne sévère ainsi que la présence de grains de miliums chez un patient d'âge avancé.

9. Eruption papulo-pustuleuse facial : rosacée ou démodécie rosacéiforme.

R.Ajaaouani, F.Z El Fatoiki, H.Skali , , F.Hali, Maha Soussi-Abdellaou * S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie

*Service de parasitologie mycologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :

La rosacée et la démodécie sont des dermatoses courantes, mais leurs classifications et leurs critères diagnostiques sont encore controversées. Nous présentons ici pour son intérêt didactique, un cas typique de démodécie rosaceiforme permettant de discuter les manifestations cliniques de cette affection et de la distinguer de la rosacée.

Observation :

Patiente âgée de 40 ans suivi pour un carcinome du sein droit depuis un an, ayant bénéficié d'un patey avec une chimiothérapie et radiothérapie externe. Presentait une éruption papulo-pustuleuse d'apparition brutale au niveau du visage. La patiente ne rapporte aucune notion de photosensibilité, ni de bouffées vasomotrices. L'examen clinique montrait des lésions papulo-pustuleuses localisées au niveau des joues, menton et le front, surmontés de squames sans Télangiectasies ni d'érythème. Un prélèvement parasitologique des pustules et des squames par grattage de peau a été réalisé, l'examen direct montrait de nombreux *D. folliculorum*. Le diagnostic de démodécie rosaceiforme était retenu, la patiente a été traitée par du métronidazole topique et orale avec une bonne amélioration.

Discussion :

Le demodex est un acarien commensal de l'unité pilo-sébacée des mammifères, le rôle du demodex en pathologie humaine a longtemps été controversé à cause du saprophytisme. Cependant des recherches récentes ont prouvé que ces acariens étaient associés à plusieurs manifestations cliniques, notamment aux

blépharites chroniques et à diverses affections cutanées tels que le pityriasis folliculorum, démodécie rosacéiforme et démodécie rosacéiforme granulomateuse. L'immunodépression, qui est un facteur favorisant la démodécie aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, semble contribuer à la prolifération des demodex. En effet, une colonisation accrue est observée en cas de déficit des fonctions T-lymphocytaires. Notre patiente présente un terrain d'immunodépression. Le principal diagnostic différentiel de la démodécie rosacéiforme est la rosacée, qui est une maladie due à un désordre de la vascularisation cutanée. La distinction entre les deux affections est d'autant plus nécessaire que la présence de Demodex au cours de la rosacée a été notée dans certaines études. Au cours de la démodécie rosacéiforme, la peau n'est pas séborrhéique, les lésions sont superficielles, prurigineuses, d'évolution souvent brutale, siégeant sur toute la face en dépassant les zones habituelles de la rosacée, elles sont faites de petites papulo-pustules ou vésiculopustules avec des squames fines, le demodex s'y trouve en grande abondance. Dans la rosacée, en revanche, la peau est séborrhéique, les lésions sont inflammatoires et profondes, touchant surtout la région centrofaciale, et sont faites de papulo-pustules généralement sans squames. Les squames, si elles existent, sont plutôt floconneuses. Le demodex est généralement retrouvé en faible abondance dans la rosacée. Par ailleurs, il apparaît dans la rosacée des télangiectasies, des bouffées vasomotrices, une rougeur intense de la face avec possibilité d'œdème et de photosensibilité. L'absence de ces signes chez notre malade est en faveur du diagnostic de démodécie rosacéiforme.

10. Étude comparative d'une série hospitalière de pemphigus vulgaire et foliacé au Maroc

Line Mezni* 1, Farah Elhadadi1, Mariame Meziane 1, Nadia Ismaili1, Laila Benzekri 1, Karima Senouci1
1Service de Dermatologie vénérologie, Hôpital universitaire Ibn Sina .Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Mots-clés: étude comparative, pemphigus foliacé, pemphigus vulgaire **Introduction**:

Le pemphigus est un groupe de maladies bulleuses auto-immunes caractérisé par la présence d'autoanticorps dirigés contre les molécules d'adhésion kératinocytaires.Nous avons mené une étude comparative à partir d'une série hospitalière des données démographiques,cliniques,thérapeutiques et évolutives des pemphigus vulgaire(PV) et foliacé(PF).

Matériel et Méthodes :Il s'agit d'une étude rétrospective,monocentrique ayant colligé tous les cas de pemphigus hospitalisés entre 1990-2020 dans le service de dermatologie du centre hospitalo-universitaire Ibn Sina Rabat.

Résultats :302cas de pemphigus dont 40cas de PF et 125cas de PV(diagnostic retenu sur des critères cliniques, histologiques et immunologiques).Concernant le groupe PF; F/H(22/18),l'âge moyen était de 52ans,une durée moyenne d'évolution de 13mois,36cas avec PDAI sévère,16 avaient une immunofluorescence indirecte(IFI) entre 640-1280UI/ml.21cas en rémission complète obtenue sur une durée moyenne de 81jours.17 ont rechuté sur une durée moyenne de 74mois et un décès par sepsis. Concernant le PV; F/H(60/47),l'âge moyen était de 53ans,la durée moyenne d'évolution 13.4mois.PDAI sévère 102cas,IFI entre 640-1280UI/ml dans 76cas .45cas en rémission complète obtenue sur une durée moyenne de 95jours. 37cas de rechute après une durée moyenne de 47mois et 22 décès par sepsis.Tous les patients étaient sous corticothérapie orale(CTO)à la dose de1,5mg/kg/j. Dans le groupe PF, la CTO était associée à l'azathioprine13 cas, la dapsone 6cas,le méthotrexate 1cas et le rituximab 4cas.Pour le groupe PV augmentation des doses de CTO 2mg/kg/jr dans 95cas et association à l'azathioprine 36cas,cyclophosphamide 1cas,rituximab 3cas et dapsone1cas.

Discussion:Dans notre série, Il n'y a pas de différences statistiques des résultats démographiques,le PV semble plus fréquent que le PF.La durée d'évolution,la sévérité et durée de rémission sont comparables.Néanmoins, le PV a nécessité des doses plus importantes de CTO pour contrôler la maladie avec plus de cas de rechutes et de décès.Nos données sont comparables à la littérature, nous présentons la première étude comparative sur une période de suivi de 30ans .

11. Faciès léonin compliquant une dermatite atopique

S.Essaddouki, F Z.El fatoiki, H.Skalli, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie
Hôpital universitaire CHU Ibn rochd Casablanca

Introduction L'eczéma atopique est une affection cutanée inflammatoire chronique. Elle est caractérisée par une sécheresse de la peau et des plaques rouges très prurigineuses avec un retentissement majeur sur la qualité des vies des patients. La sévérité de la maladie dépend chez chaque individu allant de lésions eczématiformes chroniques à des formes compliquées. Nous présentons une complication atypique et rare de la dermatite atopique chez une femme âgée de 51 ans. **Observation** Il s'agit d'une femme âgée de 51 ans, suivie depuis l'enfance pour un asthme sous traitement de fond, elle présentait depuis 20 ans des lésions papuleuses prurigineuses au niveau des 2 mains et du visage conduisant à un faciès léonin évoluant sous dermocorticoïdes par poussées et rémissions. L'anamnèse ne retrouvait pas de cas similaire dans la famille. L'examen clinique retrouvait des lésions papuleuses érythémateuses du visage donnant un aspect léonin, un placard érythémato-violacée diffus œdémateux, suintant, et infiltré du visage et du cou, associé à des lésions végétantes à surface érosive des 2 mains et un placard érythématoviolacé lichénifié au niveau du dos des mains, des avant bras et des 2 jambes. Les examens biologiques étaient sans particularités.L'histologie avait montré une dermite psoriasiforme excoriée et spongiontique en faveur d'un eczéma chronique lichénifié. Les tests de patchs n'ont révélé aucune sensibilité de contact. Le diagnostic d'un eczéma atopique a été évoqué. La prise en charge thérapeutique consistait sur la photothérapie et un traitement médical à base des dermocorticoides et l'azathioprine. La patiente refusait de suivre le traitement.

Discussion

Notre observation illustre une complication rare de la dermatite atopique.
Le faciès léonin est une manifestation rare et survient au fur et à mesure de l'évolution des maladies inflammatoires chroniques sans traitement, comme dans ce cas-ci. Il correspond à la manifestation morphologique d'une infiltration dermique diffuse du visage. Cette apparence est due à la fusion de papules en plaques, ce qui entraîne des sillons et des fissures sur le visage. Il a été classiquement décrit pour la lèpre lépromateuse. En dehors de la lèpre, le faciès léonin a été rapporté associé à des lésions granulomateuses comme la sarcoïdose cutanée, la leishmaniose, le mycosis fongoïde plus rarement des dermatoses inflammatoires chroniques comme le cas de notre patiente.

12. Fasciite à éosinophiles ou syndrome de Schulman associée à une Morphée généralisée

Siham boularbah, Sara Elloudi ,S.Oujdi, Hanane Baybay , Z.Douhi , FZ. Mernissi. Service de dermatologie CHU Hassan II de Fès – Maroc.

Introduction

La fasciite à éosinophiles (fasciite de shulman) est une maladie rare. Elle se présente d'abord comme un œdème douloureux des membres, associé fréquemment à une éosinophilie, puis, apparaît une induration de la

peau qui affecte principalement les extrémités Elle s'associe à une Morphée généralisée dans 30%. Nous rapportons une observation associant une fasciite de Shulman à une Morphée généralisée.

Observation

Une patiente de 65 ans, sans antécédent, présentait depuis 6 mois un œdème isolé des deux chevilles survenu après un effort physique s'étendant ensuite vers les quatre membres et le tronc. L'évolution a été marquée par l'apparition 2 mois plus tard d'un durcissement progressif de la peau des membres, avec restriction de la mobilité articulaire, sans phénomène de Raynaud. L'examen dermatologique objectivait une sclérose cutanée diffuse sur le tégument plus accentué au niveau des membres supérieurs avec une sclerodactylie sans pulpite ni patron sclérodermiforme à la dermoscopie. L'examen osteoarticulaire a montré un flessum irréductible des genoux, des poignets et des mains. Le bilan biologique montrait une VS accélérée, une hyperleucocytose avec une hyperéosinophilie à 5000 éléments/mm3. Le bilan immunologique était négatif.

L'imagerie par résonnance magnétique des membres a trouvé un épaississement avec prise de contraste des fascias musculaires, sans signe d'atteinte musculaire ou osseuse. Une biopsie cutanée profonde a été faite revenant en faveur de fasciite à éosinophiles associée à une Morphée généralisée.

La patiente a été mise sous bolus de corticothérapie puis relais par une corticothérapie orale et méthotrexate ; avec régression complète de l'hyperéosinophilie et diminution de l'intensité de l'induration des avant-bras et des membres inférieurs.

Discussion

La fasciite a éosinophiles est une maladie du tissu conjonctif rare caractérisée à la phase initiale par un syndrome œdémateux symétrique induré et douloureux associé à une hyper éosinophilie, puis une sclérose progressive de la peau et des tissus sous cutanés. Elle s'associe rarement à une morphée généralisé. L'imagerie par résonnance magnétique des muscles et des fascias décrit une augmentation de l'intensité du signal du fascia à la phase aiguë chez 80 % des patients. La biopsie musculaire et du fascia montre l'épaississement du fascia avec des infiltrats inflammatoires composés de lymphocytes principalement T CD8+ et des éosinophiles. Elle peut être invalidante, mais répond en général bien à un traitement de stéroïdes seuls ou en association avec des immunosuppresseurs. **Conclusion**

Devant une sclérose généralisée précédée d'une hyperesoophilie sans étiologie connue ; le diagnostic d'association entre une fasciite du Shulman et morphée généralisée devrait être évoqué pour instaurer un traitement précoce.

13. Kératodermie plantaire érosive et ichtyose acquise : deux manifestations cutanées rares du lupus systémique .

S. BELGUENANI,O .HOCAR,S.AMAL
Service de dermatologie ,CHU MOHAMED VI Marrakech

Introduction :

Environ 85 % des patients atteints de lupus systémique développent des lésions cutanées. Les lésions dermatologiques à type de lupus érythémateux aigu sont révélatrices dans 50 à 60 % des cas de lupus systémique (1). D'autres formes d'atteintes cutanées moins spécifiques et beaucoup plus rares existent mais sont méconnues. C'est le cas de l'ichtyose acquise et de l'hyperkératose plantaire érosive dont nous rapportons deux observations.

Observation N 1 :

Un homme de 38 ans, d'origine marocaine , suivi en service d'hématologie pour un lupus érythémateux systémique avec atteinte hématologique et rénale associée à une atteinte cutanée de type subaiguë depuis 8 mois sous mycophénolate mofétil ,antipaludéens de synthèse et corticothérapie orale dégressée a 5 mg/kg ,l'avis de dermatologie a été sollicitée pour une hyperkératose plantaire et érosive très douloureuse . L'examen clinique notait (Fig. 1), une kératodermie fissuraire des plantes associée à des lésions érosives très douloureuses au niveau des zones d'appui (figure 1),le reste de l'examen de la peau glabre a mis en évidence des lésions psoriasiformes au niveau des genoux, coudes , lombes et tronc ,ainsi que des lésions érosives de la peau en regard des phalanges distales et intermédiaires des deux mains(figure 3) ,deux biopsies cutanées ont été réalisées ,une au niveau des mains révélant un lupus subaigu et l'autre au niveau des lésions psoriasiformes des genoux .Le bilan immunologique était positif avec des anticorps anti-nucléaires, antiDNA et anti-sm . Des soins locaux à base de lavage au sérum salé et pansement aux tulles gras a été entamé
.

Observation N 2 :

une femme de 36 ans ,d'origine marocaine , mariée et mère de deux enfants admise en néphrologie pour bilan d'une insuffisance rénale aigue , une ponction -biopsie rénale a été réalisée mettant en évidence une néphropathie lupique stade IV , le bilan immunologique était positif notamment les anticorps antinucléaires , les anti DNA natifs . Un traitement à base de prednisone et cyclophosphamide a été commencé ,notre avis a été demandé pour une ichtyose des deux membres inférieurs et du dos (figure 2),une chute des cheveux diffuse et des sourcils .la patiente avait présenté également des troubles comportementaux et une irritabilité motivant des consultations de psychiatrie et neurologie , la biopsie cutanée n'as pas pu être réalisée du fait du refus de la patiente .le traitement a permis la disparition progressive de l'ichtyose. **Discussion :**

Nos observations soulignent les difficultés diagnostiques et thérapeutiques des manifestations cutanées rares du lupus systémique .(2)

L'ichtyose associée au lupus systémique est prédominante sur les faces d'extension des membres ,préférentiellement inférieurs .D'un point de vue histologique, tout comme l'ichtyose héréditaire ,elle correspond à une hyperkératose du stratum corneum <en panier de basket> avec diminution non systématique de l'épaisseur de la couche granuleuse ,parfois à une para kératose ,une hyperkératose périfolliculaire . L'ichtyose acquise associée au lupus systémique est généralement résolutive sous traitement (3) . Devant une ichtyose acquise ,d'autres causes doivent être discutées :une étiologie néoplasique (maladie de
Hodgkin, cancers solides) ,une cause médicamenteuse (hypocholéstérolémiants,allopurinol ….),une carence (vitamine A, pellagre),les causes infectieuses ou dysthyroïdiennes ,ainsi que les affections dysimmuntaires ,les plus fréquemment associées sont la dermatomyosite, les connectivites mixtes et la sarcoïdose . La kératodermie palmo-plantaire est un épaississement anormal de la paume des mains et / ou plante des pieds .Trois modèles cliniques existent :la KPP diffuse ,La KPP focale et la KPP ponctuée ,la KPP a été associée a diverses maladies .
Cependant il existe peu de rapports de lésions de type KPP chez les patients atteints de LE .
La littérature relève moins de dix cas d'hyperkératose palmoplantaire satellite de poussées de lupus systémique .Dans l'article de Grossberg et al (4) , les lésions hyperkératosiques sont situées uniquement au niveau plantaire ,volontiers fissuraires ,ulcérées et hyperalgiques ,comme notre patient .cette atteinte est à la

fois difficile à traiter sur le plan thérapeutique et présente une morbidité considérable en raison des douleurs des pieds rendant les taches les plus banales très difficiles a réaliser .
La kératodermie palmoplantaie du lupus est souvent récurrente et parfois récalcitrante au traitement de fond ou local .la place des rétinoïdes locaux est alors discutée .
Ces deux symptômes cutanées restent très rares dans le cadre du lupus systémiques ,elles peuvent aussi être les seules manifestations dermatologiques de la maladie c'est pour cela qu'elles sont indispensable à connaitre de la part du clinicien qui peux parfois guider la démarche diagnostique et dépister la maladie a un stade précoce.
.

14. L'acné rétentionnelle : est-elle prise au sérieux ?

S.Aouali (1); S.Bouabdella (1) ;S.Dikhaye (1,2); N.Zizi (1,2)
(1) Service de Dermatologie vénérologie et allergologie- CHU Mohammed VI d'Oujda
(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier

Introduction :

L'acné est une maladie inflammatoire du follicule pilo-sébacé. Bien que l'acné rétentionnelle constitue la forme la moins affichante, son traitement est difficile et sa gravité potentielle est sous estimée. L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances et l'attitude d'une population marocaine quant à la forme rétentionnelle de l'acné.

Matériels et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive réalisée en Juillet 2021, utilisant un questionnaire anonyme composé de 11 questions partagé sur les réseaux sociaux.

Résultats :

Soixante treize personnes ont répondu au questionnaire. L'âge moyen est de 27 ans. Nous avons noté une nette prédominance féminine avec un sexe ratio Femme/Homme à 2,84. Presque les 3/4 des sujets ont des antécédents familiaux d'acné.

Quatre vingt quatre pour cent des participants affirment avoir des comédons ouverts ou fermés, dont les ¾ ne connaissent pas que ces derniers constituent une forme d'acné (rétentionnelle). Parmi les interrogés, 47,9% avaient déjà consulté pour des lésions d'acné rétentionnelle et la grande majorité (90,4%) avaient déjà tenté de les traiter. Le tiers des participants ont suivi un traitement prescrit par un dermatologue, 19,7% ont eu recours aux traitements recommandés sur les réseaux sociaux, 15,2% admettent être adeptes des astuces et recettes fait maison et 12,1% optent pour des soins de visage dans les salons de beauté. La manipulation des comédons a été notée chez 82,9% des participants.

Les ¾ des interrogés pensent que l'acné rétentionnelle peut être gérée par des soins cosmétiques et astuces fait maison. Enfin, presque la moitié des internautes pensent que les comédons peuvent se transformer en lésions inflammatoires s'ils sont non ou mal traités.

Discussion :

L'acné constitue le motif le plus fréquent de consultation en dermatologie qui affecte 85% des adolescents et des adultes jeunes (1), la forme rétentionnelle prédomine chez les pré-adolescents, avec une évolution souvent prolongée. Les microkystes correspondent à l'accumulation du sébum et de la kératine mélangés dans le canal folliculaire dilaté par l'obstruction de son orifice. Ce sont de véritables « bombes à retardement » avec un grand risque d'évolution inflammatoire. De même les comédons ouverts peuvent s'expulser spontanément ou s'inflammer. L'acné rétentionnelle est connue comme étant une forme bénigne de la maladie, cependant elle représente la forme la plus difficile à traiter. Son traitement dépend du nombre de lésions, leur sévérité, l'existence de cicatrices ainsi que son retentissement psychique. Il existe un vaste choix de traitement, notamment les rétinoïdes topiques, le péroxyde de Benzoyle, la clindamycine topique la dapsone topique et la microchirurgie (2).

Notre étude montre que la forme rétentionnelle de l'acné est toujours méconnue, la sous-estimation de sa gravité complique sa prise en charge et expose à un risque d'aggravation.

Conclusion :

Malgré sa fréquence, la forme rétentionnelle de l'acné reste toujours méconnue dans notre population. Par conséquent, la sous-estimation de la maladie est source d'une mauvaise gestion et d'une possible aggravation clinique, d'où l'intérêt d'une sensibilisation et d'une bonne orientation des patients présentant des lésions rétentionnelles.

15. Le lichen plan *pigmentogène* inversé : à propos de deux cas et revue de la littérature

K.OUJENNANE[1.3], M.SIDKI[1,3] , S.AMAL[1.3], O.HOCAR[1.3], I.BOUJGUENNA[2.3], H.RAIS[2.31] service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech [2] service d'anatomopathologie, CHU Mohammed VI , Marrakech

[3] Laboratoire Bioscience et santé , FMPM université Caddi Ayyad, Marrakech

Introduction :

Le lichen plan pigmentogène inversé (LPPI) est une entité extrêmement rare dont seulement une vingtaine de cas sont rapportés dans la littérature, cliniquement il se caractérise par la prédominance des lésions au niveau des plis. Nous nous présentons deux autres cas de cette entité inhabituelle avec une revue de la littérature.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons deux cas cliniques de lichen plan pigmentogène inversé

Observations :

La première patiente , âgé de 45 ans, sans antécédents pathologiques particuliers , se présentait en consultation pour une lésion linéaire hyperpigmentée, de couleur brun foncé, bien limitée, non atrophique et non squameuse, peu prurigineuse . Au niveau de plis inguinal gauche évoluant depuis deux mois. A l'interrogatoire pas d'antécédents de toute autre dermatose écartant la possibilité d'une pigmentation postinflammatoire. Les résultats dermatoscopiques étaient minimes avec des zones homogènes brunes. L'examen histologique d'une biopsie cutanée a révélé des infiltrats lichénoïdes et lymphocytaires périvasculaires en forme de bande, une vacuolisation de la couche basale, et une incontinence pigmentaire superficielle confirmant le diagnostic de LPPI. Le traitement à base de dermocorticoïde a permis une nette amélioration. La 2e patiente, âgée de 33 ans, se présentait en consultation de dermatologie pour un placard brun-violacé bien limité au niveau axillaire droit, traitée initialement par des antimycosiques locaux sans aucune amélioration. Une biopsie a été faite en faveur de lichen plan pigmentogène. Les lésions ont disparu après 2 mois de dermocorticoïdes.

Discussion :

Le LPPI est une entité récente, décrite pour la première fois en 2001 par Pock et al .Il se caractérise par des macules et des plaques hyperpigmentées de couleur brun foncé, principalement situées dans les zones intertrigineuses, les zones de flexion et les plis cutanés. Les lésions sont souvent asymptomatiques ou légèrement prurigineuses. L'histologie est similaire à celle de lichen plan pigmentogène (l'épiderme est orthokératosique, atrophique, avec une inflammation lichénoïde plus ou moins importante composée de lymphocytes et d'histiocytes. Il existe une incontinence pigmentaire importante). Les diagnostics différentiels comprennent principalement les dermatoses post-inflammatoires, l'histiocytose , le psoriasis inversé,les dermatoses de contact pigmentées et l'acanthosis nigricans. L'étiologie et la pathogénie de l'LPPI ne sont pas claires. Les frottements et le port de vêtements serrés sont considérés comme des facteurs déclenchants possibles. Le traitement est à base de dermocorticoïdes puissants, corticostéroïdes oraux et de tacrolimus topique.

16. Le lichen plan pigmentogène inversé : Une nouvelle observation

H.Jabri; F.Hali; F.Marnissi ; S.Chiheb
Service de Dermatologie et Vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

Introduction : Le lichen plan pigmentogène inversé (LPPI) est une variante rare du lichen plan pigmentogène, caractérisée par la prédominance des lésions au niveau des plis. Ici, nous rapportons une nouvelle observation de LPPI.

Observation médicale : Patiente âgée de 52ans, suivie pour cancer de l'endomètre depuis 7ans ayant été traitée par hystérectomie avec annexectomie bilatérale actuellement en rémission depuis 3ans. Présente des lésions maculeuses hyperpigmentées ovalaires et bien limitées prurigineuses évoluant depuis 4mois avant sa consultation. Les lésions siégeaient au niveau des 2 plis inguinaux, la face interne des 2 cuisses ainsi qu'au niveau du pli axillaire gauche. Une biopsie cutanée a été réalisée chez notre patiente et a objectivé l'aspect d'un infiltrat inflammatoire au niveau de la jonction dermo-épidermique fait essentiellement de lymphocytes et d'histiocytes avec vacuolisation de la basale et incontinence pigmentaire importante. Le diagnostic de lichen plan pigmentogène inversé a été retenu chez notre patiente, et a été mise sous dermocorticoïdes de classe très forte avec amélioration clinique.

Discussion : Le LPPI est caractérisé par une nette prédominance féminine avec un âge moyen de diagnostic de 55 ans. Cliniquement, le LPPI se présente sous forme de macules hyperpigmentées, les lésions siègent fréquemment au niveau intertrigineux avec prédilection des plis axillaires.
Histologiquement, on retrouve un infiltrat lympho-histiocytaire de la jonction dermo-épidermique associé à une incontinence pigmentaire et une dégénérescence vacuolaire de la couche basale. Le traitement est essentiellement basé sur les dermocorticoïdes et le tacrolimus topique.

Conclusion : Le LPPI est une entité rare du lichen pigmentogène de diagnostic clinico-histologique. Elle est peu rapportée dans la littérature, des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux caractériser cette entité.

17. Le Pityriasis lichénoïde : un diagnostic pas toujours facile

F.chahboun, M.alj, M.eljazouly, S.chiheb Service de dermatologie, hôpital universitaire international cheikh Khalifa Casablanca **Introduction :**

Le pityriasis lichénoïde est une dermatose inflammatoire rare du sujet jeune évoluant par poussées spontanément régressives sur le tronc et les membres. On distingue la forme aigue varioliforme nécrotique, et la forme chronique papulosquameuse. Il n'existe pas de traitement consensuel pour cette affection.

Nous rapportons une observation de pityriasis lichenoide chronique dont l'évolution était favorable sous cyclines et photothérapie UVB.

Observation :

Mme K.L âgée de 27 ans sans antécédents particuliers, présentait depuisplusieurs mois une éruption cutanée non prurigineuse évoluant par poussées et traitée par dermocorticoïdes sans amélioration. L'examen clinique trouvait des lésions papuleuses surmontées de squames blanchâtres compactes avec des lésions hypochromiques et hyperpigmentés par endroit siégeant au niveau du tronc et des membres sans atteinte du cuir chevelu. Le bilan biologique était normal. La biopsie cutanée concluait à un pityriasis lichénoide chronique. La patiente a été mise sou traitement par cyclines et photothérapie avec une amélioration après 12 séances de photothérapie UVB.

Discussion :

Le pityriasis lichénoïde est une dermatose affichante rare dont le diagnostic nécessite une bonne analyse sémiologique des lésions cutanées. Le diagnostic repose sur le tableau clinique ainsi que sur l'image histologique et l'étude immunohistochimique.Le principal diagnostic différentiel est la papulose lymphomatoïde compte tenu des similarités cliniques et parfois histologiques. Plusieurs modalités thérapeutiques sont disponibles. Le traitement de première ligne repose sur une cure d'antibiotiques, essentiellement des cyclines, en association avec des dermocorticoïdes ou du tacrolimus topique. La PUVAthérapie ou la photothérapie ultraviolets B sont proposées en deuxième intention. La corticothérapie orale et le méthotrexate sont réservés aux formes sévères et récidivantes.

Conclusion :

Une prise en charge précoce peut prévenir les lésions cicatricielles indélébiles qui peuvent engendrer un fort retentissement social, psychologique et physique. Notre observation souligne l'intérêt des cyclines et des UVB qui constitue une alternative thérapeutique pour stopper l'évolutivité de la maladie et améliorer les cicatrices.

18. Le prurit chronique : Signe fonctionnel fréquent, causes multiples.

K. Kaddar 1; N. Zizi 1,2 ; S. Dikhaye 1,2.

1 Service de Dermatologie Vénéréologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda Maroc.

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique,

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda Maroc

Introduction :

Le prurit chronique est un motif de consultation fréquent en consultation dermatologique, qui peut être responsable d'une altération de la qualité de vie majeure. C'est un symptôme souvent révélateur de multiples pathologies sous-jacentes. L'enquête étiologique est souvent complexe, d'où l'importance d'une approche systématique et soigneuse. (1)

L'objectif de notre travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique, étiologique, thérapeutique et évolutif d'une série de patients hospitalisés pour un prurit chronique.

Matériel et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive menée au service de Dermatologie vénéréologie du CHU MED VI

OUJDA, incluant tous les patients hospitalisés pour un prurit chronique sur une durée de 7 ans (de 2014 à 2021). Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies à travers une fiche d'exploitation remplie à partir des dossiers des malades.

Résultats :

Il s'agit d'une série hospitalière de 35 cas de patients se plaignant d'un prurit chronique. Une nette prédominance féminine a été notée (sex-ratio H/F de 0,66). L'âge moyen de survenue était de 56 ans (20-94 ans). Les patients avaient des antécédents d'HTA (22%), de diabète (17%), d'atopie personnelle (8,57%) et de pathologie thyroïdienne (5,71%). Seulement 2,85% des patients avaient un antécédent psychiatrique. Une prise médicamenteuse précédant le prurit a été retrouvée chez 17,14% des cas. Un antécédent de prurit familial a été noté chez 4 patients (11,42%). La durée moyenne d'évolution était de 5,18 ans. L'index de qualité de vie (DLQI) moyen était de 9,94. L'examen dermatologique a objectivé essentiellement des lésions excoriées/ de grattage (42,85%), une xérose cutanée (31,42%), des macules hyperpigmentées cicatricielles (28,57%) et une lichénification (11,42%). La NFS a révélé une anémie chez 20% des patients, une hyperéosinophilie (11,42%) une hyperleucocytose (20%). Une insuffisance rénale a été découverte chez 5,71% des patients. Le bilan hépatique était perturbé chez 11,42% des cas. L'examen parasitologique des selles était positif chez 2,85% des cas. L'enquête étiologique a révélé une pathologie sous-jacente chez 31 patients (88,5%). Une cause néoplasique a été révélée chez 7 patients (20%) : pulmonaire dans 2 cas, endométriale dans 2 cas, mammaire et œsophagienne dans 1 cas chacune. Une pathologie hépatobiliaire a été retrouvée chez 5 patients (14,28%) dont 1 kyste hydatique et 1 hépatite virale C. la pathologie infectieuse représentait 8,57% des cas : une tuberculose pulmonaire, une gastrite à HP et une parasitose intestinale. La biopsie cutanée a révélé 2 cas d'eczéma chronique, 3 pigmentogène et 2 amyloses papuleuses. Les autres causes étaient : Anémie ferriprive chez 3 patients, une dysthyroïdie, une maladie de biermer, un syndrome de Gougerot Sjogren chez 2 patients chacune. Un traitement à base d'émollients et d'antihistaminiques a été proposé chez tous nos patients, en addition au traitement de la cause sous-jacente. L'évolution était favorable dans la quasi-totalité des cas.

Discussion :

Nos résultats concordent avec la littérature quant aux données épidémiologiques (prédominance féminine, âge moyen de survenue, fréquences de tares associées …).
Une étiologie a été révélée dans 88,5% dans notre série, avec plus de 20 pathologies différentes, ce qui confirme la fréquence du prurit chronique comme symptôme révélateur de multiples causes sous-jacentes, allant des plus bégnines aux plus graves.
Les pathologies néoplasiques et tumorales étaient retrouvées au premier plan, ce qui rejoint les données de plusieurs séries de la littérature(2)(3)(4). La pathologie hépatobiliaire est également une cause fréquente de prurit (14,28% des cas dans notre série). La prise médicamenteuse est à rechercher systématiquement(5). Dans notre série, elle a précédé le prurit dans 17,14%.
Cliniquement, Il peut s'associer à des lésions induites par le grattage comme : les excoriations, les stries de grattage, les troubles pigmentaires, et dans certains cas, la lichénification.
Le prurit chronique survient dans un contexte pathologique évocateur ou doit être suspecté à travers l'examen clinique et éventuellement des examens complémentaires(6). La règle d'or est d'éliminer toute cause organique avant de retenir le diagnostic d'un prurit sénile ou psychogène.

Conclusion :
À travers notre série, on a pu décrire plus de 20 pathologies différentes s'exprimant par un prurit chronique, avec une prédominance de la pathologie néoplasique et infectieuse, confirmant ainsi la nécessité, pour tout dermatologue, de mener une enquête étiologique exhaustive afin d'aboutir à un diagnostic et d'instaurer le traitement adéquat.
Néanmoins, du fait de l'altération de la qualité de vie des patients qui est souvent majeure, un traitement symptomatique s'avère également nécessaire.

19. L'Erythéma elevatum diutinum et la dermatose annulaire récurrente chronique: une association de deux entités rares de dermatoses neutrophiliques.

M.Alj, F.Chahboun, M.EL Jazouly, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc

INTRODUCTION

Les dermatoses neutrophiliques désignent un groupe d'affections caractérisées histologiquement par un infiltrat cutané de PNN matures sans cause identifiable. Antérieurement décrites de façon autonomes, ces affections cliniquement distinctes sont intégrées au spectre de dermatoses neutrophiliques vu l'existence de formes de passage et de chevauchement entre elles comme en témoigne notre observation.
Nous rapportons le cas d'une patiente qui a présenté successivement 3 formes de dermatoses neutrophiliques: un pyoderma gangrénosum suivi par l'apparition de deux formes rarement décrites : l'erythéma elvatum diutinum et la dermatose annulaire récurrente chronique DARC.

Observation :

Mme H.F âgée de 55 ans, suivie depuis 6 ans pour pyoderma gangrénosum (PG) débutant par des lésions papulo-pustuleuses et nécrotiques évoluant vers des placards ulcérés étendus au niveau des seins, genoux et fesses. Un traitement par corticothérapie orale a été administré avec une bonne évolution initiale suivie d'une récidive à la dégression. Plusieurs traitements ont été initiés dont la colchicine, le méthotrexate la disulone et la thalidomide marqués par une mauvaise tolérance entrainant leur arrêt. L'évolution a été marquée par plusieurs épisodes de poussées-rémission de son PG associés à l'apparition de lésions érythémateuses violacées infiltrées, annulaires par endroit et centrées par des ulcérations en regard des coudes et des genoux. Une biopsie a été réalisée révélant à l'examen anatomopahtologique un infiltrat inflammatoire dermique riche en PNN associé à des lésions de vascularite leucocytoclasique en faveur d'un erythémaelevatumdiutinum. Un traitement par dermocorticoides de classe forte en application locale associé au plaquenil 400 mg par jour et la doxymycine 100 mg par jour a permis la régression des lésions.
L'évolution a été marquée par l'apparition de lésions papuleuses à évolution centrifuge de bordure infiltrée au niveau de la face postérieure des deux jambres et en regard des chevilles évoquant la dermatose neutrophlique annulaire chronique récurrente. Un bilan exhaustif a été demandé afin d'éliminer d'autres affections pouvant être associées notamment une maladie inflammatoire du tube digestif, une affection rhumatismale ou une gammapathie monoclonale revenus strictement normaux. Un traitement par azathoprine à raison de 100 mg par jour a été démarré.

Discussion :

L'EED et la dermatose annulaire récurrente chronique représentent deux formes rares de dermatoses neutrophiliques observés chez notre patiente suivie pour pyoderma gangrénosum.
L'EED représente une forme chronique de vascularite cutanée touchant les petits vaisseaux. Sa pathogénie est encore mal élucidée. Elle se manifeste par des lésions papulo-nodulaires erythémato violacées siégeant électivement en regard des faces d'extensions des membres. Les lésions sont secondaires au dépôt des complexes immuns au niveau des petits vaisseaux de la peau entrainant l'activation du système du complément ainsi qu'une infiltration neutrophilique avec relargages d'enzymes destructrices. Ceci se traduit histologiquement par un aspect de vascularite leucocytoclasique. De nombreuses associations ont été décrites notamment avec des hémopathies, des néoplasies et des maladies auto-immunes (polyarthrite rhumatoïde, maladie coelique, lupus erythémateux systémique …).Ce qui justifie une surveillance rigoureuse et prolongée.

La DARC constitue quant à elle une forme exceptionnelle et minime du syndrome de sweet. A notre connaissance, moins de 10 observations ont été rapportées dans la littérature. Cette affection touche électivement les femmes après la quarantaine et se caractérise par une évolution chronique récurrente et indolore de lésions cutanées. Ces dernières ont un caractère annulaire avec une bordure papuleuse infiltrée centrée par une collerette desquamative blanche. L'absence de signes généraux, de neutrophilie ou de pathologie systémique sous-jacente est caractéristique de cette affection, comme en témoigne notre observation

Conclusion :
Cette observation permet de rappeler au clinicien deux entités rares de dermatoses neutrophiliques à ne pas méconnaitre, et illustre encore une fois cette conception de spectre continu des dermatoses neutrophiliques malgré leur présentation clinique distincte.

20. Cas de lichen sclero-atrophique génital et extragénital associé

C.Marmech,F.Hali,S.Chiheb
Service de Dermatologie vénérologie CHU Ibn Rochd ; Casablanca ; Maroc

Introduction :
Le lichen scléro-atrophique (LSA) est une maladie inflammatoire ayant un tropisme particulier pour les régions génitales surtout Chez les femmes périménopausées. La forme extra-génitale associée ou isolée est rare .Nous rapportons un cas de LSA qui associe à la fois l'atteinte génitale et cutanée. **Observation :**
Une femme de 47 ans, sans antécédents, consultait pour prurit vaginal évoluant depuis 5 ans mise sous traitement symptomatique sans amélioration. La symptomatologie s'est aggravée depuis 2 ans par l'apparition de lésions cutanées prurigineuses. L'examen clinique retrouvait des macules dépigmentées bien circonscrites atrophique, d'aspect frippé, au niveau du tronc et du dos. L'examen de la muqueuse génitale notait des plaques de couleur blanc nacré, atrophiques confluentes sur le versant interne des grandes lèvres. L'étude histologique montrait une atrophie , une hyperkératose siège de vacualisation basale focale avec bouchons cornés , infiltrat lymphocytaire avec fibrose œdémateuse .Le diagnostic de SLA a été posé. les sérologies de l'hépatite B et C étaient négatives.
Les dermocorticoïdes forte classe sur les lésions et la LED pour le prurit vulvaire ont été préconisés avec amélioration partielle de la symptomatologie au prix d'une éventuelle atrophie surajoutée. **Discussion:**
Le LSA est une dermatose inflammatoire fibrosante d'évolution chronique de prédominance féminine, touchant surtout la région ano-génitale (80 %). Seuls 15% des patients ont une forme extra-génitale associée et 2,5% une forme extra-génitale isolée avec un prurit inconstant. Notre cas regroupe à la fois l'atteinte génitale et cutanée . Cliniquement, les lésions se présentent sous forme de plaques « porcelainées », atrophiques, surtout à la racine des membres, les plis et le tronc ce qui était le cas chez notre patiente. Des formes cliniques blaschkolinéaire et bulleuse ont été décrites surtout dans la forme extragénitale généralisée du LSA.
Le diagnostic repose sur l'histologie cutanée révélant une atrophie de l'épithélium avec horizontalisation de la basale, hyperkératose folliculaire, et présence de collagène fibreux ou œdémateux au niveau du derme superficiel. Ces éléments étaient retrouvés dans notre observation. Le traitement du LSA extra-génital n'est pas codifié et fait recours à plusieurs thérapeutiques à savoir les dermocorticoïdes de forte classe, antipaludéens de synthèse, tacrolimus, rétinoïdes, avec des résultats satisfaisants sous calcipotriol et photothérapie UVB. Contrairement à l'atteinte génital, le LSA extragénital se complique rarement de transformation maligne et pose essentiellement un problème esthétique.
Conclusion :
L'atteinte génitale est la forme la plus fréquente et souvent le seul site d'atteinte du LSA. Nous rapportons un cas peu commun d'association de LSA type génital et extragénital chez la même patiente.

21. Observance thérapeutique chez les patients acnéiques

S.Bouabdella 1 ; S. Aouali1; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2.
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction : Le dermatologue dispose de nombreux traitements topiques et systémiques pour traiter l'acné. Le but de ce travail est de définir le profil épidémiologique et clinique ainsi que l'observance au traitement des patients acnéiques du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI d'Oujda.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée en Aout 2021, portant sur les patients acnéiques suivis au sein du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI d'Oujda. Nous avons utilisé un questionnaire comportant 23 questions conçu par la plateforme Google forms qui a été envoyé aux patients via
l'application WhatsApp. Puis, une conversation téléphonique a été entretenue.

Résultats :
Notre échantillon était composé de 382 patients acnéiques suivis dans notre formation pendant une durée de 5ans (2017-2021) et 154 ont rempli notre questionnaire. L'âge de nos patients variait entre 12-41 ans, avec une moyenne d'âge de 20,3 ans, un ratio de 3,4 et une nette prédominance féminine (77,2%). L'acné modérée était la forme la plus fréquente (59,3%), suivie de l'acné sévère (36,84%) puis légère (4,25%). Les deux tiers des patients étaient sous traitements topique et oral, 26% sous traitement local seul et 8% étaient sous des produits cosmétiques. Les traitements locaux utilisés étaient l'association peroxyde de benzoyle et adapalène (62%) et les rétinoïdes (12%). Les traitements oraux utilisés étaient les cyclines (53%) et les rétinoïdes (49%). Trente-deux patients ont eu des effets secondaires sous traitement oral et 19 patients sous traitement local. Soixante-douze pour cent des patients trouvaient que les ordonnances d'acné contiennaient beaucoup de produits, 64% pensent que les traitements d'acné sont chers et 73,5% sont satisfaits du résultat obtenu par le traitement. Quarante-six pour cent des interrogés achètent tous les produits prescrits par le dermatologue et 87% appliquent tous les produits achetés jusqu'à ce qu'ils les finissent. Cinquante-deux patients ont déjà utilisé une autre crème, en dehors de celles prescrites par leur dermatologue.

Discussion : Notre étude confirme que l'acné est une dermatose de l'adulte jeune et l'adolescent et la prédominance du sexe féminin en consultation peut s'expliquer par le fait que les femmes sont plus préoccupées par leur image corporelle que les hommes. Cependant, l'un des problèmes majeurs pour le dermatologue concernant l'acné est celui de l'observance thérapeutique. La connaissance des obstacles à l'observance et la recherche de solutions appropriées sont aussi importantes que le choix du médicament pour obtenir un bon résultat thérapeutique. Une étude française a été menée sur l'observance en 2010 a montré que la mauvaise observance était corrélée indépendamment avec le jeune âge, l'existence d'effets secondaires (retrouvés chez 33,4% de notre échantillon) et le manque d'efficacité et de satisfaction du patient. Dans notre étude, 73,5% des personnes acnéiques étaient satisfaits du résultat thérapeutique. Par ailleurs, plus que la moitié de nos répondants trouve que les dermatologues prescrivent beaucoup de produits et que les traitements d'acné coutent chers. De Lucas et al. ont montré qu'une bonne observance thérapeutique était significativement associée à de meilleurs résultats thérapeutiques chez les patients souffrant d'acné légère à modérée. D'autre part, dans une étude menée par Boker et al, les résultats du traitement étaient similaires chez les patients ayant une forte et une faible adhésion aux traitements.

Conclusion :
L'acné nécessite généralement des traitements au long cours et l'observance thérapeutique reste un problème important.

22. Une Pemphigoide bulleuse révélant un carcinome bronchique

I.Moubine, F.Hali, H.Jabri, S.Chiheb

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse (PB) est la plus fréquente des dermatoses bulleuses auto-immunes. Son association à une néoplasie fait toujours l'objet de controverse. Nous rapportons l'observation d'un patient présentant un cancer bronchique révélé par une pemphigoïde bulleuse.
Observation :
Un patient âgé de 72 ans, tabagique chronique à raison de 30 paquets-années, qui présentait depuis 1 mois des lésions érythémateuses pseudo-urticariennes surmontées de bulles tendues siégeant principalement au niveau des membres avec notion de prurit intense concomitant, associées à une dyspnée d'effort et une toux sèche, le tout évoluant dans un contexte de fléchissement de l'état général fait d'un amaigrissement de 10kg en 3mois. L'examen clinique retrouve des lésions bulleuses tendues prurigineuses reposant sur des plaques érythémateuses avec un signe de Nikolsky négatif siégeant de façon symétrique au niveau des 4 membres sans atteinte du visage ni du cuir chevelu ni des muqueuses. L'examen des aires ganglionnaires n'avait pas retrouvé d'adénopathies. Une TDM thoracique a été réalisé devant la symptomatologie respiratoire avait révélé un processus tissulaire hilaire gauche. L'examen anatomopathologique avait objectivé la présence d'un décollement jonctionnel avec présence d'un infiltrat riche en PNE. L'immunofluorescence directe mettait en évidence un dépôt d'IgG et de C3 le long de la jonction dermo-épidermique. Une bronchoscopie a été réalisé ayant révélé un carcinome bronchique moyennement différencié. Le bilan d'extension avait retrouvé des métastases osseuses. Le patient a été mis sous chimiothérapie avec bonne évolution et un recul de 04mois.

Discussion :

Les manifestations paranéoplasiques cutanées représentent 7 à 15% des syndromes paranéoplasiques rapportés au cours de l'évolution des cancers. Ces dermatoses paranéoplasiques représentent un groupe hétérogène d'affections qui ne résultent pas de l'extension directe du cancer ou d'une diffusion métastatique. La pemphigoïde bulleuse paranéoplasique reste controversée et d'autres cas ont été décrits dans la littérature, notamment avec le cancer du poumon. Cela pourrait être expliqué par l'expression aberrante du BP180 dans certains carcinomes. Les manifestations cutanées peuvent précéder, coïncider ou suivre le diagnostic du cancer. L'évolution clinique de la dermatose paranéoplasique accompagne étroitement celle favorable ou non du cancer. Dans le contexte d'une altération de l'état général, la recherche d'une tumeur solide est légitime car l'association avec une pemphigoïde bulleuse n'est pas fortuite, notamment dans les carcinomes pulmonaires et hématologiques.

Conclusion :

Le but de notre observation est de rappeler la présence de cette entité malgré sa rareté afin de rechercher systématiquement un cancer sous-jacent lors d'une pemphigoide bulleuse par un examen clinique complet et des examens complémentaires orientés.

23. Pemphigoïde cicatricielle :A propos de 4 cas

I.Couissi,H.Baybay, J.Kassel, Z.Douhi, S.Elloudi, FZ.Mernissi

Introduction :
La pemphigoïde cicatricielle (PC) est une dermatose bulleuse auto-immune sous-épidermique rare, caractérisée par son atteinte élective des muqueuses surtout buccale et oculaire et son évolution synéchiante. L'atteinte cutanée est inconstante. Elle survient préférentiellement chez le sujet âgé avec une prédominance féminine.
Matériels et méthodes : Étude rétrospective mené au service de dermatologie du centre hospitalier Hassan II de Fès étendue entre 2013 et 2021.
Résultats : Nous rapportons 4 cas de PC confirmée sur le plan histologique et immunohistochimique. L'âge moyen était de 52 ans. L'atteinte muqueuse a été trouvée chez tous nos cas: buccale et oculaire chez 3 patients, pharyngo-laryngée chez un patient, génitale et anale chez un patient. L'atteinte cutanée a été trouvée chez 2 patients dont un présentait des lésions végétantes. L'amélioration clinique a été obtenue sous plusieurs protocoles thérapeutiques :bolus de cyclophosphamide + dapsone+ bolus de solumédrol, bolus de solumédrol+ dapsone+retuximab (RTX) et RTX seul. **Discussion :**
La PC survient chez les sujets âgés, dans notre série on note une moyenne d'âge plus précoce que dans la littérature.
Les manifestations de la PC comprennent une atteinte de la muqueuse buccale chez 85% des cas, oculaire chez 65%,nasale chez 20 %,pharyngée chez 20%,anogénitale chez 20%,œsophagienne chez 5-15% et laryngée chez 5 à 10%. L'atteinte buccale varie d'une gingivite chronique jusqu'aux ulcères extrêmement douloureux. L'atteinte oculaire est grave évolue par poussée rémission avec une sensation de corps étranger, brûlure, démangeaison et larmoiement avec risque de trichiasis, symblépharon, lagophtalmie, ectropion et évolution possible vers la cécité.
La rhinite atrophique est l'atteinte ORL la plus fréquente. L'atteinte laryngée se présente par un enrouement, un stridor et/ou une dyspnée d'où l'intérêt d'une évaluation par laryngoscopie.
L'atteinte œsophagienne est représentée par des ulcérations aboutissant à une sténose œsophagienne dans 4 % des cas.
L'atteinte génitale réalise chez l'homme une balanite érosive et synéchiante et chez la femme des brûlures et dyspareunie pouvant évoluer vers des brides vulvaires.
L'atteinte cutanée se manifeste par des érosions chroniques avec une cicatrisation en grains de milium ou cicatrices atrophiques.
Plusieurs traitements sont recommandés en fonction de l'étendue des lésions. Les dermocorticoïdes ou tacrolimus sont indiquées si atteinte de la muqueuse buccale seule et les traitements systémiques : prednisone et/ou méthyprednisolone ou cyclophosphamide sont indiqués si atteinte de la muqueuse oculaire, pharyngée, laryngée, œsophagienne et génitale.Dans les formes graves et résistantes, le RTX et les immunoglobulines intraveineuses sont indiqués. **Conclusion :**
La PC est une maladie rare et trainante vu le diagnostic tardif de la maladie. Devant des lésions muqueuses chroniques, une PC doit être suspecté. La prise en charge thérapeutique doit être multidisciplinaire.

24. Pemphigus muqueux: série de 15 cas

Farah El Hadadi* [3], Line Mezni1, Mariame Meziane1, Nadia Ismaili1, Laila Benzekri1, Karima Senouci1

Introduction :

Le pemphigus est la dermatose bulleuse auto-immune la plus fréquente au Maghreb, il représente la première cause d'hospitalisation dans notre centre avec 15 nouveaux cas/an. La forme profonde ou pemphigus vulgaire (PV) peut être subdivisée en 2 sous types: PV cutanéomuqueux et PV muqueux pur. Vu la rareté de l'atteinte isolée de lamuqueuse buccale, il nous a paru intéressant de réaliser une étude de cas afin de déterminer les particularités épidémio-cliniques de cette forme.

Matériel et Méthodes :

Une étude rétrospective descriptive de 1990-2020 a été réalisée au service de dermatologie de l'hôpital Ibn Sina de Rabat (Maroc), colligeant 125 cas de PV dont 15 avaient une atteinte isolée de la muqueuse buccale confirmée sur biopsie cutanée, immunofluorescence directe et indirecte. Les données extraites des dossiers médicaux comprenaient : l'âge, sexe, durée d'évolution avant la consultation, siège des lésions, le PDAI, taux IFI, l'évolution et traitement. Nous avons exclu de notre étude les patients ayant développé une atteinte cutanée ultérieure au diagnostic.

Résultats :

L'âge moyen était de 53ans, le sex ratio était de 4F/1H. Le délai moyen de consultation était de 13.16 mois, le PDAI était sévère chez tous nos cas, 4 patients avaient une IFI à 1280, 4 autres à 320. Le siège des lésions était comme suit : jugale (4/15), gencives (3/15), lèvre inférieure (4/15), palais (10/15). La corticothérapie associée à l'azathioprine a été initiée chez 11 patients, l'association corticothérapie et rituximab chez une seule patiente, et la corticothérapie seule chez 3 cas. Afin d'accélérer le processus de cicatrisation du TCA à 35% a été appliqué localement chez 4 patients. L'évolution était marquée par : une rémission complète (4/15) après un blanchiment de 3 mois, une rechute clinico- immunologique (6/15), un échec thérapeutique (1/15), un décès (1/15), 3 patients ont été perdus de vue. 8 patients ont développé une candidose buccale, 4 autres une surinfection herpétique, une patiente une infection au Sars-Cov2.

Discussion :

L'atteinte de la muqueuse buccale au cours du pemphigus traduit un clivage interkératinocytaire supra-basal secondaire au développement d'auto-anticorps anti-desmogleine 3. Cliniquement, elle se présente sous forme d'érosions post bulleuses, traînantes et douloureuses gênant l'alimentation pouvant être responsable d'amaigrissement important. L'atteinte peut âtre étendue jusqu'au pharynx et la muqueuse œsophagienne, de rare cas de transformation en cancer de l'œsophage ont été décrits. La confusion des érosions avec des aphtes buccaux explique le retard diagnostic. Souvent l'atteinte muqueuse précède l'atteinte cutanée, cependant elle peut rester exclusivement buccale.

Notre étude regroupe le plus large échantillon de cas de pemphigus strictement muqueux. Cette entité rare secaractérise par une nette prédominance féminine, une cicatrisation lente avec des rechutes fréquentes.

---

[3] Service de Dermatologie, Université Mohammed V de Rabat, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Rabat, Maroc

25. Pemphigus muqueux: série de 15 cas

Farah El Hadadi* [4], Line Mezni1, Mariame Meziane1, Nadia Ismaili1, Laila Benzekri1, Karima Senouci1

Matériel et Méthodes :

Une étude rétrospective descriptive de 1990-2020 a été réalisée au service de dermatologie de l'hôpital Ibn Sina de Rabat (Maroc), colligeant 125 cas de PV dont 15 avaient une atteinte isolée de la muqueuse buccale confirmée sur biopsie cutanée, immunofluorescence directe et indirecte. Les données extraites des dossiers médicaux comprenaient : l'âge, sexe, durée d'évolution avant la consultation, siège des lésions, le PDAI, taux IFI, l'évolution et traitement. Nous avons exclu de notre étude les patients ayant développé une atteinte cutanée ultérieure au diagnostic.

Résultats :

L'âge moyen était de 53ans, le sex ratio était de 4F/1H. Le délai moyen de consultation était de 13.16 mois, le PDAI était sévère chez tous nos cas, 4 patients avaient une IFI à 1280, 4 autres à 320. Le siège des lésions était comme suit : jugale (4/15), gencives (3/15), lèvre inférieure (4/15), palais (10/15). La corticothérapie associée à l'azathioprine a été initiée chez 11 patients, l'association corticothérapie et rituximab chez une seule patiente, et la corticothérapie seule chez 3 cas. Afin d'accélérer le processus de cicatrisation du TCA à 35% a été appliqué localement chez 4 patients. L'évolution était marquée par : une rémission complète (4/15) après un blanchiment de 3 mois, une rechute clinico- immunologique (6/15), un échec thérapeutique (1/15), un décès (1/15), 3 patients ont été perdus de vue. 8 patients ont développé une candidose buccale, 4 autres une surinfection herpétique, une patiente une infection au Sars-Cov2.

Discussion :

L'atteinte de la muqueuse buccale au cours du pemphigus traduit un clivage interkératinocytaire supra-basal secondaire au développement d'auto-anticorps anti-desmogleine 3. Cliniquement, elle se présente sous forme d'érosions post bulleuses, traînantes et douloureuses gênant l'alimentation pouvant être responsable d'amaigrissement important. L'atteinte peut âtre étendue jusqu'au pharynx et la muqueuse œsophagienne, de rare cas de transformation en cancer de l'œsophage ont été décrits. La confusion des érosions avec des aphtes buccaux explique le retard diagnostic. Souvent l'atteinte muqueuse précède l'atteinte cutanée, cependant elle peut rester exclusivement buccale.

Notre étude regroupe le plus large échantillon de cas de pemphigus strictement muqueux. Cette entité rare secaractérise par une nette prédominance féminine, une cicatrisation lente avec des rechutes fréquentes.

26. Pemphigus végétant de type HALLOPEAU : Une présentation clinique inhabituelle d'une dermatose rare

H.Ragragui Ouasmin[1]; H.Saddouk[1]; K.Sof[1]; S.Dikhaye[1,2]; N.Zizi[1,2]

---

[4] Service de Dermatologie, Université Mohammed V de Rabat, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Rabat, Maroc

Introduction :

Le pemphigus est la dermatose bulleuse auto-immune la plus fréquente au Maghreb, il représente la première cause d'hospitalisation dans notre centre avec 15 nouveaux cas/an. La forme profonde ou pemphigus vulgaire (PV) peut être subdivisée en 2 sous types: PV cutanéomuqueux et PV muqueux pur. Vu la rareté de l'atteinte isolée de lamuqueuse buccale, il nous a paru intéressant de réaliser une étude de cas afin de déterminer les particularités épidémio-cliniques de cette forme.

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda
2Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :
Le pemphigus végétant est une variante rare du groupe des pemphigus, avec une incidence allant de 1 à 2 %, caractérisé par des pustules et/ou des végétations papillomateuses, affectant préférentiellement les plis. Il touche les femmes avec un âge de diagnostic de 40 à 60 ans. Il existe deux formes cliniques du pemphigus végétant, le type Hallopeau et le type Neumann [1-2-3]. **Observation :**
C'est une patiente âgée de 39 ans, ayant une sœur suivie pour un pemphigus vulgaire, qui consultait pour une dermatose bulleuse évoluant depuis 6 mois avant sa consultation. L'examen dermatologique objectivait la présence de multiples lésions ulcéro-bourgeonnantes, entourées d'une collerette épithéliale avec la présence de quelques lésions bulleuses tendues à contenu claire, à base non érythémateuse, dont quelques une en rosette, à périphérie surélevée pustuleuse, siégeant au niveau du pubis et des plis axillaires. On notait également la présence de multiples lésions pustuleuses non folliculaires siégeant au niveau des deux creux axillaires, la région scapulaire et des deux fesses. La surface cutanée atteinte était estimée à 25% avec un signe de Nikolsky négatif. L'examen des muqueuses révélait la présence d'une chéilite érosive avec des érosions siégeant principalement au niveau de la face internes des deux joues et l'examen des ongles objectivait une paronychie des ongles des mains et des pieds. Le score de PDAI était à 45. La biopsie cutanée était en faveur d'un pemphigus profond végétant et le bilan immunologique objectivait des anticorps anti desmogleine 1 positive à 5.6 et anti desmogleine 3 positive à 8.1. L'immunofluorescence indirecte non faite. L'aspect clinique et les examens paracliniques réalisés ont confirmé le diagnostic de pemphigus végétant de type HALLOPEAU. La patiente était mise sous corticothérapie par voie orale à raison de 1mg/kg/jour, un traitement par RITUXIMAB était prévu mais la patiente était décédée suite à un arrêt cardio respiratoire non récupéré par les mesures de réanimation.
Discussion :
Le pemphigus végétant de type Hallopeau est une dermatose bulleuse auto-immune rare affectant les plis, qui se manifeste cliniquement par des pustules qui guérissent sous forme de plaques végétantes [1]. L'atteinte buccale est fréquente (60-80%) et peut être présente depuis le début de la maladie [3]. Un facteur déclenchant est identifié dans plusieurs cas, comme des médicaments, des infections ou des tumeurs malignes [3]. Le traitement de base consiste en des corticostéroïdes systémiques et des immunosuppresseurs [1-4]. C'est une pathologie potentiellement mortelle avec une mortalité d'environ 5 à 15 % par an [1].
Conclusion :
Le pemphigus végétant est une variante rare des pemphigus qui est souvent sous-estimée et souvent mal diagnostiquée, nécessitent une approche interprofessionnelle pour un diagnostic approprié et une prise en charge adéquate.

27. Un Pemphigus végétant à localisation vulvaire et périanale

H.Jabri; F.Hali; H.Alatawna ; S.Chiheb
Service de Dermatologie et Vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

Introduction : Le pemphigus végétant est une variante rare du pemphigus profond, caractérisée par une atteinte prédominante des plis. Ici, nous rapportons un rare cas de pemphigus végétant à localisation vulvaire et périanale.
Observation médicale : Patiente âgée de 65 ans, connue diabétique depuis 4 mois sous antidiabétiques oraux, a présenté 4 mois avant sa consultation des lésions bulleuses vulvaires évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen clinique à son admission avait retrouvé un placard végétant érosif par endroit englobant la région vulvaire, les 2 plis inguinaux, les 2 faces internes de l'extrémité supérieure des cuisses ainsi que la région périanale ; le reste de l'examen clinique n'avait pas objectivé d'autres atteinte cutanéo-muqueuse. Devant ce tableau, la patiente a bénéficié d'une biopsie cutanée ayant montré l'aspect d'un épiderme acanthosique hyperplasique verruqueux et papillomateux avec présence d'un clivage intraépidermique supra-basal ; l'immunofluorescence directe a montré la présence au niveau de l'épiderme

de dépôts intercellulaires d'IgG et de C3 confirmant ainsi le diagnostic de pemphigus végétant. Elle a été mise sous corticothérapie orale 1mg/kg/j avec immunosuppresseur azathioprine avec bonne évolution clinique. **Discussion :** Le pemphigus végétant survient dans plus de 80 % des cas pendant les quatrièmes décennies avec une nette prédominance féminine. Sa physiopathogénie reste mal connue, cependant elle implique des facteurs immunologiques (anticorps anti-desmogléines, desmocolline et périplakine) et des facteurs locaux en raison de sa localisation préférentielle aux plis (occlusion, macération, colonisation bactérienne ou fongique). Cliniquement, deux formes cliniques sont distinguées : la forme de Neumann dont les lésions initiales sont des vésicules ou des bulles et la forme de Hallopeau ou les lésions végétantes succèdent aux pustules au niveau des grands plis. Le diagnostic est confirmé par l'histologie et l'immunofluorescence directe et indirecte. L'histologie montre une hyperplasie épidermique, une acantholyse supra-basale, des abcès intra épidermiques à polynucléaires neutrophiles et éosinophiles et un infiltrat inflammatoire à polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. L'IFD objective des dépôts d'IgG et de C3 en « mailles de filet » au niveau de l'épiderme.
Conclusion : Le pemphigus végétant est une forme rare et peu agressive répondant bien aux fortes doses de corticoïdes par voie générale ainsi qu'au immunosuppresseurs.

28. La prévalence du syndrome des ovaires poly kystiques chez les femmes consultantes pour acné : étude prospective de 206 cas

A.Kerouach ; F.Hali ; H.Boufettal ; N.Samouh ; S.Chiheb
Service de Dermatologie, Service de gynécologie Obstétrique
CHU Ibn Rochd , Casablanca ,Maroc

Introduction : L'acné est une dermatose inflammatoire chronique du follicule pilosébacé, elle constitue un motif fréquent de consultation; en particulier chez les femmes en âge de procréer. Sa présence doit faire rechercher les signes d'hyper androgénie, en particulier le syndrome des ovaires poly kystiques (SOPK).
Le but de ce travail est d'évaluer la prévalence du SOPK chez les femmes consultantes pour acné, de dépister de manière précoce cette endocrinopathie afin de prévenir ses complications. **Matériels et méthodes :**
Cette étude porte sur l'analyse prospective de 206 femmes ayant consulté pour acné durant une période de deux ans allant de Juin 2019 à Juin 2021. Nous avons inclus toutes les femmes en période d'activité génitale qui ont consulté au service de Dermatologie CHU Ibn Rochd de Casablanca
Chez toutes nos patientes, une échographie ovarienne était demandée systématiquement, un bilan hormonal fait de testostéronémie, SDHEA, LH, FSH, prolactinémie et Cortisolémie de 8h était demandé en cas de présence de signes cliniques d'hyper androgénie. **Résultats :**
Nous avons recensé 206 patientes dont 148 (soit 72%) âgées plus de 25ans, ayant comme principal antécédent des troubles de cycles notés chez 114 patientes (55,6%).
L'acné était de type inflammatoire chez 182 femmes (88.6%), elle était modérée chez 200 patientes (97.4%) et sévère chez 5 patientes (2.5%). Le siège des lésions était au niveau de la face chez 156 femmes (75.7%), dont 61,7% sur les joues, 11,7% sur le menton et 26,6 % sur le front. Un hirsutisme associé était noté chez 96 patientes.
Dans notre étude, une échographie ovarienne avait objectivé un syndrome des ovaires poly kystiques chez 80 patientes (39,2%), parmi ces cas, 63 patientes (soit 78%) avaient plus de 25 ans et 59 patientes (soit 73%) avaient des troubles de cycles.
Un bilan hormonal a été réalisé chez 39 patientes (18.9%) , il était correct chez 26 patientes (12,6%) et perturbé chez 13 patientes (6,3%).
Un traitement topique était indiqué dans tous les cas. Un traitement par Isotrétinoine était prescrit chez 104 patientes (50.6%), et les cyclines chez 54 patientes (26,5%).
Toutes les patientes chez qui nous avons diagnostiqué un SOPK étaient mises sous contraception orale
Discussion
Dans notre étude, l'acné était révélatrice d'un SOPK chez 39% des femmes, compte tenu de cette forte prévalence, Un SOPK doit être recherché chez toute femme adulte consultante pour acné

L'aspect clinique est assez spécifique ; une acné inflammatoire du bas du visage, généralement chronique et récidivante
Les options thérapeutiques devraient être adaptées à la spécificité clinique et les caractéristiques physiopathologiques de l'acné d'une part et du SOPK d'autre part, pour ceci une prise en charge multidisciplinaire s'impose ; impliquant dermatologue, endocrinologue et gynécologue.

29. Le Prurigo chronique : Une menace pour la qualité de vie et du sommeil.

S.Aouali (1); H.Daflaoui (1) ;S.Dikhaye (1,2); N.Zizi (1,2)

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

(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier

Introduction :

Le prurigo chronique est une dermatose caractérisée par un prurit sévère d'évolution prolongée associé à des lésions dermatologiques. L'intensité du prurit et son exacerbation nocturne peuvent altérer la qualité de vie et du sommeil, et par conséquent retentir sur la santé mentale des patients.

L'objectif de notre étude est d'évaluer le retentissement du prurigo chronique sur la qualité de vie, la qualité du sommeil et la santé mental.

Matériels et méthodes :

Nous avons colligé tous les patients suivis pour un prurigo chronique au service de dermatologie au CHU Mohammed VI d'Oujda durant la période Janvier 2015- Aout 2021. Nous avons évalué plusieurs paramètres, notamment la qualité de vie en utilisant le questionnaire Dermatology life quality index (DLQI), l'importance du prurit via le l'échelle numérique de l'intensité du prurit (quotté de 0 à 5) et les troubles du sommeil par l'index de la sévérité de l'insomnie (ISI). **Résultats :**

Nous avons colligé 19 patients, dont 11 étaient suivis pour un prurigo nodulaire. L'âge moyen était de 48,21 ans avec des extrêmes d'âge allant de 9 ans à 81 ans. Nous notions une nette prédominance féminine avec un sex-ratio Femme/Homme de 2,8.

La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 9,42 ans. Presque le tiers des patients souffraient d'un trouble psychologique tel que l'anxiété et la dépression.

Soixante huit pour cent de notre population présentait une altération importante de la qualité de vie, avec une moyenne du score DLQI de 12,63. La majorité des patients se plaignaient d'un prurit intense, presque la moitié estimait une intensité de prurit supérieure ou égale à 4 sur l'échelle numérique de l'intensité du prurit. Quant à la qualité du sommeil, 42,10% des patients avaient un ISI > 15 traduisant une insomnie clinique sévère.

La prise en charge thérapeutique reposait majoritairement sur les dermocorticoïdes pour les 2/3 des patients, suivies par la photothérapie UVB pour 31,57% des patients, 1 patient était mis sous thalidomide, 1 sous ivermectine et 1 sous dapsone. Tous les patients de notre étude étaient sous antihistaminiques et émollients. Une très nette amélioration a été notée chez 47% des patients.

Discussion :

Le prurigo chronique est une maladie autonome définit par un prurit chronique évoluant depuis au moins 6 semaines, des antécédents et ou des signes de grattage répété et de multiples lésions cutanées prurigineuses (papules blanchâtres ou rosées, nodules et/ou plaques) (1). Il survient suite à une sensibilisation neuronale au prurit avec le développement d'un cercle vicieux prurit-grattage. Peu d'études se sont intéressées au retentissement de cette maladie sur le sommeil, avec des résultats divergents. Une étude américaine prospective a démontré qu'il existe une détérioration significative de la qualité du sommeil chez un groupe de patients suivis pour un prurigo nodulaire, avec un effet significatif du prurit nocturne (2). Paradoxalement une revue systématique récente sur les conséquences du prurigo nodulaire sur la qualité du sommeil a trouvé peu de preuves sur la relation entre les troubles du sommeil et l'intensité du prurit (3)

Une étude européenne multicentrique évaluant le fardeau du prurigo chronique a objectivé la fréquence de comorbidités psychiatriques, avec une anxiété chez 37% des malades, une dépression chez 29% et des idées suicidaires chez 19% des patients (4). Les résultats de notre étude rejoignent ces travaux, L'altération de la qualité du sommeil, la fréquence de comorbidités psychiques et l'intensité du prurit semblent liés et constituent un cercle vicieux.

Conclusion :

L'évolution prolongée et le traitement difficile du prurigo chronique font que les patients vivent péniblement leur maladie. Le prurit surtout nocturne est à l'origine de sérieux troubles de sommeils et d'une irritabilité durant la journée. Tous ces facteurs ne peuvent que retentir négativement sur la santé mentale des malades, d'où la nécessité d'un traitement efficace et d'une prise en charge globale des patients avec une attention particulière pour la qualité du sommeil et la santé psychique.

30. La pustulose exanthématique aiguë généralisée et le psoriasis pustuleux : Différences cliniques et histopathologiques

A.Elkissouni , F.Hali, S.Chiheb

Introduction :

La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) et le psoriasis pustuleux (PP) sont deux entités qui, par leur similitude clinique et histologique, peuvent être difficiles à différencier, essentiellement chez les patients qui se présentent pour un premier épisode sans antécédents préalables, ce qui peut conduire à une prise en charge inappropriée.

Le but de cette étude est de souligner les caractères cliniques, paracliniques et histopathologiques qui peuvent différencier entre le PP et la PEAG. **Matériels et méthodes :**

C'est une étude rétrospective menée au service de dermatologie du Chu Ibn Rochd de Casablanca sur une période de 5 ans, entre janvier 2015 et décembre 2020 .

Notre étude a concerné tous les patients hospitalisés pour PP ou PEAG .

Résultats :

Parmi 39 patients, 27 étaient suivis pour une première poussée de PP, et 12 pour une PEAG.

Une nette prédominance féminine a été notée dans les deux pathologies. Dans le PP l'âge moyen est de 35 ans avec des extrêmes de 13- 65, l'âge moyen est de 31 ans dans la PEAG avec des extrêmes de 20 - 51 ans .

Des antécédents de psoriasis ont été trouvés chez 66% des patients (n=18) atteints de PP, 37% des patients (n=10) rapportaient une prise médicamenteuse antérieure, faite de corticostéroïdes systémiques dans 60% des cas .

Une prise médicamenteuse antérieure a été retrouvée dans tous les cas de PEAG.
Sur le plan clinique : Des lésions localisées sur le tronc et/ou les membres ont été observées chez tous les patients (PP / PEAG).
Une atteinte palmo-plantaire était présente dans 33% (n=9) des cas de PP versus 8% (n=1) dans la PEAG , l'atteinte des plis a été retrouvée dans 18% (n=5) des cas de PP versus 41% dans la PEAG , Une atteinte des muqueuses a été notée dans 37% (n=3) des cas de PP versus 11% dans la PEAG ,
L'atteinte des phanères a été notée dans respectivement 77% (n=21) et 16% (n=2) des cas.
La fièvre était présente chez tous les patients atteints de PEAG versus 55% de PP et le prurit était présent chez 37,5% (n=3) des patients atteints de PEAG versus 44% (n=12) de PP .
Sur le plan histologique : Des pustules spongiformes ont été observées dans 62% des cas de PEAG versus 40% des cas de PP, un infiltrat périvasculaire était présent dans respectivement 66% et 62% des cas. Une nécrose kératinocytaire était présente dans 33% (n=4) de cas de PEAG, une parakératose dans 40% des cas de PP (n=11) , et des capillaires tortueux chez 2 patients atteints de PP .
L'évolution a été favorable sous traitements symptomatiques et locaux pour 83% des cas de PEAG, 17% (n=2) ont nécessité un traitement par corticostéroïdes systémiques.
Dans le PP, l'évolution a été favorable sous corticoïdes topiques et traitement local dans 63% des cas (n=17), 37% (n=10) des cas ont nécessité un traitement par Methotraxate ou acétritine.
Conclusion :
Différencier entre la PEAG et le PP peut être difficile, les antécédents de psoriasis et de prise médicamenteuse, la durée d'évolution, l'atteinte de certaines localisations (plis et visage dans la PEAG , cheveux et ongles dans le PP)peuvent aider au diagnostic étiologique, histologiquement la présence de capillaires tortueux est en faveur du PP , alors que la nécrose kératinocytaire oriente vers la PEAG .

31. Psoriasis pustuleux généralisé déclenché par une hypocalcémie et d'évolution fatale : à propos d'un cas

M.Alj, F.Chahboun, F.Agharbi, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc

Introduction

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau fréquente, dont plusieurs facteurs peuvent déclencher les poussées sur un terrain génétiquement prédisposé. Actuellement considérée comme maladie auto-immune, le psoriasis peut avoir de nombreuses manifestations systémiques. Le psoriasis pustuleux généralisé PPG représente une forme grave dont l'hypocalcémie peut rarement être un facteur déclenchant. Nous rapportons le cas d'une patiente ayant présenté un tableau sévère de PPG déclenché par une hypocalcémie et compliqué de détresse respiratoire aigüe et décès
Observation
Femme âgée de 73 ans ayant come ATCD personnels une thrombocytémie sous hydrea, une hypoparathyroidie post chirurgicale et un psoriasis en plaques. Hospitalisée en urgence devant un tableau fait d'une puslulose généralisée, fièvre, asthénie et arthralgies. L'éruption pustuleuse a eu lieu progressivement 5 semaines avant son hospitalisation avec aggravation 3 jours après une automédication par antibiothérapie à base d'amoxiciline-acide clavulanique. L'examen clinique avait montré une érythrodermie pustuleuse avec décollement cutané généralisé touchant le visage, le tronc, les membres supérieurs et inférieurs, sans atteinte muqueuse. Au bilan biologique, il existait une hypocalcémie profonde à 41 mg/L, un taux de parathormone effondré à 1.7 ng/L, un bilan rénal perturbé. Une biopsie a été réalisée révélant l'aspect d'une pustule sous cornée avec clivage superficiel, des cellules détachées d'allure acantholytique, de nombreux polynucléaires neutrophiles, le tout associé à une spongiose et une parakératose.
Le diagnostic de psoriasis pustuleux aigu généralisé a été a retenu. L'évolution a été marquée initialement par l'amélioration de l'état cutané après correction de la calcémie avec disparition des pustules et persistance d'un état inflammatoire cutané sous-jacent. La patiente a présenté au cours de son hospitalisation un tableau de détresse respiratoire aigüe avec au scanner thoracique un aspect en verre dépoli associé à des foyers de condensations bilatéraux, entrainant le décès de la patiente.

Discussion

De nombreux facteurs déclenchant un PPG ont été décrits : les infections, certaines prises médicamenteuses (dont les glucocorticoides, l'amoxiciline et l'interféron pégylé), la grossesse mais aussi de façon plus rare, l'hypocalcémie. Cette dernière peut être associée à une pustulose généralisée chez un patient avec ou sans antécédent de psoriasis. Ses causes sont variables (l'hypoparathyroidie post chirurgicale ou idiopathique, la malabsorption, une insuffisance rénale chronique...) et sa correction entraine une régression rapide de l'éruption pustuleuse. De nombreuses études démontrent le rôle important du calcium dans l'adhésion cellulaire grâce aux Cadhérines dont elles sont dépendantes. Chez notre patiente, l'histologie montre en effet un aspect d'acantholyse secondaire à la dissociation des cadhérines. En outre, l'amoxicilline est connue depuis longtemps pour sa capacité à induire un PPG chez des patients suivis pour psoriasis. Ceci a été expliqué récemment pas l'existence de mutations de gènes codants pour les récepteurs à IL 36 (déficience de l'antagoniste du récepteur à l'IL-36 ou DITRA). En effet, Le traitement d'infections streptococciques par pénicilline augmente la production des TNF-alfa, d'IL 1 et d'IL 36, cytokines pro-inflammatoires, dont le taux augmente significativement au niveau de la peau et entraine une éruption pustuleuse. Cela explique pourquoi l'introduction de l'amoxicilline chez notre patiente a aggravé l'éruption pustuleuse déclenchée par l'hypocalcémie. A travers notre observation, nous illustrons également le fait que le psoriasis est une maladie systémique avec atteintes viscérales rares mais possibles particulièrement au cours des PPG. Nous en citons l'atteinte pulmonaire à type de pneumopathie interstitielle, d'évolution parfois défavorable pouvant entrainer une détresse respiratoire aigüe comme c'est le cas chez notre patiente.

CONCLUSION

L'hypocalcémie peut être un élément déclencheur de PPG qu'il va falloir guetter minutieusement chez les patients ayant des facteurs de risque d'hypocalcémie. Le clinicien devrait être également prudent quant à l'administration d'antibiothérapie de la famille des pénicillines chez les patients atteints de psoriasis afin d'éviter le déclanchement d'un PPG.

32.Une dégénérescence inattendue du lichen plan cutané

INTRODUCTION :

Le lichen plan hyperplasique est une dermatose inflammatoire dont l'évolution est généralement favorable, la survenue de transformation carcinomateuse est connue au niveau muqueux, mais plus sporadique au niveau cutané; nous en rapportons le cas d'un carcinome épidermoide survenant sur un lichen plan cutané hyperplasique.

OBSERVATION :

Mme F. De 70 ans, avec notion de dermatose chronique prurigineuse évoluant depuis 20 ans traitée par dermocorticoides au long court ,admise pour bilan d'extension d'un carcinome épidermoide métastatique de la jambe gauche confirmé histologiquement, l'examen trouvait une tumeur ulcéro-bourgeonante à base indurée, à surface mamelonnée au niveau de la face antéro-interne de la jambe gauche , avec quleques plaques hyperplasiques dyschromiques au niveau péri-tumoral et au niveau de la jambe controlatéral le reste de l'examen objectivait des macules hyperpigmentées cicatricielles au niveau des cuisses , et le bas du dos . A l'examen des aires ganglionnaires : une adénopathie inguinale homolatérale de 06 cm. Une biopsie était faite au niveau d'une plaque hyperplasique guidée par la dermoscopie qui objectivait des stries linéaires à disposition radiaire et dont le résultat est revenu en faveur d'un épaississement de la couche granuleuse, surmontée par une hyperkératose orthokératosique , le derme était le siège d'un infiltrat inflammatoire lymphocytaire avec des mélanophages qui se dispose en bandes sous épidermique réalisant des lésions de dermatite d'intrface concluant à un lichen.

DISCUSSION :

Le lichen plan est une pathologie inflammatoire chronique, d'origine inconnue touchant la peau, les muqueuses, le cuir chevelu et les ongles.Il se présente classiquement sous la forme de papules violacées, brillantes, à bords nets et polygonaux , à surface plane et recouvertes de fines stries blanches, les stries de Wickham. Parmi les aspects morphologiques, on distingue le lichen plan hypertrophique qui siège principalement au niveau des membres inférieurs et qui est volontiers prurigineux .Le diagnostic de lichen

est clinique dans les formes typiques. Dans les formes atypiques, l'histologie pose le diagnostic. Elle montre une hyperkératose orthokératosique, une hypergranulose et qui sont le siège d'un infiltrat lymphohistiocytaire en bandes. Dans les formes cutanées du lichen , la transformation carcinomateuse est exceptionnellement décrite : Moins de 30 cas de carcinomes cutanés sur lichen plan ont été rapportés. Dans trois cas, il s'agissait de carcinome verruqueux; avec une exposition à des facteurs carcinogènes observée chez 50% des cas (arsenic, radiation ionisante).

CONCLUSION :

Le lichen plan hyperplasique est le lit d'une inflammation chronique qui peut etre à risque de transformation , cette observation suggère une surveillance plus régulière de cette forme clinique de lichen ainsi qu'un traitement adapté et un dépistage précoce en cas de transformation.

33. Lichen aigu généralisé ; Quand l'histologie fait défaut, la clinique prime

Guechchati M, Elloudi S, Boughaleb S, Douhi Z, Baybay H, Mernissi FZ Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

Introduction :

Le lichen plan exanthématique ou généralisé est la variante éruptive du LP. Rarement rapporté dans la littérature, l'étiologie reste inconnue. Son diagnostic est d'abord clinique aidé par la dermoscopie. Néanmoins, une toxidermie lichénoide reste le principal diagnostic différentiel devant le caractère aigu et généralisé. Dans ces cas, l'histologie s'impose. Nous rapportons 1 cas de lichen aigu généralisé avec discordance clinico-histologique.

Observation :

Mme J. âgée de 54 ans, diabétique sous insuline, présente depuis 2 mois des papules prurigineuses au niveau de la face antérieure des avants bras, mise sous Ascabiol sans amélioration. L'évolution a été marquée par la généralisation des lésions. Pas de notion de prise médicamenteuse ni de plantes. L'examen clinique trouve sur tout le corps des papules polygonales roses violines parcourues de stries blanchâtres avec des lésions linéaires koebneiformes et une kératodermie plantaire. La dermoscopie montre un patron vasculaire, des stries de Wickham perpendiculaires et réticulaires, et un réseau lichénien évident de la muqueuse buccale. Le bilan biologique était sans particularité. L'histologie d'une lésion active a démontré un épithélium régulier acanthosique, nécrose focale et présence d'éosinophiles au niveau du derme concluant en premier à une toxidermie lichénoide. Notre conduite était de mettre la patiente sous corticothérapie faible dose. L'évolution a été marquée par la désinfiltration des lésions laissant place à des macules pigmentées et la disparition totale des réseaux muqueux ainsi que la kératodermie.

Discussion :

Le lichen est une dermatose chronique récidivante et prurigineuse touchant la peau, les muqueuses, parfois les phanères caractérisée par des troubles de la kératinisation. Existant sous différentes formes cliniques ; le lichen plan généralisé se présente sous la forme de papules polygonales à extension rapide, disséminées, érythémateuses, parfois violacées, laissant place à des macules pigmentées. Le LPAG simule une panoplie de dermatoses lichénoides dont la principale est la toxidermie lichénoide qui présente des similitudes cliniques et histologiques. Dans notre cas, l'absence d'une prise médicamenteuse, d'un polymorphisme clinique ainsi que la distribution des lésions typiques sur les faces d'extension avec des stries de Wickham au niveau cutané et muqueux ont permis de conclure à un lichen aigu généralisé malgré la présence d'éosinophiles en histologie. La bonne évolution sous corticothérapie systémique sans avoir recours à un arrêt de traitement était l'argument tranchant.

Conclusion :

Le lichen plan généralisé reste le premier diagnostic à évoquer devant des papules polygonales squameuses diffuses et des stries de Wickham. L'histologie étant souvent variable et non pathognomonique, le diagnostic se doit d'être établi sur un faisceau d'arguments cliniques et dermoscopiques avant tout.

34. Psoriasis et vitiligo induit par imatinib chez un malade suivi pour leucémie myéloïde chronique

S.Ibzer, F.Amakha, O.Hocar, S.Amal

Service de Dermatologie-vénérologie, CHU Mohammed VI de Marrakech

Laboratoire de bioscience et santé

Introduction :

L'Imatinib est un inhibiteur de la tyrosine kinase qui cible la protéine BCR-ABL, c-kit et le récepteur du facteur de croissance dérivé des plaquettes. C'est le traitement de première intention de la leucémie myéloïde chronique (LMC). C'est un traitement qui reste bien toléré .Ces effets secondaires les plus fréquents sont les troubles gastro-intestinaux, la rétention hydrique, l'œdème périorbitaire et la myélosuppression. Les effets secondaires dermatologiques rapportés sont les éruptions maculopapuleuses, éruptions de type pityriasis rosé et les lésions psoriasiformes. L'hypopigmentation est un effet indésirable peu fréquent de l'imatinib chez les patients atteints de LMC. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 41 ans qui a développé des lésions psoriasiformes et une hypopigmentation généralisée durant son traitement par l'imatinib (400 mg/jour) pour une leucémie myéloïde chronique.

Observation:

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 41 ans, suivi pour LMC avec au caryotype la présence du chromosome de Philadelphie, traité par imatinib par voie orale (400 mg/j).

Neuf mois après le début du traitement, le patient a développé des lésions érythemato-squameuses généralisée de tout le corps, sans notion de psoriasis connu personnel ni familial et sans autre prise médicamenteuse. Le Patient est mis sous préparation à base de dermocorticoïde.

L'évolution est marquée 2 semaines après par l'apparition de lésions achromiques débutant au niveau des 2 bras et l ' abdomen avec généralisation secondaire de tout le corps.

Devant ce tableau clinique le diagnostic de vitiligo induit par imatinib est retenu et des séances de photothérapie ont été indiquées chez le patient.

Discussion :

L'imatinib est un inhibiteur sélectif de plusieurs tyrosines kinases : il inhibe non seulement la tyrosine kinase BCR-ABL, mais aussi les récepteurs du facteur de croissance dérivé des plaquettes (PDGFR) et le récepteur c-KIT. Dans la littérature, les réactions cutanées à l'imatinib peuvent survenir chez 7 % à 88,9 % des patients.Les éruptions maculopapuleuses, les éruptions érythémateuses, les œdèmes, et l'œdème périorbital sont les effets indésirables les plus fréquents. Dans une série de 438 malades suivies pour LMC et traités par imatinib, 4 malades avaient développé des lésions psorasiformes.

L'Imatinib affecte la production de cytokines, la prolifération des cellules T et la sécrétion d'interféron-c. Ceci peut expliquer l'apparition ou l'exacerbation du psoriasis chez certains patients.

L'hypopigmentation est un effet indésirable peu fréquent de l'imatinib qui a été rapporté dans quelques séries. L'imatinib pourrait diminuer la pigmentation cutanée par l'inhibition de l'activité de la tyrosine kinase BCR-ABL, des récepteurs du facteur de croissance dérivé des plaquettes (PDGFR) et du récepteur c-KIT. A notre connaissance, notre cas est le premier à rapporter des lésions psoriasiformes et une hypopigmentation chez un même malade traité par imatinib pour LMC.

Dans la littérature l'hypopigmentation était réversible à l'arrêt de l'Imatinib. Actuellement, il est recommandé de poursuivre indéfiniment l'Imatinib chez les patients qui répondent au traitement. Chez notre patient, l'imatinib n'a pas été arrêté devant la bonne réponse clinique.

Conclusion :L'imatinib est un traitement qui a révolutionné le pronostic des leucémies myéloïdes chroniques. Notre observation suggère que l'imatinib peut induire plusieurs effets secondaires cutanés chez un même malade.

35. Psoriasis de l'enfant révélé par une atteinte palpébrale

Walid N, Elfatoiki Fz, Skali H, Hali F, Chiheb S, service de dermatologie Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique universellement répandu, mais il existe des formes inhabituelles par leurs localisations, distributions et leur sévérité. La localisation faciale est rare, caractérisée par un retentissement psychosocial majeur.

Nous rapportons un cas de psoriasis facial chez un enfant, révélé par une atteinte palpébrale manifeste

Observation

Il s'agit d'un enfant âgé de 13 ans sans antécédents pathologiques particuliers, qui présente depuis l'âge d'un an des lésions érythémateuses prurigineuses localisées initialement au niveau des paupières, puis étendus il y a 2 ans au niveau des lèvres, ongles et extrémités avec notion d'une amélioration suite à l'application de dermocorticoïdes sans arthralgies ni autres signes.

A l'examen : des lésions érythémateuses finement squameuses arrondies légèrement infiltrées siégeant au niveau des paupières, ainsi qu'au niveau des lèvres et les narines, l'ombilic, les extrémités des doigts et des orteils avec atteinte de la région génitale.
L'examen des ongles avait montré le signe de la manucure, signe de 'Dé à coudre'. Le cuir chevelu est le siège d'une parakératose avec signe de traction négatif

A la biopsie cutanée : dermatite psoriasiforme, avec hyperacanthose et parakératose discontinu en rapport avec un psoriasis.

Le patient a été mis sous dermocorticoides avec relais prévu par inhibiteur de la calcineurine **Discussion**

L'intérêt de notre étude était de mettre en évidence une localisation rare de psoriasis qui est le visage avec une distribution particulière au niveau des paupières chez un enfant de 13 ans.

Il est prouvé dans la littérature que l'atteinte faciale dans le psoriasis est un marqueur d'une maladie plus grave. Chez les patients atteints de psoriasis facial, les scores PASI de l'ensemble du corps sont généralement plus élevés que chez les patients sans lésions sur le visage

Dans notre cas les lésions faciales sont distribuées au niveau palpébrale, cependant les zones faciales les plus fréquemment atteintes dans le psoriasis sont le haut du front, le bas du front, la région péri-auriculaire, les oreilles et les joues, alors que les paupières sont des sites rares de psoriasis.

La présence des lésions sur les paupières est un facteur de risque pour le développement des dommages oculaires sans lien statistiquement significatif. L'examen ophtalmologique chez notre patient était normal.

Le traitement à court terme du psoriasis facial comprend des stéroïdes topiques légers, malgré le risque d'atrophie et d'autres effets secondaires cutanées. Cependant les analogues topiques de la vitamine D et les inhibiteurs immunomodulateurs de la calcineurine sont des agents efficaces pour éviter les stéroïdes.

36. Psoriasis pustuleux et hypocalcémie : pensez au syndrome de Fahr

L. Araqi Houssaini, F. Hali, FZ. El Fatoiki, H. Skali, S. Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Université Hassan II Casablanca, MAROC

Introduction Le psoriasis pustuleux peut être déclenché par plusieurs facteurs dont l'hypocalcémie. Le syndrome de Fahr est une entité anatomo-clinique rare caractérisée par des dépôts calciques au niveau des noyaux gris centraux dont les manifestations sont le plus souvent liées aux troubles du métabolisme phosphocalcique. Nous rapportons deux cas de psoriasis pustuleux révélant un syndrome de Fahr.

Observation

Cas 1 Patiente de 28 ans, au discours incohérent et délirant, était admise pour prise en charge d'une pustulose généralisée. L'examen clinique retrouvait une patiente fébrile avec érythrodermie squameuse parsemée de pustules non folliculaires. L'étude histologique concluait à un psoriasis pustuleux. Son bilan objectivait une hypocalcémie à 28 mg/l et une PTH basse à 2 pg/ml. Son évaluation psychiatrique était en faveur d'une schizophrénie. Un syndrome de Fahr a été donc suspecté et confirmé à la TDM cérébrale (calcifications bilatérales et symétriques des noyaux gris centraux). La patiente a été initialement mise sous correction intraveineuse de son hypocalcémie puis relais par voie orale, en plus d'une supplémentation en vitamine D. L'évolution fut marquée par un blanchiment cutané sous dermocorticoïdes au bout d'une semaine en plus d'une normalisation du taux de calcium.
Cas 2 Patient de 34 ans, aux antécédents de crises tonico-cloniques généralisées sous Phénobarbital et des troubles du comportement sous neuroleptiques depuis l'âge de 20 ans, était admis pour prise en charge de lésions érythémato-squameuses étendues surmontées de pustules non folliculaires évoluant dans un contexte de fièvre. Sa biopsie cutanée concluait à un psoriasis pustuleux. Son bilan objectivait une hypocalcémie à 51 mg/ml et une PTH basse à 5 pg/ml. Sa TDM cérébrale confirmait le syndrome de Fahr. Le patient a été supplémenté en calcium et en vitamine D ; en plus d'une préparation de dermocorticoïdes avec bonne évolution.
Discussion Le syndrome de Fahr est défini par la présence de calcifications striato-pallido-dentelées non artério-sclérotiques, associées à des anomalies du métabolisme phosphocalcique dont l'étiologie est principalement une hypoparathyroïdie. La symptomatologie est dominée par les troubles neuropsychiatriques, retrouvés chez nos patients. Les manifestations cutanées, plus rares, sont liées à l'hypoparathyroidie et à l'hypocalcémie. En effet, certaines études expérimentales montrent qu'en milieu hypo calcique, les kératinocytes possèdent une activité proliférative importante, ce qui expliquerait le tableau de psoriasis pustuleux chez nos deux patients. Le diagnostic repose sur la présence de calcifications bilatérales et symétriques des noyaux gris centraux. Le traitement repose sur la substitution en calcium et en vitamine D. Il est donc important de rechercher des calcifications intracérébrales devant des troubles du métabolisme phosphocalcique, et en particulier en cas de pathologies neuropsychiatriques associées.

37. Rosacée fulminas induite : A propos d'un cas

Hasna Kerrouch°, Meryem Khalidi, Rachid Frikh, Naoufal Hjira , Mohammed Boui °Service de Dermatologie de l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V- RABAT

Introduction
La rosacée fulminans ou pyoderma faciale est une forme rare et grave de rosacée. Dans de rares cas, une prise médicamenteuse est identifiée comme facteur déclenchant. Nous rapportons un cas de rosacée fulminans secondaire à l'association ribavirine interféron pegylé. **Observation**
Patient de 40 ans suivi depuis 1 mois en gastrologie pour hépatite C consultait pour une dermatose faciale d'apparition brutale 2 semaines après l'introduction de l'association ribavirine interféron pegylé. Cliniquement, il avait des lésions papulo-pustuleuses sur l'ensemble du visage associées à un œdème palpébral bilatéral. Une biopsie cutanée a été réalisé montrant une folliculite inflammatoire aiguë non granulomateuse.
Devant l'aspect clinique et histologique ainsi que les données anamnestiques le diagnostic de rasacée fulminans a été posé et le patient a été mis sous isotretinoine 0,5mg/kg avec arrêt de la bithérapie ribavirine interféron pegylé. Une rémission complète a été obtenue au bout de 6 mois de traitement.

Discussion
Décrite en 1940 par O'Leary and Kierland, la rosacée fulminans (RF)se caractérise par un début extrêmement brutal chez des femmes jeunes entre 20 et 40 ans.
Cliniquement, la RF est caractérisée par la présence de papules, pustules, nodules profonds et de sinus de drainage confluents sur un visage érythémateux et œdémateux. La pathogénie reste incertaine. Dans de rares cas, une prise médicamenteuse est identifiée comme facteur déclenchant.
Le traitement est basée l'arrêt du médicament incriminé et sur l'isotrétinoïne et le méthylprednisolone.
Conclusion
La rosacée fulminante est une pathologie grave et rare, qui a des répercussions esthétiques et un impact psychologique importants.

38. La Pemphigoïde Gestationis, une dermatose gravidique rare à connaitre : Etude rétrospective de 11 cas

H. Jabri ; F. Hali ; F. Marnissi ; S. Chiheb
Service de Dermatologie et Vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc
Introduction : La Pemphigoïde Gestationis (PG) est une dermatose bulleuse auto-immune rare pouvant survenir à tous les stades de la grossesse. Nous décrivons à travers notre travail le profil épidémiologique, clinique et évolutif des Pemphigoïdes gravidiques au service de Dermatologie au CHU Ibn Rochd.
Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de Dermatologie au CHU Ibn Rochd entre janvier 2014 et janvier 2021. Les dossiers retenus étaient analysés selon une fiche d'exploitation comprenant les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques.
Résultats : Sur une période de 7ans, onze cas ont été colligés, 7 multipares et 4 primipares. L'âge moyen de début était de 26ans, Le début des signes cliniques était au 3e trimestre dans 7cas, 2ème trimestre chez 2 patientes et en post-partum chez 2 patientes. Le prurit était inaugural avec début périombilical chez toutes les patientes. Cliniquement, 10 patientes avaient des lésions urticariennes et 9 des lésions bulleuses ; le siège lésionnel était au niveau du tronc chez toutes les patientes, Membres supérieurs et inférieurs chez 5 patientes et au niveau du visage chez seulement 2 patients. La biopsie cutanée couplé à l'immunofluorescence directe a confirmé le diagnostic chez toutes les patientes. Le traitement était basé sur une corticothérapie générale dans tous les cas, L'évolution était favorable chez toutes les patientes avec 1 seul cas rapporté de mort fœtal.
Discussion : La PG est une dermatose bulleuse sous-épidermique auto-immune, qui touche le plus souvent les multipares et peut se déclarer à tous les stades de la grossesse, y compris en post-partum immédiat. Le principal antigène incriminé est le collagène XVII présent au niveau cutané et placentaire ; sa présence déclenche une réponse inflammatoire conduisant au phénotype. Elle se manifeste initialement par un prurit intense suivi par l'apparition de placards urticariens surmontés ou pas de lésions bulleuses commençant généralement en péri-ombilicale. L'arsenal thérapeutique fait appel à la corticothérapie locale et générale.

39. Pemphigoide bulleuse aggravée par la simvastatine

R.Ajaaouani, K.Baline, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie vénérologie CHU
Ibn Rochd de Casablanca. Maroc
Introduction :
La simvastatine est un hypolipémiant inhibiteur de la 3-hydroxy-3-méthylglutaryl-coenzyme A réductase de prescription courante en médecine générale. Nous rapportons l'observation d'une pemphigoïde bulleuse (PB) aggravé par la simvastatine. **Observation :**
Patiente âgée de 80 ans diabétique sous insuline, suivie pour une PB confirmée à l'histologie et l'IFD. Elle a été mise sous dermocorticoïde locaux avec une stabilisation de la maladie. Admise pour prise en charge des ulcères de jambes évoluant depuis 5mois, douloureux avec notion de claudication intermittente des membres inférieurs. L'examen clinique a montré de lésions cicatricielles pigmentées au niveau du tronc, le dos, et les jambes avec deux ulcères au niveau du tiers postéro- inferieur du tibia droit mesurant respectivement 2 et

3cm. L'echodoppler artérielle des membres inférieurs a montré une plaque athéromateuse de l'artère l'iliaque externe étendue à l'artère fémorale commune. L'angioscanner des membres inférieurs a confirmé l'occlusion segmentaire du tronc tibioperonier droit et de l'artère péronière droite. La patiente a été mise sous acide acétylsalicylique, simvastatine, de l'héparine de bas poids moléculaire, antalgique palier 2 et soins locaux. Dix jours après elle a présenté un prurit intense généralisé, avec apparition de bulles tendues au niveau du tronc, le dos, jambes, reposant sur une peau saine avec des érosions vulvaires. Le nickolsky était positif. Une numération formule sanguine a montré une hyper éosinophilie à 2190. Une biopsie cutanée a montré un décollement jonctionnel, le toit est épidermique régulier et comporte des kératinocytes apoptotiques. Le contenu est composé de polynucléaires éosinophiles et neutrophiles, le plancher est dermique parsemé de polynucléaires éosinophiles et neutrophiles. IFD était en faveur de pemphigoide bulleuse. Une pemphigoide bulleuse aggravée par la simvastatine a été retenue après une étude de pharmacovigilance avec un score I3B4. La patiente a été mise sous corticothérapie 1mg /kg/J et imurel 100 mg/j avec une bonne amélioration.

Discussion :
Dans notre cas, les critères permettant de retenir le diagnostic d'une pemphigoide bulleuse aggravée par la simvastatine était : les bulles reposant sur une peau saine, l'atteinte génitale, le nickolsky positif, l'hyper éosinophilie sanguine majeure, l'infiltrat éosinophilique et les kératinocytes apoptotiques à l'histologie. L'amélioration après l'arrêt de la simvastatine appuyait le diagnostic. Dans la littérature ; les médicaments déclenchants ou aggravants la pemphigoide bulleuse sont les gliptines, les anti PD1, les diurétiques, les pénicillines, les anti-inflammatoire non stéroïdiens et la PUVA. Quelque rares cas rapportent l'apparition d'une pemphigoide bulleuse associée à un lichen plan après la prise de la simvastatine. Malgré sa rareté, cet effet secondaire doit être connu par les cliniciens.

40. Pemphigoide bulleuse aggravée par la simvastatine

R.Ajaaouani, K.Baline, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie vénérologie
CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :
La simvastatine est un hypolipémiant inhibiteur de la 3-hydroxy-3-méthylglutaryl-coenzyme A réductase de prescription courante en médecine générale. Nous rapportons l'observation d'une pemphigoïde bulleuse (PB) aggravé par la simvastatine.

Observation :

Patiente âgée de 80 ans diabétique sous insuline, suivie pour une PB confirmée à l'histologie et l'IFD. Elle a été mise sous dermocorticoïde locaux avec une stabilisation de la maladie. Admise pour prise en charge des ulcères de jambes évoluant depuis 5mois, douloureux avec notion de claudication intermittente des membres inférieurs. L'examen clinique a montré de lésions cicatricielles pigmentées au niveau du tronc, le dos, et les jambes avec deux ulcères au niveau du tiers postéro- inferieur du tibia droit mesurant respectivement 2 et 3cm. L'echodoppler artérielle des membres inférieurs a montré une plaque athéromateuse de l'artère l'iliaque externe étendue à l'artère fémorale commune. L'angioscanner des membres inférieurs a confirmé l'occlusion segmentaire du tronc tibioperonier droit et de l'artère péronière droite. La patiente a été mise sous acide acétylsalicylique, simvastatine, de l'héparine de bas poids moléculaire, antalgique palier 2 et soins locaux. Dix jours après elle a présenté un prurit intense généralisé, avec apparition de bulles tendues au niveau du tronc, le dos, jambes, reposant sur une peau saine avec des érosions vulvaires. Le nickolsky était positif. Une numération formule sanguine a montré une hyper éosinophilie à 2190. Une biopsie cutanée a montré un décollement jonctionnel, le toit est épidermique régulier et comporte des kératinocytes apoptotiques. Le contenu est composé de polynucléaires éosinophiles et neutrophiles, le plancher est dermique parsemé de polynucléaires éosinophiles et neutrophiles. IFD était en faveur de pemphigoide bulleuse. Une pemphigoide bulleuse aggravée par la simvastatine a été retenue après une étude de

pharmacovigilance avec un score I3B4. La patiente a été mise sous corticothérapie 1mg /kg/J et imurel 100 mg/j avec une bonne amélioration.

Discussion : Dans notre cas, les critères permettant de retenir le diagnostic d'une pemphigoide bulleuse aggravée par la simvastatine était : les bulles reposant sur une peau saine, l'atteinte génitale, le nickolsky positif, l'hyper éosinophilie sanguine majeure, l'infiltrat éosinophilique et les kératinocytes apoptotiques à l'histologie. L'amélioration après l'arrêt de la simvastatine appuyait le diagnostic. Dans la littérature ; les médicaments déclenchants ou aggravants la pemphigoide bulleuse sont les gliptines, les anti PD1, les diurétiques, les pénicillines, les anti-inflammatoire non stéroïdiens et la PUVA. Quelque rares cas rapportent l'apparition d'une pemphigoide bulleuse associée à un lichen plan après la prise de la simvastatine. Malgré sa rareté, cet effet secondaire doit être connu par les cliniciens.

41. Un Aspect de Chéilite inhabituelle : à propos d'un cas

N.BENNOUNA, F.Z ELFETOIKI, F.HALI, H.Skalli, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc.

Introduction :
La chéilite est une inflammation des lèvres survenant dans la région du vermillion mais pouvant s'étendre à la peau avoisinante et plus rarement à la muqueuse buccale.
La chéilite virale est principalement due au virus de l'herpès simplex, en particulier de type1. Elle se caractérise par des éruptions vésiculaires récurrentes.
Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant une chéilite atypique.

OBSRVATION
Une femme de 50 ans ayant des antécédents de cancer du sein il y a 5 ans, une thrombose veineuse profonde du membre supérieur droit il y a 2 mois ainsi qu'une varicelle il y a 3 semaines traitée par du valaciclovir avec bonne évolution et qui a présenté une chéilite évoluant depuis 1 semaine avec sensation de cuisson. L'examen physique a révélé des vésicules confinées à la région du vermillon sans dépasser la jonction cutanéomuqueuse. L'examen de la muqueuse buccale et des aires ganglionnaires étaient sans anomalies.
Un frottis de Tzanck a été réalisé et a révélé des cellules géantes multinuclées ballonisantes, aucune cellule acantholytique n'a été notée.
Compte tenu de tous les résultats, un diagnostic de chéilite herpétique a été retenu et le patient a été traité avec par l'aciclovir à raison de 200 mg cinq fois par jour avec disparition complète des lésions.

DISCUSSION
L'infection par le virus Herpes simplex (HSV) est fréquente notamment chez les patients présentant une immunodéficience qui résulte de la réactivation du virus latent, et peut se présenter sous différentes formes illustrées chez notre patiente par l'atteinte des vermillons sans dépassement de la jonction cutanéo-muqueuse. Notre objectif est de mettre en évidence une manifestation atypique de la chéilite virale en particulier dans un contexte d'immunodéficience, afin qu'elle puisse être reconnue et éviter des traitements inutiles.

42. La prévalence de l'atteinte cutanée au cours de la sarcoïdose systémique

M. Rimaoui ; F.Hali ; F. mernissi S.Chiheb
Service de dermatologie ; Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

introduction:

La sarcoïdose systémique est caractérisée par la présence de granulomes épithéloides non caséeux. Elle peut affecter de nombreux organes, La peau en constitue la 4ème localisation. La sarcoïdose cutanée est distinguée par son polymorphisme lésionnel, elle est désignée par ‘’ la grande simulatrice’’ .Le but de notre étude est d'évaluer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la sarcoïdose cutanée à travers une série hospitalière.

Matériel et méthodes :
L'étude est rétrospective et descriptive, incluant 22 patients atteints de sarcoïdose systémique avec atteinte cutanée, diagnostiqués entre 2011 et 2021.

Résultats :
Les lésions cutanées les plus fréquentes étaient : la sarcoïdose papulo-nodulaire dans 12 cas, le lupus pernio dans 6 cas, l'atteinte des muqueuses nasales dans 2 cas et l'atteinte unguéale à type de dystrophie unguéale dans 2 cas. L'atteinte cutanée était inaugurale chez 13 patients. Le délai moyen de diagnostic a été estimé à 4 ans. Les lésions étaient principalement situées au niveau du visage (72%), des membres supérieurs (22,7%) et des membres inférieurs (13,6%). L'atteinte systémique associée était principalement pulmonaire : 50%, ganglionnaire médiatisnale : 27%, ORL : 27,27% et ophtalmologique chez un patient. Histologiquement : 7 patients avaient un granulome sarcoïdosique de localisation dermique, 3 avaient une localisation hypodermique, un patient avait une distribution périannexielle et 2 patients avaient une distribution périvasculaire. La stratégie thérapeutique était basée sur les corticostéroïdes oraux (chez 11 patients), le méthotrexate (chez 2 patients) et les antipaludéens de synthèse (chez 13 patients).

Discussion : La plupart des études suggèrent que la sarcoïdose est plus fréquente chez les femmes, ce qui est cohérent avec notre série. Dans la littérature, on estime que les éruptions maculopapuleuses sont la forme la plus fréquente contrairement à notre série où les nodules sont les plus fréquents. Cependant, nous notons la difficulté de classer les différentes formes de sarcoïdose cutanée spécifique car parfois les lésions apparaissent combinées. Nous souhaitons souligner l'atteinte unguéale dans la sarcoïdose, elle se manifeste comme une dystrophie unguéale. Elle est souvent associée à un lupus pernio et à une atteinte pulmonaire. L'atteinte cutanée était la première manifestation de la sarcoïdose chez la majorité des patients (59%), ce qui est compatible avec les résultats de la littérature. Quant aux manifestations ostéo-articulaires, nous avons rapporté un patient avec une exceptionnelle atteinte maxillo-faciale .Sur le plan histologique, notre étude confirme que les granulomes non caséeux sont un constat histologique sensible et caractéristique de la sarcoïdose cutanée.

Conclusion :
La sarcoïdose est une affection qui touche principalement les femmes. Les manifestations cutanées incitent le dermatologue à rechercher une atteinte systémique.

43. Les urticaires : connaissances, attitudes et pratiques en médecine générale

H.Saddouk 1; S. Aouali 1; H.Ragragui 1; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2
1 Service de dermatologie, vénéréologie et allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda
2 Laboratoire d’épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique. Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction
L’urticaire est une dermatose inflammatoire aiguë ou chronique courante. Il s’agit d’un motif fréquent de consultation notamment chez les médecins généralistes (1). L’objectif de notre étude est d’évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des urticaires.
Matériels et méthodes

Un formulaire de 27 questions était créé sur Google Forms, partagé à travers les réseaux sociaux, contenant des renseignements sur les médecins généralistes et sur leurs connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des urticaires. **Résultats**
Quatre-vingt-dix-huit médecins ont répondu au questionnaire avec un sexe ratio F/H de 2,4. Soixante-quatre pour cent d'entre eux travaillaient en secteur public. La prévalence des urticaires en consultation de médecine générale arrivait jusqu'à 3 patients par semaine chez 61% des médecins. Cinquante-et-un pour cent pensaient que toutes les urticaires relevaient d'un mécanisme allergique. Pour le diagnostic positif, 52 % trouvaient des difficultés à l'établir, 44.9% avaient besoin d'un avis dermatologique et 31,6% demandaient des examens complémentaires devant une urticaire aiguë non compliquée (UANC) de l'adulte. La cause infectieuse devant une urticaire aiguë chez le nourrisson et l'enfant n'a été cité que par 19,2% et 35,7% respectivement. Seulement 21.4% connaissaient les aliments qui peuvent déclencher une urticaire. Trente-huit pour cent traitaient d'emblée une UANC par l'association d'un antihistaminique H1 et un corticoïde orale. En cas d'œdème de Quincke, 31,6% jugeaient que le traitement d'urgence des formes modérées (sans signes d'alarmes) repose d'emblée sur l'association corticoïde injectable et adrénaline. En ce qui concerne l'urticaire chronique, 61,2% ne connaissaient pas sa définition et 74,5% éprouvaient des difficultés pour établir le diagnostic étiologique. En l'absence d'orientation étiologique clinique, seulement 16.3% mettaient leurs patients sous anti H1 en 1ere intention, tandis que 80,6% demandaient des examens complémentaires. La plupart des médecins adressaient les patients aux dermatologues en cas de formes récidivantes ou chroniques. **Discussion**
A notre connaissance il existe peu d'études concernant l'urticaire en médecine générale (1).
Notre étude, confirme des données de la littérature concernant la fréquence élevée de la prise en charge des urticaires en consultation de médecine générale (1).
Dans ce travail, les connaissances sur les urticaires étaient jugées insuffisantes, et les attitudes et les pratiques étaient incorrectes pour la majorité des médecins interrogés. Nos résultats rejoignent ceux d'une étude caméronienne récente portant sur 101 personnels de santé, y compris 45 médecins (2). Soulignant ainsi les difficultés rencontrées qui ne permettent pas aux médecins généralistes d'assurer une PEC adéquate des urticaires. **Conclusion**
La formation médicale continue à destination des médecins généralistes pourrait améliorer la gestion de l'urticaire.

44. Young Patient with dermatomyositis : evolving in less than two years towards erythrodermia and extensive poikiloderma

S.BELGUENANI,O.HOCAR,S.AMAL
Dermatology and venereology department of the CHU Mohammed VI Faculty
of Medicine and Pharmacy - Cadi Ayyad University

Introduction :
Dermatomyositis is a type of inflammatory myopathy characterized by inflammatory and degenerative changes of the muscles and skin .Associated symptoms and physical findings may vary widely from case to case as patients may present differently .Muscle abnormalities may begin with aches and weakness of the muscles of the trunk, upper arms ,hip, and thights (proximal muscles) .Muscles may be stiff ,sore tender and eventually show signs of degeneration (atrophy).Affected individuals may experience difficulty in performing certain functions ,such as rasing their arms and/or climbing stairs or develop speech and swallowing difficulties. Skin abnormalities associated with dermatomyositis often include a distinctive reddish-purple rash (heliotrope rash) on the upper eyelid or across the cheeks and bridge of the nose in a butterfly distribution and on the forehead and scalp. Other characteristic rashes include scaling and redness of the knuckles ,elbows, knees and/or other extensor regions (Gottron papules and sign), an abnormal accumulation of fluid (edema)in body tissues surrounding the eyes ,and /or other features. (1)
The association of erythroderma and dermatomyositis is rare. In 6 reported cases found by searching Pubmed, half of them were associated with digestive tract neoplasms (stomach and liver). We report the case of a 29 years-old woman diagnosed with dermatomyositis in 2018 ,who was on steroids and hydroxychloroquine

since then and was readmitted for etiological assessment of a reduced visual acuity with a generalized poikiloderma .

Case presentation :

We report a case of 29 year old young woman who is diagnosed with dermatomyositis in 2018 on the basis of the criteria of Bohan and Peter : a myogenic syndrome, elevation of muscle enzymes CPK:17421 , aldolase :95 ,LDH:1144, compatible muscle biopsy: necrosis of muscle fibers and mononuclear infiltrate as well as typical skin involvement: gottron papules, gottron sign and the intense nail bed affection with thickening and the presence of small hemorrhagic infarct zones as well as heliotrope erythema , Whole blood count, liver function tests, and renal function tests and thyroid function tests were normal . she was negative for human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis B, C , autoimmune antibodies tests were performed including antinuclear antibodies (ANA) witch was positive of speckled type titre: 1/320, Anti Sm, Anti SSA, SSB and and double-stranded deoxyribonucleic acid (DS-DNA) were negative . Out of myositisspecific autoantibodies, anti-Jo-1 and antibodies to signal recognition particle and antibodies to Mi-2 were negative as well . a paraneoplastic workup was performed including An ultrasound scan of her abdomen ,pelvic and contrastenhanced computed tomography (CT) of her chest which showed no abnormalities, except for a calcified micronodule in the right upper lobe
upper lobe of non-specific appearance. Cancer antigen (CA) 125, CA 19-9, and carcinoembryonic antibody were within reference ranges. Twodimensional echocardiography did not show evidence of cardiomyopathy
.
-Mammogram: patient did not come to her appointment.
- FCV: inflammatory smear.
Following the diagnosis of dermatomyositis, orally administered prednisolone 1 mg/kg per day was started with hydroxychloroquine . Calcium supplementations and alendronate were started as bone prophylaxis against osteoporosis. She improved clinically with resolution of skin lesions (Fig. 4) and improving muscle power. She was discharged home from our unit on orally administered prednisolone and hydroxychloroquine with a plan to tail off steroids gradually , with a follow-up in dermatological consultation afterwards the patient was lost from sight .
Nearly Three years after In MAY 2021 , the patient was reinterred for cutaneous relapse under 30 mg/d of CTC evolving since 1 year and a decrease in visual acuity without muscular involvement, all evolving in a context of apyrexia and conservation of the general condition .
On admission to our unit the dermatological examination of the hairless skin showed extensive poikiloderma involving more than 85% of her skin (figure 1,2,3) with her lower third of both legs relatively spared , Respiratory, cardiovascular, and abdominal examinations were normal.
An ophthalmological examination was performed objectifying : a bilateral cortico-induced cataract , new investigations were performed: blood work and muscle enzymes came back without abnormalities as well as a paraneoplastic workup including abdominal and thoracic contrastenhanced computed tomography and tumor markers, both hydroxychloroquine and steroids were discontinued and replaced with methotrexate . when we questioned the patient again, she told us that she had experienced an episode of generalized erythema all over her body but that she had not taken the time to consult, the erythema having disappeared a few days later and given way to confluent placards of poikiloderma .

Discussion :

Erythroderma is a severe and potentially life-threatening inflammation of most of the body's skin surface . it is also called generalized exfoliative dermatitis, it causes redness and scaling of the skin spread over an area .this starts in patches and spreads over the body ,the skin begins to peel off afterwards . this leads to problems with ability to manage thermoregulation and protein and fluid loss and it can cause an increased metabolic rate .(2) Unfortunately we do not have photographs of this stage as our patient lived in the rural area and didn't come to consult ,the phase of erythroderma had resolved and gave the way to extensive poikiloderma by the time she was hospitalized .

Only a few cases have been reported on erythroderma in dermatomyositis, three of them were associated with internal malignancies :gastric cancer and hepatocellular carcinoma .
Kim and colleagues described a 90-year-old man with proximal muscle weakness and violaceous to erythematous, confluent, scaly skin lesions involving more than 90% of his total body area [3]. Their electromyography, muscle biopsy, Their electromyography, muscle biopsy, and laboratory investigations were supportive of inflammatory myopathy and gastroendoscopy showed a Bormann type 1 gastric cancer [3]. Maruani et al. reported the case of a 64-year-old patient diagnosed as having dermatomyositis and liver carcinoma with lung metastasis [4]. In our patient , the screening tests for malignancy were negative.

"Poikiloderma" is a morphologic and descriptive term referring to a combination of cutaneous atrophy, telangiectasia, and varied macular pigmentary changes that lead to mottled skin appearance [5]. In 1906, Petges and Cléjat described a patient with myositis with cutaneous atrophy and poikiloderma and termed the condition "atrophic sclerosis of the skin and generalized myositis" Petges et al. gave the condition the name "poikilodermatomyositis" Petges and Petges thoroughly reviewed the subject of poikiloderma and distinguished three forms of poikiloderma:
(1) A purely cutaneous form; (7) poikilodermatomyositis, a form associated with poikiloderma and generalized myositis; and (8) poikilodermatomyositis accompanied by subcutaneous calcareous concretions. It is a rare condition and only a few case reports are described in literature. Marcus and Wooldridge reported the case of a 23-year-old woman with progressive erythema involving her entire body who later developed proximal muscle weakness, tenderness, and poikiloderma [09]. Bambe described a 10.5-year-old girl with muscle weakness, joint stiffness, Raynaud phenomenon, poikiloderma, and scleroderma-like skin [10]. After that several cases were reported of which the latest was reported by PeralesMartinez et al.; Perales-Martinez et al. described a female patient who initially had poikiloderma and later developed heliotrope erythema, periorbital edema, Gottron's papules, progressive proximal muscle weakness, loss of weight, and interstitial lung disease with emphysematous bullae, bronchiectasis, and areas of pulmonary fibrosis . Pedragosa Jove et al. reported a case of erythrodermal pattern of dermatomyositis in transit to poikilodermatomyositis [11] similar to our patient.
Our patient is still under treatment : methotrexate and still holds a compromised skin affection . Up to now screening studies for occult malignancies have been negative.

45. Étude comparative d'une série hospitalière de pemphigus vulgaire et foliacé au Maroc

Line Mezni* 1, Farah Elhadadi1, Mariame Meziane 1, Nadia Ismaili1, Laila Benzekri 1, Karima Senouci1
1Service de Dermatologie vénérologie, Hôpital universitaire Ibn Sina .Université Mohammed V, Rabat, Maroc Mots-clés: étude comparative, pemphigus foliacé, pemphigus vulgaire **Introduction**:

Le pemphigus est un groupe de maladies bulleuses auto-immunes caractérisé par la présence d'autoanticorps dirigés contre les molécules d'adhésion kératinocytaires.Nous avons mené une étude comparative à partir d'une série hospitalière des données démographiques,cliniques,thérapeutiques et évolutives des pemphigus vulgaire(PV) et foliacé(PF).

Matériel et Méthodes :Il s'agit d'une étude rétrospective,monocentrique ayant colligé tous les cas de pemphigus hospitalisés entre 1990-2020 dans le service de dermatologie du centre hospitalo-universitaire Ibn Sina Rabat.

Résultats :302cas de pemphigus dont 40cas de PF et 125cas de PV(diagnostic retenu sur des critères cliniques, histologiques et immunologiques).Concernant le groupe PF; F/H(22/18),l'âge moyen était de 52ans,une durée moyenne d'évolution de 13mois,36cas avec PDAI sévère,16 avaient une immunofluorescence indirecte(IFI) entre 640-1280UI/ml.21cas en rémission complète obtenue sur une durée moyenne de 81jours.17 ont rechuté sur une durée moyenne de 74mois et un décès par sepsis. Concernant le PV; F/H(60/47),l'âge moyen était de 53ans,la durée moyenne d'évolution 13.4mois.PDAI sévère 102cas,IFI entre 640-1280UI/ml dans 76cas .45cas en rémission complète obtenue sur une durée moyenne de 95jours. 37cas de rechute après une durée moyenne de 47mois et 22 décès par sepsis.Tous les patients étaient sous corticothérapie orale(CTO)à la dose de1,5mg/kg/j. Dans le groupe PF, la CTO était associée à l'azathioprine13 cas, la dapsone 6cas,le méthotrexate 1cas et le rituximab 4cas.Pour le

groupe PV augmentation des doses de CTO 2mg/kg/jr dans 95cas et association à l'azathioprine 36cas,cyclophosphamide 1cas,rituximab 3cas et dapsone1cas.

Discussion: Dans notre série, Il n'y a pas de différences statistiques des résultats démographiques,le PV semble plus fréquent que le PF.La durée d'évolution,la sévérité et durée de rémission sont comparables.Néanmoins, le PV a nécessité des doses plus importantes de CTO pour contrôler la maladie avec plus de cas de rechutes et de décès.Nos données sont comparables à la littérature, nous présentons la première étude comparative sur une période de suivi de 30ans .

Conflits d'intérêts: Aucun conflit à déclarer

46. Étude comparative d'une série hospitalière de pemphigus vulgaire et foliacé au Maroc

Line Mezni* 1, Farah Elhadadi1, Mariame Meziane 1, Nadia Ismaili1, Laila Benzekri 1, Karima Senouci1
1Service de Dermatologie vénérologie, Hôpital universitaire Ibn Sina .Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Mots-clés: étude comparative, pemphigus foliacé, pemphigus vulgaire

Introduction:Le pemphigus est un groupe de maladies bulleuses auto-immunes caractérisé par la présence d'autoanticorps dirigés contre les molécules d'adhésion kératinocytaires.Nous avons mené une étude comparative à partir d'une série hospitalière des données démographiques,cliniques,thérapeutiques et évolutives des pemphigus vulgaire(PV) et foliacé(PF).

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective,monocentrique ayant colligé tous les cas de pemphigus hospitalisés entre 19902020 dans le service de dermatologie du centre hospitalo-universitaire Ibn Sina Rabat.

Résultats :302cas de pemphigus dont 40cas de PF et 125cas de PV(diagnostic retenu sur des critères cliniques, histologiques et immunologiques).Concernant le groupe PF; F/H(22/18),l'âge moyen était de 52ans,une durée moyenne d'évolution de 13mois,36cas avec PDAI sévère,16 avaient une immunofluorescence indirecte(IFI) entre 640-1280UI/ml.21cas en rémission complète obtenue sur une durée moyenne de 81jours.17 ont rechuté sur une durée moyenne de 74mois et un décès par sepsis. Concernant le PV; F/H(60/47),l'âge moyen était de 53ans,la durée moyenne d'évolution 13.4mois.PDAI sévère 102cas,IFI entre 640-1280UI/ml dans 76cas .45cas en rémission complète obtenue sur une durée moyenne de 95jours. 37cas de rechute après une durée moyenne de 47mois et 22 décès par sepsis.Tous les patients étaient sous corticothérapie orale(CTO)à la dose de1,5mg/kg/j. Dans le groupe PF, la CTO était associée à l'azathioprine13 cas, la dapsone 6cas,le méthotrexate 1cas et le rituximab 4cas.Pour le groupe PV augmentation des doses de CTO 2mg/kg/jr dans 95cas et association à l'azathioprine 36cas,cyclophosphamide 1cas,rituximab 3cas et dapsone1cas.

Discussion:Dans notre série, Il n'y a pas de différences statistiques des résultats démographiques,le PV semble plus fréquent que le PF.La durée d'évolution,la sévérité et durée de rémission sont comparables.Néanmoins, le PV a nécessité des doses plus importantes de CTO pour contrôler la maladie avec plus de cas de rechutes et de décès.Nos données sont comparables à la littérature, nous présentons la première étude comparative sur une période de suivi de 30ans .

47 . Pyoderma Gangrenosum, après présentation clinique atypique rebelle au traitement

Najlae Rahmani (1), Farah Marraha (1), Ibtissam Al Faker (1), Hanane Chahoub (1),

Younes Benyamna (1), Kabbou Soukayna (1), Rkiek Yasmine (1), El Haddad

Meriem (1), Snoussi Ilham (1), Boukamza Firdaous (1), Mestari Amina (2), Gallouj Salim(1)

1-service de Dermatologie Vénéréologie CHU Tanger, Faculté de Médecine et de

Pharmacie -Université Abdelmalek Essaadi -Tanger -Maroc

2-Cabinet d'anatomopathologie Rabat –Rabat –Maroc **Introduction**

:

Le pyoderma gangrenosum (PG) est un trouble inflammatoire neutrophilique rare se présentant par des ulcérations cutanées inflammatoires et douloureuses. Sa physiopathologie est toujours complexe. Le contexte clinique retrouve l'association avec plusieurs pathologies digestives. Le PG présente donc de nombreux défis cliniques. Nous rapportons un cas de (PG) évoluant depuis 2ans associé à un kyste hydatique traitée par corticothérapie systémique.

Observation :

Mr A.A. âgé de 27 ans, admis pour des ulcérations cutanées au niveau de la cuisse droite évoluant de plus de 2ans. Il a été opéré pour un kyste hydatique du foie il y'a 7 ans. À l'admission, l'examen dermatologique trouvait, au niveau de la face antéro-interne de la cuisse droite, des ulcères bourgeonnants mal limités avec des bords irréguliers ; un fond fibrineux et hémorragiques entouré d'un halo inflammatoire avec une hyperpigmentation périlésionnelle et une douleur à la palpation, Il n'y avait pas d'atteinte de muqueuses ni de phanères. Le reste de l'examen trouvait une adénopathie inguinale homolatérale de 1.5cm mobile, ferme et indolore. Le bilan paraclinique objectivait un syndrome inflammatoire et une TDM abdominale qui était en faveur d'un kyste hydatique du foie. La 1ère biopsie révélait un ulcère pyococcique, le patient s'est vu traité par une antibiothérapie. Devant la non amélioration de son état, un second examen histologique montrait des signes en faveur d'un PG. Le patient était mis sous corticothérapie systémique à raison de 1mg/kg/j et des soins locaux, une réponse favorable a été observée dès la 3èmesemaine.

Discussion :

La particularité de notre observation réside dans la complexité du diagnostic du PG et l'association rare avec une hydatidose. Le PG est une atteinte cutanée rare d'ulcère. L'incidence générale est estimée entre 3 et 10 cas par an, par million d'habitants. Le pic d'incidence se situe entre 25 et 55 ans. Il est caractérisé par une ulcération bourgeonnante rouge violacée avec des bords délimités, irréguliers .Le PG se développe de façon prédominante sur les membres inférieurs, comme c'est le cas de notre patient. L'association PG et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin est connue et fréquemment décrite. Peu d'articles rapportait l'association d'un PG avec un kyste hydatique, certains même le considérait comme une coïncidence. L'histologie du PG comprend un infiltrat inflammatoire centré sur le derme, à prédominance lymphocytaire, avec une zone centrale de nécrose et des images de vasculites sur son pourtour et une évolution progressivement vers un infiltrat riche

en polymorphonucléaires, s'associant à des ulcérations de l'épiderme. Le traitement de première ligne reste la corticothérapie avec en cas de corticodépendance, l'association aux immunosuppresseurs. Notre patient a été mis sous corticothérapie systémique en association avec des soins locaux quotidiens avec une très bonne amélioration.

Conclusion :

Le PG est une affection rare dont le diagnostic est essentiellement clinique. Il est important de savoir le reconnaître pour mettre en place un traitement adapté et toujours chercher une affection sous-jacente.

48. Ulcérations anales : Quand la peau parle de l'intestin

H. Tahiri, F.Hali, S. Chiheb

Service de dermatologie, chu ibn rochd , Casablanca

Introduction :
La maladie de crohn est une maladie inflammatoire chronique multi systémique, se révèle principalement par des manifestations digestives, hors elle peut être révélé par des signes extra digestives, pouvant précéder ou faire suite aux symptômes gastro-intestinaux. L 'atteinte cutané est une de ces manifestations , mettant donc le dermatologue en 1ère ligne pour le diagnostic de cette maladie intestinale chronique.
Nous en rapportons un cas.
Observation :
Patiente âgée de 78 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, s'est présenté pour des lésions anales évoluant depuis un an, associées à des douleurs abdominales sans autre signes digestifs, sans toux ni expectorations , avec un amaigrissement chiffré à 8kg et des sueurs nocturnes, tableau pour lequel la patiente a bénéficié d'une coloscopie avec biopsie qui est revenu sans anomalies et d'une biopsie cutané qui a montré une inflammation granulomatose tuberculoïde sans nécrose caséeuse, et mis sous traitement anti tuberculeux pendant 6 mois sans amélioration .
L'examen clinique a trouvé une patiente consciente, apyrétique avec un IMC à 17. L'examen dermatologie a trouvé des lésions érythémato violacées œdémateuses et infiltrées en péri anale, avec des fissurations douloureuses prenant un aspect de coup de couteau, avec au niveau de la vulve des fissures saignantes et douloureuses. Le reste de l'examen a trouvé des arthralgies des grosses articulations, sans autres signes associés .
La biopsie cutané a montré une inflammation granulomateuse tuberculoide non nécrosante, , la calprotectine fécale a été à 4 fois la normale, une recto coloscopie avec biopspie a montré une inflammation granulomateuse épithélio giganto cellulaire évoquant une MICI type maladie de crohn . un bilan de retentissement a été demandé revenu normal et le diagnostic de maladie de crohn a été retenu et la patiente a été mise après concertation avec les gastrologues sous Azathioprine à raison de 150 mg/ j associé aux soins locaux . **Discussion** :
La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire granulomateuse multisystémique qui peut toucher n'importe quelle partie du tractus gastro-intestinal, de la cavité orale à l'anus. Les manifestations extraintestinales cutanées de la maladie de crohn sont multiples, divisées en manifestations spécifiques, réactives et associées à la maladie.
La diversité de la présentation clinique et les multiples diagnostics différentiels sont souvent à l'origine d'un retard diagnostic et thérapeutique comme c'est le cas chez notre patiente.
L'atteinte cutané dans la maladie de crohn peut y être la seule manifestation, et peut précéder l'atteinte intestinale comme c'est le cas chez notre patiente, chez laquelle la coloscopie associées à la biopsie intestinales étaient sans anomalies.

Conclusion :
La maladie de crohn s'accompagne de manifestations extra-digestives dans un tiers des cas, parmi lesquelles les manifestations dermatologiques occupent le un tiers.
Une bonne connaissance de ces manifestations s'impose pour éviter les retards et les erreurs diagnostics.

49. Profil épidémiologique, clinique et étiologique des granulomatoses cutanées de la face

Layla Bendaoud[1], Imane Boujguenna[2], Hanane Rais[2], Ouafa Hocar[1], Said Amal[1],
Service de dermatologie[1], CHU Med VI , Marrakech Service d'anatomopathologie[2], CHU Med VI , Marrakech
FMPM Laboscience

Introduction :
La granulomatose cutanée est un groupe hétérogène de maladies ayant en commun un granulome à l'histologie. Les étiologies sont diverses, réparties en infectieuses et non infectieuses. La localisation faciale de cette dermatose peut avoir un impact sur la qualité de vie. Le but de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, et étiologiques des granulomatoses cutanées localisées au niveau de la face.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective portant sur les dossiers des malades suivis au service de dermatologie du CHU de Marrakech, pour une granulomatose cutanée ayant une localisation faciale, sur une durée de 10 ans allant du janvier 2011 au janvier 2021

Résultats :
Soixante patients étaient inclus, répartis en 40 femmes (66%), et 20 hommes (34%). L'âge moyen était de 38 ans. Les aspects cliniques étaient une papule érythémateuse, prenant une couleur jaunâtre à la vitropression, non confluente dans 20 % des cas, et confluente réalisant une plaque infiltrée dans 40% des cas. Un nodule érythémateux, infiltré était retrouvé dans 34% des cas, une macrochéilite (2%), et un œdème de la face sans lésions apparentes (4%). L'étiologie la plus retrouvée était la leishmaniose cutanée dans 45 % des cas avec deux cas avaient une atteinte muqueuse associée, ses formes cliniques étaient prédominées par des lésions papulo-nodulaire à surface ulcéro-crouteuse dans 60% des cas, une forme érysipéloide (30%), forme lupoide (10%). La sarcoidose était la deuxième étiologie retrouvée dans 23% des cas, ses aspects cliniques étaient des petits sarcoides dans 40%, de grands sarcoides dans 30%, lupus pernio dans 20%, et la survenue sur une cicatrice était dans 10% des cas. La tuberculose cutanée était confirmée chez 5 patients avec 3 patients avaient un lupus tuberculeux. D'autres étiologies étaient identifiées : mycose profonde (5%), lèpre (5%), granulome annulaire était retrouvé chez 3 patients, rosacée granulomateuse (2 cas), machrocheilite granulomateuse (1 cas), syndrome de Melkerson Rosenthal (1 cas), Rhinosclérome (1 cas).

Discussion :
Les granulomatoses cutanées sont des dermatoses hétérogènes correspondant à une réaction immunitaire à différents stimuli : infectieux, inflammatoires, néoplasiques, métaboliques ou chimiques. Cliniquement, cette entité se manifeste généralement par une papule érythémateuse, infiltrée, jaunâtre à la vitropression, pouvant confluer avec d'autres papules et former des plaques. Histologiquement, cette dermatose est confirmée par la présence d'un granulome composé de macrophages groupés en nodules ou plages plus ou moins bien limités. Les granulomes sont classés histologiquement en granulome palissadique, à corps étranger, suppuratif, tuberculeux et sarcoïdosique.
Dans notre étude, les femmes sont les plus touchées, ce qui est similaire aux autres séries, ceci peut être expliqué par la rapidité de la consultation chez les femmes. L'étiologie infectieuse était la plus fréquente dans notre travail, prédominée par la leishmaniose cutanée. L'atteinte de la face au cours des granulomatoses cutanées présente une particularité par son retentissement sur la qualité de vie des malades vu son caractère affichant.
Conclusion :

La cause principale des granulomatoses cutanées de la face dans la littérature est l'infection. Une confrontation clinico-histopathologique est nécessaire pour établir le diagnostic et mettre en place un traitement approprié.

50. Au-delà la peau : uvéite et psoriasis pustuleux :

M. Rimaoui ; F.Hali ; K. Bennouna ;S.Chiheb
Service de dermatologie , CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le psoriasis est une maladie chronique inflammatoire à médiation immunitaire de la peau. Il s'associe à plusieurs comorbidités : métaboliques, cardiovasculaires, digestives, psychiques et ophtalmologiques. L'uvéite, en particulier, est considérée comme une complication oculaire relativement rare mais très grave. Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant un psoriasis pustuleux compliqué d uvéites.

Observation : Patiente âgée de 40ans, aux antécédents : psoriasis chez les cousins, a présenté une éruption pustuleuse au niveau des plis évoluant depuis 2 ans en poussée rémission. L'examen clinique : lésions érythémateuses squameuses pustuleuses siègeant électivement au niveau des plis axillaires, sous mammaire, inguinaux, et l'ombilic. Quelques lésions érythémateuses croûteuses du cuir chevelu. On ne note pas d'atteinte muqueuse ni unguéale. Les prélèvements bactériologiques et mycologiques des pustules sont stériles.
Histologiquement : l'épiderme est psoriasiforme avec une parakératose feuilletée et des micros abcès. Le diagnostic de psoriasis pustuleux a été retenu. La patiente déclare une baisse d'acuité visuelle brutalement, l'examen ophtalmologique à la lampe à fente a objectivé une uvéite bilatérale non granulomateuse antérieure .Après avoir éliminé les autres causes d'uvéite non granulomateuses notamment infectieuses .On a retenu le diagnostic de psoriasis pustuleux associé à une uvéite. Le traitement instauré était le méthotrexate ainsi que les corticostéroïdes locaux pour le traitement d'uvéite.

Discussion : Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique, multifactorielle et systémique. Son association avec l'atteinte ophtalmologique reste mal élucidée .L'uvéite est une des manifestations oculaires liés au psoriasis, sa présence est estimée à 7-20% des cas. L'uvéite antérieure est 4 fois plus fréquente que sa variante postérieure ce qui reste compatible avec notre observation. Le mécanisme physiopathologique est inconnu .Il est expliqué par certains auteurs par la rupture de la barrière entre le sang et l'humeur aqueuse permettant ainsi aux neutrophiles activés dans le sang périphérique de provoquer des crises d'uvéite antérieure. Le traitement de référence de l'uvéite repose sur les corticostéroïdes topiques. Bien que La relation entre le psoriasis et l'uvéite ne soit pas totalement clarifié, des examens ophtalmologiques périodiques sont nécessaires. Une prise en charge précoce dimunie la charge inflammatoire des deux affections (psoriasis et uvéite).

51. Erythème polymorphe révélant une médiastinite.

Kalmi.N, Elloudi.S ; Dassouly.R ;El ammari.S , Baybay.H , Douhi.Z; Mernissi.FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès ; Maroc **Introduction:**

L'érythème polymorphe est une dermatose éruptive aiguë réactionnelle à des agents variés. Les principales

étiologies sont les infections herpétiques, les infections à mycoplasme pneumoniae et les médicaments,

cependant il existe d'autres agents et pathologies causales qui restent moins fréquentes. Nous rapportons une patiente chez qui un érythème polymorphe a révélé une médiastinite.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 29 ans, opérée pour kyste hydatique du foie il y a 12ans, admise pour la prise en charge de lésions érythémateuses du corps à point de départ acral ; précédées par l'apparition d'une tuméfaction latéro-cervicale avec un syndrome pseudo-grippal et une altération de l'état général. L'examen général avait trouvé une patiente en sepsis, fébrile à 40 degrés avec des sueurs et des frissons et à l'examen dermatologique des cocardes et pseudo-cocardes dispersés sur tout le corps avec une prédominance acrale sans atteinte des muqueuses correspondant à un érythème polymorphe mineur. Le bilan biologique avait trouvé une hyperleucocytose, une lymphopénie profonde, CRP très élevée, une sérologie HIV négative et la TDM cervico-thoracique avait trouvé un abcès latéro-pharygé compliqué d'une médiastinite. La patiente a été transférée en réanimation et mise sous tri-antibiothérapie avec une bonne évolution clinique, biologique et radiologique.

Discussion :

L'érythème polymorphe se caractérise par des lésions acrales en cocardes avec ou sans atteinte des muqueuses. C'est une pathologie d'hypersensibilité retardée le plus souvent post-infectieuse herpétique, et peut aussi être secondaire à d'autres causes dont le Mycoplasma pneumoniae et certains médicaments. Des associations plus rares ont été citées notamment avec les vaccins, les maladies auto-immunes, inflammatoires, ou encore néoplasique.

Le traitement est essentiellement symptomatique, associé au traitement de la cause lorsqu'elle est identifiée.

Dans la littérature aucun cas d'érythème polymorphe associée à une médiastinite n'a été rapporté. Le pronostic est le plus souvent excellent avec cependant un risque de séquelles locales sévères en cas d'atteinte muqueuse.

Chez notre patiente l'atteinte des muqueuses manquait dans le tableau clinique et l'éruption a pu sauver sa vie en l'incitant à consulter et être prise en charge précocement.

52. Eruption bulleuse autour du site du cathéter d'hémodialyse : à propos d'un cas

M. Benkaraache, A.Khouna[1], N.ZIZI [1,2], S.DIKHAYE [1,2]

1-service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohamme Premier, Maroc.

2-Groupe de recherche sur le tégument, laboratoire d'épidémiologie de recherche scientifique et de santé publique.

INTRODUCTION :

L'abord vasculaire est indispensable pour l'épuration extra rénale(EER) lors d'une insuffisance rénale aiguë [1]. Les cathéte temporaires non tunnelisés sont les plus utilisés en urgence [2].

Les complications cutanées liée à la pose du cathéter ne sont pas rares, à type de prurit, érythème et lésions vésiculeuses [Cependant les éruptions bulleuses autour du cathéter d'hémodialyse n'ont jamais été décrites dans la littérature.

Nous rapportons le cas d'une éruption bulleuse autour du site du cathéter de l'hémodialyse mis en place en urgence pour prise en charge d'une insuffisance rénale aigue (IRA) chez un patient de 45 ans.

OBSERVATION :

C'est un patient de 45 ans sans antécédents pathologiques notables, admis initialement au service de réanimation pour pri en charge d'une angiocholite compliquée d'un choc septique avec défaillance multiviscérale.

Le patient est transféré par la suite au service de néphrologie après stabilisation de son état hémodynamique pour la prise charge de son insuffisance rénale aigue, ou il a bénéficié d'une pose de cathéter d'hémodialyse jugulaire interne droit.

Ci jours plus tard, il a présenté des lésions bulleuses tendues reposant sur une peau non érythémateuses prurigineuses allant 0,5 à 2 cm de diamètre autour du site du cathéter.

Les allergènes suspectes étaient le matériel du cathéter, la Povidone iodée (Bétadine) et le sparadrap, cependant le patie rapportait l'utilisation de la Bétadine et du sparadrap depuis des années sans aucune réaction allergique.

Nous avons réalisé une biopsie cutanée d'une bulle dont l'étude histologique a mis en évidence la présence d'une spongio avec un décollement au niveau de la couche cornée et un infiltrat de localisation péri vasculaire fait de lymphocytes polynucléaires neutrophiles et éosinophiles en faveur d'un eczéma bulleux.

L'évolution était rapidement favorable après ablation du cathéter et corticothérapie locale.

DISCUSSION :

Les cathéters utilisés pour la tunnélisation sont en général en silicone, très flexibles et par conséquent peu traumatisants p l'endothélium vasculaire [2-4]. Les complications liées aux cathéters d'hémodialyse sont majorées par les infections, le thromboses, l'hémorragie cathéter, le retrait accidentel et les éruptions cutanées[2] tels que le prurit , l'érythème et le lésions vésiculeuses , les lésio bulleuses n'ont jamais été décrites dans l'eczéma de contact autour du cathéte d'hémodialyse et c'est le cas pour no patient faisant évoquer en premier lieu un début de pemphigoide bulleuse , cependan , une éruption bulleuse péri ombilica a été décrite dans la littérature autour d'un cathéter de dialyse péritonéale qui es restée méconnue pendant des mois chez patiente de 63 ans [5].

Cette réaction allergique est due le plus souvent aux matériels conditionnant l'abord vasculaire, notamment les crèm anesthésiantes (la lidocaine -prilocaine), les produits des soins tel que la povidone iodée (Bétadine) et la matière du cath (polyuréthane ou silicone) .Dans notre cas le cathéter utilisé est fait du silicone ,d'une longueur de 15 cm .
En outre, les lésions des cas d'eczéma de contact autour d'un cathéter qui ont été rapportés dans la littérature étaient d éruptions psoriasiformes et de topographie diffuse ou limitée aux paumes et aux plantes des pieds [6].

Le traitement repose principalement sur l'éviction de l'agent en cause qui est un élément majeur dans la prise en charge d eczéma de contact associé à une corticothérapie locale de courte durée.

CONCLUSION:
L'eczéma bulleux au pourtour de l'orifice d'un cathéter jugulaire est un événement plus ou moins fréquent mais souv méconnu auquel les dermatologues ainsi que les néphrologues devraient connaitre pour éviter toute errance du diagnosti par conséquent un retard ou arrêt injustifié d'hémodialyse.

53. Erythème polymorphe post infectieux : Qui est le coupable ?

H.Tahiri, F. Hali, S. Chiheb
Service de dermatologie, chu ibn rochd, casablanca

Introduction :
L'érythème polymorphe (EP) est une réaction d'hypersensibilité aiguë et spontanée, qui se manifeste par des lésions cutanées caractéristiques avec atteinte des muqueuses. L'étiologie est dominée par les infections à Mycoplasma pneumoniae et à Herpes simplex virus, néanmoins nombreuses autres infections virales et bactériennes peuvent en être la cause.
Nous rapportons 2 observations, d'érythème polymorphe post virale.
Observation 1:
Patient de 11 ans, s'est présenté pour des lésions érythémateuses, au niveau acrale avec une atteinte buccale évoluant depuis 2 jours, survenant une semaine après un épisode d'oreillons.
L'examen clinique a trouvé un patient conscient, apyrétique, sans signes de déshydratation. avec des lésions acrales en cocarde, faites d'anneaux concentriques à centre bulleux et périphérie érythémateuse, douloureuses et prurigineuses par endroits associées à une gingivostomatite sans autre atteinte muqueuse, avec une parotidomégalie bilatérale. l'interrogatoire n'a pas trouvé d'antécédents d'Herpes à répétition, ni de symptomatologie respiratoire ou de prise médicamenteuse précédant l'apparition des lésions. La biopsie cutanée a mis en évidence un épiderme apoptotique , un infiltrat inflammatoire du derme papillaire fait de lymphocytes avec de rares PNN avec une vacuolisation basale.Le patient a été mis sous soins locaux, bains de bouche, antalgique et antihistaminique avec une bonne évolution.
Observation 2 :
Patiente âgée de 33 ans, sans antécédents particuliers, s'est présenté pour des lésions érythémateuses infiltrées acrales évoluant depuis 2 jours.
L'examen clinique a trouvé une patiente consciente, apyrétique. l'examen dermatologique a trouvé des lésions érythémateuses infiltrées au niveau des dos des mains et pieds, avec des lésions en cocarde au niveau palmo plantaires et au niveau des faces latérales des avant bras, sans atteinte muqueuse, avec une lésion en cours de cicatrisation au niveau du 3 éme doigt droit.
L'interrogatoire n'a pas révélé d'antécédents d'Herpes, ni de symptomatologie respiratoire, ni vaccination contre la covid 19 , par ailleurs la patiente a avoué que la lésion du doigt est survenu 1 mois et demi auparavant au cours de l'aid al adha, et a été sous forme d'un nodule à centre vésiculeux d'évolution lente. La biopsie cutané a montré un infiltrat inflammatoire du derme papillaire fait de lymphocytes avec de rares PNN et PNE avec une vacuolisation basale.
Le diagnostic d'érythème polymorphe a été retenu, et la patiente a été mise sous traitement symptomatique à base d'anti histaminiques, soins locaux avec une bonne évolution.
Discussion :

La particularité de nos observations réside dans l'apparition de l'EP après l'épisode oreillons et le nodule d'Orf.
L'EP est une réaction aiguë d'hypersensibilité d'intensité variable touchant la peau et les muqueuses, la confirmation diagnostique et étiologique repose sur une anamnèse rigoureuse et un aspect clinique évocateur. La plupart des cas sont déclenchés par une infection à l'herpès simplex (HSV)1 et 2 ou Mycoplasma pneumoniae.
En effet, il existe de rares rapports de d'EP réactionnel dû aux oreillons, par ailleurs la survenue d'EP suite à un nodule d'Orf n'est pas rare, plusieurs cas sont rapportés dans la littérature mais cet association reste méconnue et le lien de causalité est rarement posé.

54. Fasciite de Shulman et lymphopénie idiopathique chez une patiente suivie pour Neurofibromatose de type 1 : une rare association

A.Elkissouni , F.Hali, S.Chiheb

Introduction :
La fasciite de Shulman ou fasciite à éosinophiles (FE) est une maladie rare du tissu conjonctif caractérisée par un œdème symétrique, induré, douloureux et un épaississement de la peau et des tissus mous. La rareté de la FE explique sa méconnaissance, ce qui conduit souvent à un retard de diagnostic et de prise en charge. Nous en rapportons un nouveau cas chez une femme atteinte de Neurofibromatose de type 1 .
Observation :
Une patiente de 49 ans, ayant comme antécédents de neurofibromatose de type 1, avait présenté 11 mois avant son admission un œdème des chevilles et des jambes associé à des myalgies,
L'évolution était marquée par l'extension de l'œdème aux membres et au tronc, laissant place à une induration cutanée progressive, l'examen clinique retrouve une sclérose cutanée diffuse épargnant le visage et le cou, avec un aspect en peau d'orange, et signe de canyon positif , il n'y avait pas d'ulcères digitaux , ni de phénomène de Raynaud.
Les éosinophiles étaient élevés à 1720. La biopsie cutanéo-fascio-musculaire avait montré un infiltrat inflammatoire, lymphohistiocytaire et éosinophilique au niveau du derme profond , hypoderme et du fascia en faveur d'une fasciite éosinophilique de Shulmann. Les investigations complémentaires à la recherche d'une hémopathie avaient conclu à une lymphopénie à CD4 idiopathique. La patiente avait bénéficié d'un traitement par corticothérapie systémique associée à des cures d'Immunoglobulines.
Discussion :
La fasciite éosinophilique est une maladie rare, décrite par Shulman en 1974. Elle associe des œdèmes à une éosinophilie. L'œdème laisse progressivement place à une induration sous-cutanée, atteignant les avant-bras et les jambes. Les mains et le visage sont généralement épargnés. Il n'y a pas de phénomène de Raynaud ni de marqueurs d'auto-immunité. Le diagnostic peut être évoqué devant l'aspect clinique, appuyé par l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et confirmé à l'histologie.
Des associations entre la FE et plusieurs autres pathologies ont été décrites, principalement des hémopathies, notamment l'aplasie médullaire et les gammapathies monoclonales. Ces maladies, si elles sont présentes, définissent le pronostic de la FE ,. Chez notre patiente la FE a été associée à une lymphopénie idiopathique et une Neurofibromatose de type 1 , nous n'avons pas trouvé dans la littérature une association entre FE et ces pathologies ce qui fait l'originalité de notre observation .

Conclusion :
La fasciite éosinophilique est une affection rare et probablement sous-diagnostiquée. La maladie ne doit pas être confondue avec la sclérodermie systémique et elle doit être détectée précocement, car le pronostic et la réponse au traitement en dépendent.

55. **Lésion annulaire des extrémités : penser au granulome annulaire**

F. BENHAYOUN, F. EL FATOIKI, H. SKALLI, F. HALI, S. CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Le granulome annulaire est une dermatose inflammatoire chronique et bénigne, d'étiologie le plus souvent idiopathique. Nous rapportons le cas d'un granulome annulaire chez un enfant de 15 ans.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 15 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui présente depuis deux ans une lésion légèrement douloureuse de la face dorsale du pied droit.

L'examen clinique trouve une lésion papulo-nodulaire érythémateuse annulaire douloureuse à la palpation intéressant la face dorsale du pied droit.

Devant cet aspect on a évoqué une malformation veineuse, une tumeur annexielle, un kyste remanié, ou un granulome annulaire.

L'échographie des parties molles a montré une infiltration œdémateuse en regard du métatarse sans anomalie de la corticale en regard.

La biopsie cutanée a objectivé un léger infiltrat inflammatoire lymphocytaire péri vasculaire au niveau du derme superficiel, ainsi qu'un discret infiltrat histiocytaire, et fibroblastique plus dense que la normale réalisant parfois de petits granulomes sans nécrobiose évidente au niveau du derme réticulaire, concluant à un granulome annulaire dans sa forme discrète.

La patiente a été mise sous dermocorticoïdes.

Discussion et conclusion

L'intérêt de notre observation est de décrire un cas de granulome annulaire chez un enfant de 15 ans.

Le granulome annulaire est une dermatose bénigne qui touche le plus souvent l'enfant et l'adulte jeune avec une prédominance féminine. Il siège en regard des saillies osseuses des extrémités.

La lésion élémentaire est une papule annulaire ou un petit nodule bien limité de couleur chair ou érythémateuse.

Il existe quatre formes cliniques : localisée (lésions papuleuses annulaires), disséminée, perforante ou encore sous cutanée (nodulaire de couleur chair).

L'étiologie de cette dermatose demeure inconnue. Les principaux facteurs incriminés sont les piqûres d'insectes, les traumatismes, les infections virales, les vaccins (VHB), la photo-exposition, et plus rarement la prise médicamenteuse (allopurinol, diclofénac). L'association aux néoplasies et au diabète a été rapportée.

Des formes profuses ont été décrites associées à l'infection par le VIH.

Habituellement, aucun traitement n'est nécessaire, la régression spontanée est possible mais elle est lente. En cas de lésions gênantes, plusieurs thérapeutiques peuvent être proposées. Pour les formes localisées les dermocorticoïdes ou cryothérapie peuvent être utilisés. la corticothérapie systémique ainsi que les antipaludéens de synthèse sont discutés pour les formes disséminées.

56. Pyoderma gangrenosum du pénis associé à une anémie mégaloblastique

I.Bahbouhi, O.Hocar, S.Amal
Service de dermatologie et vénérologie, CHU Mohammed VI Marrakech

Introduction :

Le pyoderma gangrenosum est une dermatose neutrophilique rare souvent associée à d'autres maladies systémiques ou auto-immunes notamment hématologiques.
Il touche préférentiellement les membres inférieurs. D'autres localisations ont également été rapportées, mais la localisation pénienne reste très rare.

Nous rapportons un pyoderma gangrenosum localisé au niveau de la verge, révélant lors de sa récidive une anémie mégaloblastique.

Observation :

Un patient âgé de 47 ans, diabétique et hypertendu, était suivi depuis 2007 pour un pyoderma gangrenosum de la verge, traité par ciclosporine jusqu'à cicatrisation totale. Il consultait à nouveau en 2020 pour une récidive, avec à l'examen général, un patient pâle, avec des conjonctives décolorées, et à l'examen dermatologique une ulcération purulente et nécrotique entourée de petites papules rosées, au niveau du gland avec destruction du méat urétral et fistule urétrale au niveau de la face ventrale du fourreau de la verge. La biopsie cutanée montrait un épiderme normoacanthosique surmonté d'une orthokératose fine lamellaire, avec au niveau du derme un infiltrat inflammatoire fait de lymphocytes et de nombreux polynucléaires neutrophiles, sans signes de malignité, ce qui était en faveur d'un pyoderma gangrenosum.
Les sérologies : syphilitique, hépatitiques et la sérologie HIV étaient négatives.
La numération sanguine révélait une anémie normochrome macrocytaire régénérative avec une hémoglobine à 7g/dl.

Le myélogramme montrait une moelle de richesse augmentée avec de nombreux mégacaryocytes. Le dosage de la vitamine B12 était à 85.7 pg/ml (valeurs normales entre 197 à 771pg/ml), celui la vitamine B9 était normal.
Le diagnostic finalement retenu était celui d'un pyoderma gangrenosum associé à une anémie mégaloblastique carentielle par déficit en vitamine B12.
Le patient a alors traité par corticothérapie à la dose de 0.5mg/kg/j avec surveillance stricte de la glycémie, avec une bonne cicatrisation et par hydroxocobalamine pour sa carence en vitamine B12.

Discussion :

Le pyoderma gangrenosum est une dermatose inflammatoire neutrophilique, caractérisée cliniquement par sa présentation ulcérative, prédominant aux membres inférieurs.
La localisation pénienne est très rare, seulement quelques cas ont été rapportés dans la littérature. Cette forme est souvent de diagnostic retardé, car elle peut être confondue avec d'autres dermatoses ulcératives telles que les infections sexuellement transmissibles et la maladie de Crohn. Il est tout de même nécessaire d'éliminer les diagnostics différentiels avant de retenir un pyoderma gangrenosum, qui est un diagnostic d'élimination.
La recherche d'une maladie systémique sous-jacente est aussi essentielle, car plus de 50 % des cas de pyoderma gangrenosum sont associés à des pathologies internes (digestives, rhumatismales, hématologiques ou tumorales). Les hémopathies les plus fréquemment rapportées sont les gammapathies monoclonales, les leucémies, les syndromes myéloprolifératifs et les myélodysplasies. Bien que dans la plupart des cas, le pyoderma gangrenosum est diagnostiqué après la maladie associée, il peut également précéder ou être la manifestation d'une maladie sous-jacente.
Les deux pathologies évoluent parfois parallèlement, mais pas nécessairement. Dans le cas de notre patient, l'anémie mégaloblastique n'est survenue que 13 ans après le diagnostic de pyoderma gangrenosum, révélée par sa récidive.

Conclusion :

L'originalité du cas présenté réside d'abord dans la localisation du pyoderma gangrenosum qui est très rare, puis dans son association à une anémie mégaloblastique.

57. Tuméfaction clitoridienne : une manifestation cutanée de la maladie de Crhon à ne pas méconnaitre

S. Sektaoui ; Z.Mehsas ; M. Asermouh; L. Benzekri ; N. Ismaili; M. Meziane; K. Senouci
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina , Université Mohammed V Souissi, Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Introduction

Les manifestations dermatologiques liées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sont très variées et fréquentes. Elles peuvent être spécifiques de maladie de Crhon, réactionnelles ou non spécifiques. Nous rapportons le cas d'une tuméfaction clitoridienne révélant une maladie de Crhon

Observation

Patiente âgée de 45 ans, sans atcds, qui consultait pour une douleur et augmentation du volume vulvaire évoluant depuis un an associé à des diarrhées glaireuses depuis 4 mois. L'examen clinique retrouvait un œdème vulvaire symétrique intéressant les grandes et petites lèvres, avec une tuméfaction clitoridienne. Le toucher vaginal et l'examen au spéculum étaient sans particularités, les aires ganglionnaires étaient libres. Le bilan biologique a révélé une anémie hypochrome microcytaire à 9,9 g/dl avec une férritinémie à 19 ng. La

biopsie cutanée a révélé une dermite granulomateuse compatible avec une maladie de Crhon. La patiente a été transférée au service de gastro-entérologie, une fibroscopie et une colonoscopie ont confirmé le diagnotic d'une malade de Crhon, et la patiente a été mise sous corticothérapie.

Discussion

Les manifestations cutanées de la maladie de Crhon sont assez fréquentes et polymorphes à type d'érythème noueux, de pyoderma gangrenosum, d'aphtose buccale, de chéilite, de dermite péri- oral de lésions anopérinéales ou génitales. La maladie de Crohn vulvaire est rare, mal diagnostiquée et pouvant nuire à la qualité de vie. Elle survient dans les formes colique ou colorectale. Dans la littérature, le délai moyen entre l'apparition des symptômes et le diagnostic est de 3,5 ans. Chez notre patiente, il était de 1 an. Les manifestations cutanées peuvent parfois précéder les manifestations intestinales, comme dans notre cas. Ces atteintes génitales peuvent être isolées ou associées à des atteintes ano-périnéales. Chez la femme, le diagnostic doit être évoqué en présence d'ulcérations linéaires vulvaires profondes « en coup de couteau », de lymphangiectasies , d'abcès, de fistule ou d'un œdème labial induré douloureux souvent asymétrique. Notre patiente présentait un œdème asymétrique en plus d'une atteinte clitoridienne exceptionnelle. La maladie de Crohn vulvaire est une maladie chronique qui nécessite une prise en charge chirurgicale (ablation par laser au CO_2, excision) ou médicale à long terme (antibiothérapie, corticothérapie systémique ou anti-TNF-α)

Conclusion

Le diagnostic de maladie de Crhon doit être envisagé chez toute patiente présentant un œdème et une tuméfaction clitoridienne, même en l'absence de symptomatologie digestive.

58. Pathomimie et acné

Yasmine Rkiek (1),Farah Marraha (1), Ibtissam Al Faker (1), Hanane Chahoub (1),
Younes Benyamna (1) Najlae Rahmani (1), Kabbou Soukayna (1), El HaddadMeriem (1), Snoussi Ilham (1), Boukamza Firdaous (1), Gallouj Salim(1)

1-service de Dermatologie Vénéréologie CHU Tanger, Faculté de Médecine et de Pharmacie -Université Abdelmalek Saidi -Tanger -Maroc

Introduction :

La pathomimie cutanée est une maladie auto-provoquée dans un état de conscience claire par le patient luimême, au niveau de son revêtement cutanéomuqueux ou de ses phanères .C est une forme particulière de troubles factices. Elle est caractérisée par des lésions cutanées entretenues pour satisfaire un besoin psychologique dont le patient n'a pas conscience. Nous en rapportons un cas révélé par des lésions du visage.

Observation :

Patiente de 20 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultait pour des lésions du visage évoluant depuis deux ans. La patiente avait consulté auparavant,et était diagnostiquée et traitée comme acné sans amélioration.
L'examen clinique objectivait plusieurs lésions érosives sur un fond érythémateux avec hyperpigmentation de la peau péri lésionnelle , intéressant les deux joues ,la zone péribuccale et le menton .

Le bilan hormonal était normal et les sérologies de la syphilis et du VIH étaient négatives. Devant l'aspect clinique des lésions, leur caractère chronique, et la non réponse au traitement ,une biopsie a été réalisée objectivant des lésions non spécifiques.
L'évolution était marquée par la cicatrisation complète des lésion avec crème cicatrisante sous pansement occlusif.
L'examen par un psychiatre, confronté aux données cliniques et évolutives ont conclu à des lésions de pathomimie.

Discussion :

La pathomimie est une maladie auto provoquée de la peau faisant suite à une souffrance psychique.Elle constitue l'un des problèmes diagnostiques les plus complexes en raison de la multiplicité de ses aspects cliniques: chez notre patiente la disposition et la localisation des lésions mimaient une acné. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination reposant sur un faisceau d'arguments : l'âge jeune, la localisation au niveau des zones accessibles, les lésions n'appartenant à aucune affection cutanée connue, les bilans paracliniques normaux et la présence d'arguments positifs psychologiques. La collaboration entre dermatologue et psychiatre est essentielle afin d'élaborer un projet
thérapeutique commun. L'hospitalisation est parfois nécessaire afin d'éloigner le patient de son entourage pouvant être source de ses troubles, et améliorer ainsi sa prise en charge.

59. Un cas de sarcoïdose cutanée après injection d'acide hyaluronique (Skinbooster)

Yasmine Rkiek (1),Farah Marraha (1), Ibtissam Al Faker (1), Hanane Chahoub (1),
Youness Benyamna (1) Najlae Rahmani (1), Kabbou Soukayna (1), El HaddadMeriem (1), Snoussi Ilham (1), Boukamza Firdaous (1), Gallouj Salim(1)

1-service de Dermatologie Vénéréologie CHU Tanger, Faculté de Médecine et de Pharmacie -Université Abdelmalek Saidi -Tanger -Maroc

Introduction :

La sarcoïdose, ou maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, est une affection systémique granulomateuse d'étiologie inconnue dont les manifestations cutanées sont très polymorphes. Parmi les différentes formes cliniques de la sarcoïdose cutanée on retrouve les formes post-traumatiques (sarcoïdes sur cicatrices, granulomes sarcoïdosiques).
L'introduction de particules étrangères dans le tégument peut s'accompagner de réactions à type de granulomes sarcoïdosiques. Dans cette observation, l'injection d'acide hyaluronique a été l'élément déclenchant de telles réactions.Nous rapportons un cas de sarcoïdose cutanée chez une femme de 37 ans , après injections d'acide hyaluronique (Skinbooster).

Observation :

Une femme de 37 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, a présenté 3 semaines après l'injection d'acide hyaluronique (Skinbooster) des nodules rouges à l'endroit de certains sites d'injection augmentant progressivement de taille, sans signe fonctionnel associé. L'examen clinique notait la présence de plusieurs nodules rouges violacés fermes ,indolores et non mobiles à la palpation faisant ± 1 cm de diamètre siégeant au niveau des sites d'injection : les deux joues ainsi que la zone péri orbitaire .

La dermoscopie trouvait des globules jaune-orangés translucides ainsi que des vaisseaux linéaires ,typique de la sarcoïdose cutanée La recherche d'une sarcoïdose systémique était négative. Une biopsie a été réalisée. L'examen
anatomopathologique constatait l'existence d'un granulome sarcoïdosique caractérisé par des petits nodules arrondis de cellules épithélioïdes, entourés d'une étroite couronne lymphocytaire .Il existait quelques cellules géantes, de type Langhans, sans nécrose fibrinoïde ni caséification .
Nous avons traité la patiente par corticothérapie locale et générale associée à l immunosuppresseur (MTX)
L'évolution a été marquée par la régression des papules sous traitement avec persistance des macules érythémateuses.

Discussion :

L'originalité de cette observation consiste en l'apparition de granulomes sarcoïdosiques aux sites d'injections de l'acide hyaluronique. Il n'y avait aucun élément pour une sarcoïdose systémique. Ceci conduit à penser qu'il s'agit d'une réaction sarcoïdosique locale par stimulation antigénique, et non d'une sarcoïdose à type de réactivation de cicatrice qui ,en règle générale, se manifeste sur de véritables cicatrices, correspondant à des traumatismes plus ou moins anciens.

L'apparition de granulomes sarcoïdosiques aux sites d'introduction de divers corps étrangers a été fréquemment signalée dans la littérature . Dans la majorité des cas, ces réactions sont localisées mais, dans certaines observations, elles peuvent révéler une sarcoïdose systémique. Même lorsque les examens s'avèrent négatifs, comme dans le cas présent, il est important d'assurer un suivi au long cours des malades, car la survenue plus tardive d'une sarcoïdose systémique n'est pas à exclure.

60. La macrochéilite granulomateuse de Miescher : à propos de deux cas

Ibtissam Al faker, Farah Marraha, Hanane Chahoub, Najlae Rahmani, Younes Benyamna, Soukayna Kabbou, Yasmine Rkiek, Salim Gallouj
Service de dermatologie – vénéréologie, CHU Tanger
Faculté de médecine et de pharmacie – Université Abdelmalek Essadi – Tanger. Maroc

Introduction :

Décrite pour la première fois par Miescher en 1945, la chéilite granulomateuse de Miescher - dont nous rapportons deux cas- se manifeste par une tuméfaction labiale d'une ou des deux lèvres provoquant une macrochéilite, son étiopathogénie est encore mal connue; elle représente la forme mono-symptomatique de syndrome de Melkersson Rosenthal qui est une maladie rare associe classiquement un œdème oro-labial, une paralysie faciale périphérique et une langue plicaturée.

Observations :

2 patients - une femme de 43 ans et un homme de 51 ans - sans antécédents médicaux ont été adressés pour une tuméfaction chronique indolore au niveau de la lèvre supérieure et au niveau de la lèvre inférieure respectivement, évoluant depuis 3 ans. L'examen clinique révélait une tuméfaction généralisée de la lèvre sans desquamation ni érosion, aucune autre lésion muqueuse ou paralysie faciale n'ont été objectivés. Le

diagnostic de CGM est retenu par l'examen histologique qui a révélé la présence des infiltrats lymphohistiocytaires réalisant des petits granulomes épithélioïdes à disposition périvasculaire mêlés à des plasmocytes, et un chorion superficiel œdémato-congestif qui abrite des infiltrats inflammatoires essentiellement lympho-plasmocytaires mêlés à quelques mastocytes. Il n'est pas observé d'éléments en faveur d'une maladie de Crohn o d'une tuberculose. Les examens paracliniques et le bilan étiologique afin de retenir une maladie de Crohn, une maladie systémique telle la sarcoïdose ou lupus, ou encore un œdème allergique n'ont pas été fait vu que les 2 patients ont été perdu de vue après avoir bénéficié de la biopsie cutanée.

Discussion :

La macrochéilite granulomateuse de Miescher est une maladie inflammatoire rare dont l'étiologie n'est pas encore bien élucidée, elle touche l'adulte jeune (1) elle se manifeste par un œdème labial, sous forme d'une infiltration ferme, élastique, prédominant peut atteinte une ou les deux lèvres, intermittente survenant par poussées, puis de manière permanente ; ce œdème peut durer quelques heures voire jours évoquant ainsi un angiœdème, mais l'atteinte chronique devient moins œdémateuse, plus ferme.

La difficulté diagnostique réside dans le fait que la macrochéilite granulomateuse peut être une manifestation d'une maladie systémique telle que la sarcoïdose, la maladie de Crohn, plus rarement la lèpre, la leishmaniose ou encore la tuberculose (1). Deux cas ont été rapporté associés à des expansions lymphocytaires monoclonales (2) ainsi qu'une association au trisomie 21 (3). La lésion histopathologique est caractérisée par la présence de granulomes giganto-cellulaires épithélioïdes sans nécrose caséeuse. De nombreux traitements ont été proposés tels que la clofazimine, la minocycline, le metronidazole, et les anti TNF alpha (1), la roxithromycine et la dapsone (3), les corticoïdes locaux en injections intralésionnelles ou systémiques. Une chéiloplastie chirurgicale pourra être proposée en cas d'échec thérapeutique (4).

PATHOLOGIES VACULAIRE

1.Granulomes pyogéniques : Une série de 43 cas.

El Arabi Y[1], Hali F[1], El Fetoiki F.Z[1], Marnissi F[2], Dahbi Skali H[1], Chiheb S[1].
[1]Dermatologie, [2]Anatomopathologie, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction :

Les granulomes pyogéniques ou botriomycomes sont des tumeurs vasculaires bénignes qui se présentent sous forme d'une lésion nodulaire en réponse à une irritation locale, un traumatisme ou des facteurs hormonaux. L'objectif de notre travail était de décrire le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des botriomycomes.

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective sur une durée de 3 ans (1er Janvier 2018 – 31 Décembre 2020), incluant tous les patients vus en consultation de dermatologie du centre hospitalier universitaire Ibn Rochd de Casablanca pour un botriomycome.

Résultats :
Un total de 43 patients a été collecté. Il s'agissait de 23 hommes et 20 femmes. La moyenne d'âge était de 41,42 ans [6 – 78 ans]. Deux hommes étaient opérés pour mise en place d'un pacemaker, trois femmes étaient enceintes et une femme était suivie pour pemphigus profond. Tous les patients consultaient pour un nodule cutané érythémateux évoluant depuis 2 à 12 semaines. L'interrogatoire trouvait le recours à des soins dentaires chez 4 patients et la notion de microtraumatisme chez 8 patients. L'examen clinique trouvait un nodule érythémateux rouge vif, indolore, saignant au contact, de 0,5 à 2 centimètres de diamètre. La localisation était au niveau des doigts chez 21 patients, du pied chez 13 patients, des lèvres chez 7 patients et du tronc chez 2 patients. Une exérèse complète au bistouri électrique a été réalisée chez tous les patients sous anesthésie locale avec cicatrisation complète au bout de 15 jours en moyenne. Le diagnostic de botriomycome était posé cliniquement et confirmé à l'histologie. Une récidive a été notée chez 6 patients.

Discussion :
Les granulomes pyogéniques sont des tumeurs vasculaires bénignes, souvent faisant suite à un traumatisme local ou une modification hormonale entrainant une production accrue de facteurs de croissance endothéliaux vasculaires. Les localisations habituelles sont les doigts, les orteils, la face et la cavité orale. Le diagnostic clinique est facile mais il est important d'éliminer les diagnostics différentiels qui sont les angiomes lobulés, la maladie de kaposi, et les hémangioendothéliomes, d'où l'intérêt de l'anatomopathologie. Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale complète afin d'éviter la récidive locale. D'autres traitements peuvent être proposés : laser Nd:YAG, cryochirurgie, laser à colorant pulsé à lampe flash, injection intra-lésionnelle de sclérothérapie à l'éthanol ou aux corticoïdes.

Conclusion :
Les botriomycomes se distinguent facilement par leur présentation clinique et leur caractère souvent post-traumatique. Une excision complète donne des bons résultats esthétiques et généralement sans récidive.

2. Hémangiomatose miliaire pas comme les autres

Layla Bendaoud[1], Soukaina Karimi[1], Hind Rachidi[2], Amal benhissi[3], Hanane Rais[2], Ghizlane Drais[3], Said Amal[1], Ouafa Hocar[1]
Service de dermatologie[1], CHU Med VI , Marrakech
Service d'anatomopathologie[2], CHU Med VI , Marrakech
Service de pédiatrie[3], CHU Med VI , Marrakech
FMPM Laboscience

Introduction :

Les hémangiomes cutanés sont des tumeurs vasculaires bénignes, plus fréquentes chez l'enfant. L'hémangiomatose miliaire est définie par un nombre d'hémangiome cutané supérieur ou égal à 5. C'est une pathologie rare, caractérisée par une atteinte viscérale conditionnant le pronostic. Le but de ce travail est de rapporter une observation sur l'hémangiomatose miliaire chez un nourrisson, ayant évolué vers le décès.

Observation:

Un nourrisson de 44 jours de sexe masculin, issu d'un mariage non consanguin, et d'une grossesse mal suivie et menée à terme. Il était ramené par ses parents pour des lésions cutanées diffuses évoluant depuis une semaine après la naissance. L'examen dermatologique notait la présence de multiples papules angiomateuses au niveau du tronc, et des organes génitaux externes, avec une plaque érythémateuse infiltrée au niveau du dos, de 4cm/2.5cm surmontée par les mêmes papules. L'examen montrait également la présence d'un nodule de 1 cm/1cm, érythémateux, pédiculé au niveau du dos et des angiomes plans. Le syndrome de Kasabakh-Meritt était suspecté mais écarté devant l'absence d'une thrombopénie, d'un trouble d'hémostase, et d'hypofirbrinogénémie. L'étude histologique montrait une hyperplasie vasculaire sans aspect d'angiome en touffe ni d'hémangioendothéliome kaposiforme. L'échographie de parties molles de la plaque infiltrée était en faveur d'un hémangiome cutané. Le bilan d'extension ne montrait pas d'autres atteintes viscérales notamment hépatique. Le patient était mis sous propanolol 3 mg/kg/j avec une surveillance étroite. L'évolution était marquée par l'augmentation de la taille des lésions dont certaines étaient saignantes au moindre contact. L'étude histologique des nodules pédiculés et d'une papule était en faveur d'un hémangiome infantile avec différents stades d'évolution. Par la suite, le nourrisson présentait une détresse respiratoire d'aggravation progressive malgré l'oxygénothérapie, l'antibiothérapie et la corticothérapie 3mg/kg/j. Le scanner thoracique avait objectivé un grand hémangiome cutané dorsal de 5.4 cm / 7.4cm à extension endocanalaire, responsable d'un comblement du canal médullaire de D4 à D9, et à extension endothoracique responsable d'une atélectasie du lobe inférieur du parenchyme pulmonaire droit avec une pleurésie bilatérale de grande abondance. Le même jour, le nourisson est décédé.

Discussion :

Les hémangiomes cutanés infantiles apparaissent généralement dans les premières semaines de vie et peuvent être superficiels, sous cutanés ou mixtes. L'hémangiomatose miliaire est une pathologie rare, décrite pour la première fois en 1938, caractérisée par de multiples hémangiomes cutanés et viscéraux. La localisation hépatique est la plus fréquente, suivie d'une atteinte pulmonaire, gastro-intestinale et du système nerveux central. Dans la littérature, ont été rapportées quelques observations d'hémangiomes cutanés ayant eu un caractère agressif et extensif localement, responsables d'une compression des voies aériennes ou du canal rachidien, comme c'est le cas chez notre patient. Une autre particularité dans notre observation est l'aspect clinique de certains hémangiomes qui étaient sous forme de nodules pédiculés avec un saignement au contact. Plusieurs cas rapportés montraient l'efficacité thérapeutique du propanolol dans cette pathologie, tandis que notre patient n'avait pas répondu à ce traitement devant l'extension rapide des hémangiomes.

Conclusion :

Les hémangiomes cutanés sont des tumeurs vasculaires bénignes , pouvant parfois engager le pronostic vital par leurs complications locorégionales ou par l'atteinte viscérale. D'où l'intérêt de les diagnostiquer précocement et de faire un bilan d'extension si nécessaire pour une prise en charge rapide et adéquate.

3. Everolimus et anomalies vasculaires

S.Bouabdella 1 ; A.Khouna 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2.

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche scientifique et de santé publique. Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier.

Introduction :

Les anomalies vasculaires constituent un large groupe de pathologies malformatives et tumorales. Les inhibiteurs de mTOR (mammalian target of rapamycin) sont de nouveaux traitements prometteurs dans

ces anomalies. Nous rapportons 4 patients traités par Everolimus pour des anomalies vasculaires différentes.

Observations :

Observation 1: Un patient de 17ans, issu d'un mariage consanguin de 2ème degré, présentait un hemangiome verruqueux nasal et de la lèvre supérieure traité par Everolimus à la dose de 2.5mg par jour pendant un an. Il a eu un affaissement et régression de la taille des lésions et une diminution du suintement et de la douleur.

Observation 2: Une femme âgée de 44ans, ayant comme antécédant une thrombophlebite du membre inférieur gauche (MIG), présentait un syndrome de klippel trenaunay du MIG traité par Everolimus à dose de 5mg par jour pendant 6mois avec une diminution de l'hypertrophie du membre. Le traitement a été arrêté pour non-disponibilité.

Observation 3: Une fillette de 3ans présentait un hémangiome mixte de la face traité par Everolimus à dose de 1.25mg par jour pendant 6mois avec une diminution de l'éryhtème de la joue, affaissement de la lésion au niveau labial et l'alimentation est devenue possible.

Observation 4: Une fillette de 4ans, ayant un syndrome de klippel trenaunay, a été traitée initialement par Avlocardyl sans amélioration. Un traitement à base d'Everolimus à dose de 2.5mg par jour pendant 1an et demi a été instauré avec une disparition de la douleur, amélioration de la qualité de vie de la patiente sans augmentation de la taille des lésions.

Discussion :

Les inhibiteurs du mTOR.semblent très efficaces dans le traitements des anomalies vasculaires. Cette action est expliquée par leurs propriétés antiproliférative, immunosuppressive, et surtout antiangio- et lymphangiogénique. Plusieurs publications sur leur effet sur ces anomalies sont parues depuis 2011 mais ce sont portées surtout sur le Sirolimus. Seulement quelques rapports de cas rapportent l'effet de l'everolimus sur ces pathologies. Dans une étude conduite dans ce sens, le sirolimus, était utilisé dans 83 cas et l'évérolimus chez un seul cas. Les traitements étaient rapidement efficaces avec une bonne tolérance et un délai médian de 2semaines. L'everolimus est un agent antinéoplasique inhibiteur de protéine kinase et un immunosuppresseur sélectif. Il peut empêcher la progression des malformations vasculaires et améliorer significativement la qualité de vie de ces patients. La qualité de vie de tous nos patient a été améliorée avec diminution de la douleur chez tous les patients et régression de la taille chez 2 patients.

Conclusion :

Les inhibiteurs de mTOR constituent une option très encourageante dans les anomalies vasculaires. Cependant, des essais contrôlés randomisés sont nécessaires pour confirmer ces données.

4. Nécrose digitale : la partie visible de l'iceberg !

S. Zakaryaa, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie; CHU Ibn Rochd; Casablanca.

La nécrose digitale est une manifestation clinique d' une pathologie générale ou locorégionale et représente le stade ultime de l'ischémie distale. Elle présente un problème de diagnostic étiologique vu la grande diversité des pathologies causales dominées par les connectivites (Sclérodermie systémique), les artériopathies, les maladies professionnelles ou encore les vascularites, hémopathies...

La nécrose digitale est une urgence médicale! D'où la nécessité d'une démarche diagnostique rigoureuse afin d'éviter l'évolution délabrante vers la gangrène irreversible limitant les options thérapeutiques à l'amputation et un handicap à vie!

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 65 ans tabagique chronique à 40 PA ayant présenté depuis plusieurs années une claudication intermittente du membre inférieur gauche compliquée de douleurs distales au décubitus puis de troubles trophiques 3 mois avant son hospitalisation. L'examen clinique avait retrouvé une nécrose et anesthésie du gros orteil gauche avec des pouls périphériques abolis.

A la radiographie du pied: une ostéolyse de l'articulation interphalangienne, métatarso- phalangienne ainsi que l'occlusion de l'artère fémorale superficielle dans ses 2/3 supérieurs à l'angioscanner. Le diagnostic le plus probable était l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs d'origine athéromateuse.

Cependant la *maladie de Léo Buerger* ou *thromboangéite oblitérante* ne pouvait être éliminée et pouvait y être associée. Le patient avait bénéficié d'une triple antibiothérapie intraveineuse, d'aspirine, vasodilatateur périphérique, statine, héparinothérapie, antalgique, soins locaux sans oublier le sevrage tabagique +++ L'amputation de la jambe gauche était nécessaire vu son stade avancé et l'échec des tentatives de revascularisation.

Discussion La nécrose digitale représente l'ultime complication de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs dont la lésion anatomique élémentaire est la plaque athéromateuse ; celle-ci intéresse l'intima du vaisseau et fait saillie dans la lumière artérielle. L'athérosclérose est une maladie générale et peut ainsi avoir des localisations artérielles multiples : artères iliaques, fémorales, poplitées, coronaires, cérébrales (bifurcation carotidienne++). Leur atteinte doit être recherchée lors du bilan de diffusion de la maladie athéromateuse par un examen clinique général soigneux et l'exploration de tous les territoires vasculaires.

La maladie de Léo Buerger ; quant à elle, est une artériopathie qui survient surtout chez l'homme (90% des cas), grand tabagique, évoluant par poussées et prédominant aux membre inferieur.

Conclusion

La nécrose digitale est le stade ultime de l'ischémie distale dont les étiologies sont dominées par les connectivites (sclérodermie), les causes professionnelles (Syndrome du marteau hypothénar), les vascularites, les causes hématologiques ou néoplasiques, médicamenteuses ou encore la maladie de Léo Buerger...Le pronostic est défavorable d'où la nécessité d'un diagnostic étiologique précoce, une prise en charge adaptée afin d'éviter l'extension des lésions devenant irréversibles.

6. Dermoscopie des angiomes plans : intérêt pronostic

Sabrina oujdi, Hanane Baybay, Siham Boularbah, Sara Elloudi, Zakia Douhi, Fatima Zahra Mernissi
Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction
L'angiome plan (AP) est une malformation vasculaire congénitale, constituée de capillaires éctasiques dans le derme. Le diagnostic d'AP est clinique. Il se présente comme une macule érythémateuse qui pâlit durant le premier mois, et grandit avec l'enfant.

Matériel et méthodes :
Nous avons mené une étude auprès de 68 patients ayant un angiome plan traités par laser au sein de notre formation en évaluant la réponse thérapeutique après plusieurs années chez 9 patients ; la dermoscopie a était réalisé chez tous les patients avant et après traitement.

Résultats :

9 patients avec angiomes plan (7 femmes et 2 hommes) avec un âge moyen de 12.4 ans et une moyennes de 11.7 séances de laser IPL (3-21 séances) ont été inclus dans notre étude, tous les patients ont été examiné au dermoscope avec comme résultat un aspect rouge linéaire des vaisseaux témoignant de l'ectasie des vaisseaux du derme réticulaire et donc une forme profonde de l'angiome et qui était présente chez 7 patients et un aspect rond globulaire des vaisseaux témoignant de l'ectasie des vaisseaux du derme papillaire et donc une forme superficielle de l'angiome et qui était présente chez 2 patients de notre série ;L'analyse du résultat du traitement par laser et IPL chez nos patients a objectivé une meilleure réponse thérapeutique chez les patients ayant une forme superficielle de l'angiome contrairement aux patients ayant une forme profonde , hormis que les formes superficielle répondait mieux au traitement par laser elles nécessitait moins de séances laser comparé au forme profonde avec une moyenne de 14.14 séances pour les formes profondes et 5 pour les formes superficielles.

Discussion

Une série espagnole(1) de 33 patients atteint d'angiome type tache de vin traité examiner par videomicroscopie et traiter par laser à noter que La profondeur des vaisseaux impliqués est critique parce que plus le vaisseau est profond, plus la réponse au laser est faible. Ce qui a aussi été démontré histologiquement dans certaines études (2,3). Le diamètre du vaisseau atteint est également un paramètre très important influençant le degré de la réponse au laser. En règle générale, les vaisseaux de petit diamètre ont une réponse plus faible au PDL que les vaisseaux plus larges, surtout s'ils sont situés profondément
Un article publié en 2003 au JAAD (4) à propos d'une série de 15 patients atteints d'angiome type tache de vin a soutenu l'intérêt du dermoscope comme outil permettant de préciser le niveau profond ou superficiel de l'ectasie vasculaire et par conséquent de prédire la réponse au traitement par laser Ainsi, il semble que le dermatoscope peut être utilisé, comme le vidéomicroscope, pour déterminer la profondeur de l'ectasie vasculaire et pour aider à prédire le résultat de son traitement. Il est également important de souligner que le dermatoscope est plus simple, moins coûteux, et généralement disponible dans la pratique quotidienne de bureau, contrairement au vidéomicroscope.

Conclusion : Le laser a une place primordiale dans le traitement des angiomes permettant un effacement de l'angiome ou au moins de pâlir l angiome ; la réponse thérapeutique est conditionné par la profondeur et le diamètre des vaisseaux atteints

7. Un placard inflammatoire linéaire: quel est votre diagnostic?

N.Bennouna, F.Z Elfatoïki, H.D.SKALI, F.HALI, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

INTRODUCTION

La thrombophlébite superficielle est une pathologie peu fréquente entraînant une hypodermite par obstruction des veinules dermiques.
Nous en rapportons un cas de présentation atypique.

OBSERVATION

Un patient âgé de 54 ans, tabagique chronique à 20 Paquet-Année, présentait depuis un mois un placard inflammatoire linéaire chaud et douloureux au niveau de la face interne de la jambe gauche évoluant dans un contexte d'apyrexie. L'examen retrouvait un placard nodulaire inflammatoire chaud et douloureux, avec présence de varicosités au niveau des deux membres inférieurs.
L'échodoppler réalisé à deux reprises n'objectivait pas d' anomalies.
Le bilan biologique retrouvait une hyperleucocytose à PNN avec une CRP élevée. Un traitement par antibiothérapie par voie veineuse a été démarrée devant une suspicion de dermohypodermite bactérienne non nécrosante.
L'évolution fut marquée par une aggravation du tableau clinique ce qui nous a poussé à réaliser un nouvel échodoppler veineux qui a objectivé une thrombose totale du tiers moyen du tronc de la grande veine saphène gauche, compatible avec le diagnostic d'une thrombophlébite superficielle.
Un bilan étiologique a donc été réalisé, fait d'un bilan d'hémostase et de thrombophilie (Proteine S, C, antithrobine III, facteur II, V, VIII), ainsi qu'un bilan paranéoplasique comprenant une radiographie thoracique, échographie abdominale et PSA sans anomalies.

Le patient a été mis sous fondaparinux en SC à dose de 2.5 mg/jour pendant 45 jours avec bonne amélioration.

DISCUSSION

La particularité de notre observation réside dans l'aspect clinique trompeur, pouvant prêter à confusion avec un érysipèle.

En effet, la thrombose veineuse superficielle se manifeste par un cordon inflammatoire suivant le trajet d'une veine saine, ou d'un paquet variqueux. Plus rarement, elle peut se manifester par des nodules, parfois confluents en placards. Le bilan étiologique s'impose et le traitement médical doit être institué sans retard.

8. Profil épidemio clinique des malformations vasculaires

Introduction

Les anomalies vasculaires cutanées, désignent un ensemble de tumeurs et de malformations vasculaires. Les tumeurs vasculaires sont une prolifération de cellules endothéliales, et les malformations vasculaires sont un développement anormal de vaisseaux (veines, artères, capillaires, lymphatiques) durant l'embryogenèse. Le diagnostic et la prise en charge de ces anomalies vasculaires cutanées font appel à un plateau technique bien équipé et à des traitements très variés. L'objectif de cette étude était de décrire le profil épidémioclinique et thérapeutique des malformations vasculaires cutanées ayant consulté dans notre formation.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale des patients ayant consulté pour une malformation vasculaire cutanée au sein du CHU HASSAN 2 de Fès sur une période de 5ans (2016-2021)

Résultat

Au total 134 patients, adultes et enfants ont été inclus dans l'étude. L'âge des patients variait entre 1mois et 58 ans avec une moyenne de 16.95 ans. La population adulte constituait 38.5% de l'échantillon et le sexratio (H/F) de 0,48 avec une nette prédominance féminine (67.16%) ; 125 patients étaient de la région de FES (Fes ;Meknes ; Taza ; Taounate) et 9 de l'oriental (Nador ;El hoceima ;Oujda ;Figuigue ;Errachidia) ; 50.7 % des patients avaient un niveau socioéconomique bas et 49.3 % un niveau moyen ; la symptomatologie a débuté à la naissance chez 92.5% des patients avec un âge maximum d'apparition à 20 ans ; 76% des malformations étaient localise au niveau de la tête et du cou et 24% au niveau des membres et tronc ; Les explorations radiologiques (écho doppler, scanner ou IRM), pratiquées chez tous les patients ont permis de confirmer les cas douteux , Les anomalies vasculaires les plus recensées étaient les angiomes plan 55.9 % (75 cas) ; les malformations veineuses 23.13 % (31 cas) ; les malformations lymphatiques 5.2 % (7cas) ; malformations arterio veineuses 1.4% (2 cas) ; Les 4 cas d'anomalies vasculaires complexes étaient des syndromes de Klippel-Trenaunay (3 cas) et 1 cas de syndrome de protée ; nous avons opté pour la sclérotherapie chez 15 patients avec malformation veineuse ; le laser chez 77 des patients avec angiomes plan ; la chirurgie pour 2 malformations veineuses superficielles ; l'association sclérothérapie et rapamycine pour les malformations lymphatiques

Discussion

Contrairement aux tumeurs vasculaires et notamment les hémangiomes infantiles, peu de publications ont concerné l'épidémiologie des malformations vasculaires ; Les malformations veineuses sont plus fréquentes que les MAV (1,2). Leur diagnostic est habituellement clinique devant l'aspect de masses sous-cutanées bleutées se remplissant en position déclive atteignant le plus souvent la région céphalique et rarement les membres comme le confirme les résultats de notre série (1).

L'atteinte féminine est prédominante dans notre série. Ceci pourrait être expliqué par une demande thérapeutique plus importante en raison du préjudice esthétique

Les malformations veineuses se compliquent fréquemment de thromboses par coagulopathie, Ces thromboses sont responsables de douleurs.

La sclérothérapie est le traitement de choix des malformations veineuses de taille modérée ou petite.

CONCLUSION

Vu la complexité des malformations vasculaires et la gravité de certaines d'entre elles, une prise en charge multidisciplinaire associant dermatologues, pédiatres, radiologues et chirurgiens s'avère indispensable.

MALADIES INFECTIEUSES

1. Actinomycoses cutanées primitives : à propos de 12 cas

I.Moubine[1], *F.Hali*[1], *F.Marnissi*[2], *S.Chiheb*[1]
[1]Service de Dermatologie et de Vénéréologie de Casablanca
[2]Service d'Anatomopathologie de Casablanca

Introduction :

L'actinomycose cutanée primitive est une infection bactérienne granulomateuse rare. Elle vient au cinquième rang après les localisations cervico-faciale, thoracique, abdominale et pelvienne. L'objectif de ce travail est d'étudier le profil épidémio-clinique des actinomycoses diagnostiqués dans notre formation.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective menée au service de dermatologie du Chu Ibn Rochd de Casablanca, entre janvier 2007 et janvier 2021, incluant tous les patients ayant une actinomycose cutanée primitive confirmée par l'étude anatomopathologique ou bactériologique.

Résultats :

12 patients étaient inclus (10 hommes et deux femmes), d'âge moyen de 38 ans, dont six étaient d'origine rurale. La localisation au niveau des membres inférieurs était notée chez 9 cas, le membre supérieur dans 1 cas, le bas du dos dans 1 cas et la joue dans 1 cas. La majorité des patients (10 soit 83%) rapportaient la notion de traumatisme antérieur. La durée moyenne d'évolution était de 5 ans. La présence de fistules était notée chez tous les patients et la notion d'émission de grains blanchâtres chez 7 patients. Les sérologies rétrovirales étaient négatives chez tous les patients. Le diagnostic était posé par l'anatomopathologiste dans 7 cas et par le microbiologiste dans 5 cas. L'atteinte osseuse était présente chez 4 patients. Le bilan à la recherche d'une localisation viscérale était négatif chez tous les patients. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement à base d'association à long terme de pénicilline G (20 MU/jour) et triméthoprime/sulfaméthoxazole (2 cp/jour). Parmi les complications du traitement : un cas de toxidermie et un cas de cystite hémorragique dus à la pénicilline G ont été notés, justifiant l'administration de la doxycycline avec réponse partielle ; un autre patient suivi pour IRCT sous hémodialyse avait présenté un œdème aigu du poumon nécessitant l'arrêt de la cure par voie intraveineuse et le relais par l'association amoxicilline-acide clavulanique par voie orale. Cinq patients ont bénéficié en plus d'un complément de chirurgie. **Discussion :**

L'actinomycose cutanée est une infection suppurative chronique et extensive, causée par une bactérie filamenteuse anaérobie gram positive saprophyte de la cavité buccale et du tractus gastro-intestinal. Le schéma thérapeutique repose essentiellement sur l'antibiothérapie. Le choix de l'antibiotique doit tenir compte : du site de l'infection, de la sensibilité de la flore d'accompagnement, de la sévérité de l'atteinte et de la réponse du patient. Les *Actinomycètes* sont dix fois plus sensibles à la pénicilline que les *Staphylocoques*.

Dans notre série, la majorité des patients ont bien évolué sous traitement médical associant deux antibiotiques, à des doses élevées, avec une durée prolongée variable selon le terrain, la localisation et la gravité du tableau clinique. Nos données sont cohérentes avec celles de la littérature.

Conclusion :

Le diagnostic des actinomycoses reste difficile car il s'agit d'une pathologie rare d'identification microbiologique difficile et retardée.

2. Tuberculose cutanée gommeuse étendue chez une patiente immunodéprimée

Saddouk.H 1; Sof.K 1; Bouabdella.S 1; Dikhaye 1,2; N.Zizi 1,2

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda
2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction:
La tuberculose est toujours un problème de santé publique au Maroc. Les formes cutanées sont rares. Sa présentation clinique est polymorphe pouvant mimer d'autres dermatoses. Nous rapportons le cas d'une tuberculose cutanée gommeuse étendue chez une patiente immunodéprimée avec une revue de la littérature.
Case report:

Une patiente de 76 ans, Diabétique, hypertendue, Opérée pour une néoplasie du sein gauche en 2016 avec une Radio chimiothérapie, Suivie depuis 2018 pour un lymphome B à grandes cellules classé stade IV ayant reçu 6 cures de chimiothérapie (protocole: R-miniCHOP) avec une bonne évolution. Elle présentait des lésions du visage évoluant depuis 9 mois traitées par antibiothérapie sans amélioration. L'examen physique retrouvait une patiente d'un état général conservé, apyrétique, avec multiples lésions gommeuses, certaines nodulaires sous cutanées violacées et d'autres fistulisées avec issu de pus, au niveau du visage, le cou, le tronc et le pubis. L'examen histologique de la biopsie cutanée était en faveur d'une Tuberculose principalement en phase vasculoexsudative en montrant une pyodermite ulcérée avec ébauche de palissade épithélioïde autour d'une nécrose suppurée. Le quantiferon était positif et le reste du bilan phtisiologique était négatif. Aucune autre localisation n'a été détectée. Le diagnostic d'une tuberculose cutanée était retenu et la patiente était mise sous traitement antibacillaire (2 ERHZ, 4 RH).

Discussion:

La tuberculose peut toucher n'importe quel organe, y compris la peau. La tuberculose cutanée (TC) représente 2% des localisations extrapulmonaires [1], elle peut survenir à la suite d'une dissémination hématogène, d'une extension de continuité d'un foyer sous-jacent à la peau et à la suite d'une inoculation [2]. Son polymorphisme anatomoclinique et la difficulté d'isolement du pathogène rendent son diagnostic difficile. Elle doit être toujours évoquée en cas de lésions cutanées chroniques et traînantes [3].

Parmi les formes cliniques le scrofuloderme a été la forme la plus fréquente dans une étude marocaine (50%), Ce qui concorde avec les résultats des autres séries marocaines, tunisiennes et maliennes [1-4-5]. Contrairement au profil trouvé dans les séries françaises, où le lupus vulgaire et l'érythème induré de Bazin étaient prédominants [1].

Les gommes tuberculeuses sont rares, prédominant aux membres inférieurs et survenant classiquement chez des enfants dénutris ou les patients immunodéprimés [6].Elles représentaient moins de 6% des TC dans les études tunisiennes, moins de 10% dans les séries indiennes et anglaises [4-7], et 30% dans une étude marocaine [1].

La recherche d'autres foyers tuberculeux est indispensable car la TC peut s'associer à d'autres localisations connues de la maladie ou exceptionnellement les révéler [3].

Sur le plan thérapeutique, le traitement de la TC repose sur les anti-bacillaires associés pendant 3 à 12 mois selon des schémas thérapeutiques propres à chaque pays [6].

Conclusion:

La TC est rare de diagnostic souvent difficile avec des aspects cliniques multiples. La biopsie cutanée est recommandée devant toute lésion cutanée chronique et traînante.

3. Coexistence d'une leishmaniose cutanée active et d'un carcinome épidermoïde

S.Aouali (1) ; K.Sof (1); S.Sefraoui (1) ; S. Bouabdella (1) ; S.Dikhaye (1,2) ; N.Zizi (1,2)

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

(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier

Introduction :

La leishmaniose est une grande simulatrice, elle peut prendre un aspect ulcéro-bourgeonnant mimant ainsi un carcinome épidermoïde. Mais sa capacité à simuler cliniquement d'autres entités pathologiques peut conduire en erreur.

Nous rapportons le cas d'un patient présentant une lésion ulcéro-crouteuse et bourgeonnante révélant à la fois un carcinome épidermoïde et une leishmaniose cutanée.

Rapport de cas :

Un patient âgé de 83 ans, ayant comme antécédent une exposition solaire prolongée, était référé dans notre formation pour une lésion ulcéro-bourgeonnante du premier espace interdigital droit évoluant depuis 1 an avant sa consultation. L'examen clinique avait objectivé une lésion érythémateuse bourgeonnante, à périphérie ulcérée, surmontée par des croutes jaunes adhérentes, faisant 2,5cm de grand axe, siégeant au niveau du premier espace interdigital droit. L'examen dermoscopique avait mis en évidence un fond rose laiteux, des larmes jaunes et une vascularisation en tronc d'arbre. Toutes les aires ganglionnaires palpables étaient libres.

Le frottis à la recherche de corps de leishmanies était positif à 2 reprises. Une biopsie cutanée a été réalisée, montrant une dermite végétante d'allure granulomateuse avec hyperplasie pseudo-épithéliomateuse réactionnelle évoquant en premier une leishmaniose au stade granulomateux chronique.

La décision thérapeutique était de mettre le patient sous injections intra lésionnelles de Glucanthime.

Devant la non amélioration au bout de la 3ème injection, une biopsie exérèse de la lésion a été indiquée. L'étude histologique de la pièce d'exérèse était en faveur d'un carcinome épidermoïde bien différencié kératinisant et infiltrant avec des marges saines.

Discussion :

La leishmaniose cutanée est une infection parasitaire à tropisme cutané, liée à l'inoculation de leishmanies transmises par des piqures de phlébotome.

Du fait de son expression clinique variée, plusieurs cas de leishmanioses mimant un carcinome épidermoïde ont été rapporté dans la littérature[1,2]. D'autres rapports de cas ont décrit la survenue de carcinome épidermoïde tardivement sur les sites des anciennes lésions de leishmaniose[3].

Cependant, la coexistence d'une leishmaniose cutanée active et d'un carcinome épidermoïde a été rarement décrite. Notamment, on évoque la survenue simultanée d'un carcinome épidermoïde et d'une leishmaniose de siège conjonctival chez un patient HIV positif[4].

Dans notre cas, cette coexistence peut être expliquée par le développement du carcinome épidermoïde sur une lésion de leishmaniose négligée, cette hypothèse est appuyée par l'évolution chronique

de l'ulcération. Comme elle peut correspondre à une survenue aléatoire au même endroit d'un carcinome épidermoïde et d'une piqure de phlébotome.

Il semble également intéressant de souligner la particularité de l'aspect dermoscopique de notre patient, associant à la fois des signes spécifiques de leishmaniose comme l'aspect en larmes jaunes, et la vascularisation atypique en tronc d'arbre trouvée dans le carcinome épidermoïde.

Conclusion :

La leishmaniose cutanée et le carcinome épidermoïde peuvent avoir des similitudes cliniques qui prêtent à confusion. Une bonne analyse dermoscopique peut orienter le diagnostic. Une exploration poussée est nécessaire pour éviter les erreurs diagnostiques.

3. Condylome géant : quel est votre diagnostic ?

N.BENNOUNA, F.Z ELFETOIKI, F.HALI, H.Skalli, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc.

Introduction

La tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL) ou condylome acuminé géant est une maladie sexuellement transmissible, due au papillomavirus humain HPV 6 et /ou 11, appartenant au groupe des carcinomes verruqueux.

Nous rapportons le cas d'une TBL chez un patient de 68 ans.

Observation

Un patient âgé de 68 ans, ayant comme antécédent une notion de vagabondage sexuel, qui a consulté pour 2 volumineuses tumeurs indolore du pubis évoluant depuis 30 ans.

L´examen clinique notait la présence de 2 lésions tumorales fétides, exophytiques et verruqueuses, mesurant respectivement 6cm et 9cm située à la racine de la verge, sans localisation anorectale.

Le toucher rectal et l'examen des aires ganglionnaires étaient sans particularité. Les sérologies syphilitique, HIV et hépatiques étaient négative.

Le traitement a consisté en une exérèse chirurgicale ainsi qu'une antibiothérapie et l'examen anatomopathologique de la pièce a révélé une hyperplasie papillomateuse et quelques koïlocytes, sans foyer de micro-invasion, compatible avec le diagnostic de TBL.

Discussion

La TBL est une tumeur rare et sa classification nosologique est difficile entre lésion bénigne, à potentiel malin ou carcinomateuse.

Le risque élevé de transformation maligne dans ce type de tumeur est expliqué non seulement par son association fréquente à une immunodéficience mais aussi par sa tendance à évoluer en surface et en profondeur, marquant ainsi sa différence des condylomes acuminés banals.

Dans notre cas aucun signe de malignité n'a été observé à l'anatomopathologie, ni d'association à d'autres IST.

La recherche d'autres infections sexuellement transmissibles est systématique et le traitement reste essentiellement chirurgical avec une marge cutanée.

L'éducation sexuelle et le traitement précoce des lésions condylomateuses permet d'améliorer le pronostic de cette affection caractérisée par son potentiel dégénératif, envahissant et récidivant après traitement imposant ainsi un suivi régulier de ces patients.

4. Cryptococcose cutanée isolée et VIH :À propos d'un cas

Biygjoine I, Hocar O, Amal S
Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad

CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc **Introduction :**

La cryptococcose cutanée est une dermatose mycosique due au cryptoccoque. Elle survient habituellement chez le sujet infecté par le VIH et pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Nous rapportons un cas de cryptococcose cutanée chez un sujet jeune, infecté par le VIH.

Observation :

Un patient de 41 ans; originaire de la cote d'ivoire, ayant comme antécédents une infection rétroviral sous traitement; traité pour un paludisme; traité pour une bactéremie à Salmonellose; suivi pour une tuberculeuse pulmonaire sous traitement avec mauvaise observance thérapeutique, et traité pour un herpès génital. Le patient s'est présenté pour une éruption facial papulo-nodulaires non prurigineuses évoluant depuis 2 mois associées à des ulcérations génitales. L'examen dermatologique objectivait la présence de multiples lésions papulo-nodulaires ombiliqués douloureuses limité au visage variant entre 5 et 10mm, avec une ulcération superficielle douloureuse à fond propre et à bordure polycyclique au niveau du sillon balano-préputial d'environ 0,5 cm; une ulcération superficielle scrotale droite douloureuse à fond propre et à bordure polycyclique d'environ 2cm sur 1 cm, une plaque hypochrome à contour polycyclique cicatricielle de l'ancien épisode herpétique, une xérose cutanée, un mauvais état bucco- dentaire, une candidose buccale. Le reste de l'examen était sans particularités notamment pas d'adénopathies ni signes neurologies. Un test de TZank avait confirmé l'origine herpétique des ulcérations; une biopsie cutanée avait objectivé la présence de levures encapsulées de type cryptocoque. Un traitement à base de fluconazole était instauré, associé à une thérapie antirétrovirale et une prophylaxie par triméthoprime- sulfaméthoxazole, mais l'évolution était fatale après 20 jours de traitement.

Discussion :

La cryptococcose est une infection fongique opportuniste provoquée par une levure encapsulée: Cryptococcus néoformans survenant suite à une contamination directe ou indirect, et occasionnent dans environ 5% des cas des manifestations cutanées polymorphe non pathognomoniques de la maladie, d'où des erreurs de diagnostic et des retards de traitement. La forme clinique la plus fréquente ressemble à des molluscum contagiosum et prédominent sur la tête et le cou; elle peut également se manifester sous forme d'ulcération chronique, volontiers croûteuse en surface et infiltrée en périphérie, ou un aspect de cellulite. Le polymorphisme clinique devrait amener à pratiquer systématiquement une biopsie cutanée afin d'instaurer un traitement antifongique adéquat et précoce.

Conclusion :

La cryptococcose est une infection fongique qui atteint surtout les patients immunodéprimés et sa fréquence a considérablement augmenté depuis l'émergence du virus de l'immunodéficience humaine.

5. Deux cas de leishmaniose cutanéo-muqueuses au Maroc

N. Bennouna, F-Z. Elfatoïki, M. Riyad, F. Hali, H. Dahbi Skali, S. Chiheb
Service de dermatologie vénérologie, faculté de médecine et pharmacie, université Hassan II de Casablanca, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
Laboratoire de parasitologie, faculté de médecine et pharmacie, université Hassan II de Casablanca, Casablanca, Maroc

Introduction :

La leishmaniose cutanée est une affection parasitaire causée par un protozoaire flagellé du genre Leishmania qui sévit au Maroc sous trois formes : major, tropica et infantum.

En dehors des formes viscérales et cutanées, de rares formes cutanéo-muqueuses ont été rapportées au Maroc. Nous rapportons 2 observations de patients présentant une LC localisée, associée à une atteinte muqueuse au CHU de Casablanca.

Observations :

Cas 1 : patiente âgée de 63 ans, originaire du Sud (foyer endémique de LC due à Leishmania major), consultait pour une macrochéilite de la lèvre inférieure évoluant depuis trois mois. L'examen trouvait une tuméfaction de la lèvre inférieure, infiltrée, indolore, associée à une lésion ulcéro-croûteuse, sans macroglossie. Les aires ganglionnaires étaient libres. L'examen direct à la recherche de leishmanies était négatif ainsi que la culture sur milieu NNN. La PCR était positive ayant objectivé un Leishmania Major. La patiente était traitée par glucantime intralésionnel. L'évolution était favorable à 12 mois de recul.

Cas 2 : patiente de 15 ans sans antécédent pathologique particulier, originaire d'Errachidia (foyer endémique de LC due à Leishmania major), consultait pour deux lésions ulcérocroûteuses de la joue gauche et de la lèvre supérieure évoluant depuis 4 mois. L'examen clinique trouvait au niveau de la joue gauche, une lésion papuleuse infiltrée et ulcérée, recouverte d'une croûte jaunâtre, avec une bordure violacée, et une lésion ulcérée sèche, fissuraire, légèrement infiltrée du vermillon, se prolongeant sur le versant muqueux de la lèvre supérieure. L'examen direct d'un frottis des lésions montrait des amastigotes de leishmanies au niveau des deux lésions. Une PCR réalisée sur les ADN extraits à partir des frottis a permis d'identifier Leishmania tropica. Un traitement par injections d'antimoniate de Méglumine a été instauré initialement par voie intralésionnelle pendant 6 semaines puis par voie intramusculaire pendant 15 jours, avec cicatrisation des lésions.

Discussion :

L'originalité de nos deux cas réside non seulement dans la rareté des présentations cutanéo-muqueuses au maroc mais aussi l'implication de 2 espèces différentes de leishmanies.

La leishmaniose des muqueuses est exceptionnelle en Méditerranée et les caractéristiques épidémiocliniques décrite au Maroc différent car contrairement aux lésions muqueuses du nouveau monde qui sont classiquement invasives, destructrices et peu sensibles aux traitements anti-leishmanie, l'atteinte muqueuse chez nos malades n'a pas entraîné de délabrement.

En conclusion, nos 2 observations confirment les changements épidémio-cliniques observés dans la LC au Maroc.

L'intérêt de penser à la leishmaniose dans un pays d'endémie même devant une localisation et un aspect clinique inhabituels.

6. Érythème annulaire centrifuge post streptococcique

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

Introduction :

L'érythème annulaire centrifuge est une dermatose réactionnelle survenant en réponse à différents stimuli : infectieux, traumatique ou métabolique. Le diagnostic est avant tout clinique, la biopsie cutanée permet dans les cas douteux de poser le diagnostic.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 14 ans qui présente un érythème annulaire centrifuge post streptococcique.

Observation :

Patiente âgée de 14 ans, ayant comme principal antécédent des épisodes d'angines à répétition, qui avait présenté, quatre jours avant sa consultation, des macules arrondies érythémateuses prurigineuses d'évolution centrifuge, localisées au niveau du flanc droit .
L'examen dermatologique retrouvait des lésions annulaires, hyper-pigmentées, finement squameuses, de taille variable allant de 2 à 4 cm, à bordures surélevées érythémateuses, localisées au niveau du flanc droit.
Le reste de l'examen objectivait une angine érythémateuse sans autres signes associés notamment pas d'atteinte cardiaque ni ostéo-articulaire ou neurologique .
Les examens biologiques ne révélaient pas d'anomalie hormis une élévation des ASLO.
Le biopsie cutanée concluait à un aspect compatible avec un érythème annulaire centrifuge superficiel. Un traitement à base de corticoïdes topiques associé à de l'Amoxicilline 50mg/kg/j pendant 7 jours a été instauré avec très bonne évolution et disparition des lésions.

Discussion :

L'originalité de notre observation est la rareté de l'érythème annulaire centrifuge post streptococcique et sa survenue chez l'enfant.
L'aspect de l'éruption annulaire succédant un épisode d'angine streptococcique permet d'évoquer en premier un érythème marginé dans le cadre d'un rhumatisme articulaire aigue post streptococcique ; cependant l'absence d'atteinte cardiaque, ostéo-articulaire et neurologique et l'absence de fièvre et de syndrome inflammatoire ne sont pas en faveur.
Ainsi l'érythème annulaire centrifuge post streptococcique reste le diagnostic le plus probable chez notre patiente.

7. Erythème induré de Bazin: Une dermatose rare dans un pays d'endémie tuberculeuse

H.Ragragui Ouasmin[1]; A.Khouna[1]; H.Daflaoui[1] ; N.Zizi[1,2]; S.Dikhaye[1,2]
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda
2Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :
La tuberculose cutanée est une dermatose encore courante au Maroc, représentant 1 à 2 % des cas de tuberculose et 0,1 à 1 % des dermatoses. L'érythème induré de Bazin appartient au groupe des vascularites nodulaires, de cause inconnue quoique l'origine tuberculeuse est la plus discutée. C'est une affection rare et chronique, évoluant par poussées surtout hivernales [1-2-4-6]. **Observation :** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 52 ans, sans antécédents personnels ou familiaux de tuberculose et sans contage tuberculeux, qui consultait pour de multiples lésions nodulaires des 2 jambes douloureuses évoluant depuis 2 ans avant sa consultation. L'examen clinique révélait la présence de multiples lésions nodulaires érythémato-violines et d'autres hyperpigmentées, bien limitées, très douloureuses, dont quelques unes ulcérés à fond érythémateux et à surface fibrineuse, allant de 0.5 à 1,5 cm de diamètre siégeant au niveau des 2 jambes, sans autres signes cliniques d'imprégnation tuberculeuse. L'intradermo-réaction (IDR) à la tuberculine était phlycténulaire. Le bilan à la recherche d'un foyer tuberculeux profond était négatif. Une biopsie cutanée a été réalisée, montrant la présence de nombreux granulomes tuberculoïdes avec parfois une nécrose caséiforme au centre et des débris neutrophiliques. Des lésions de vascularite ont été également observées. La PCR sur biopsie cutanée à la recherche de l'ADN de *Mycobacterium tuberculosis* n'a pas été faite. La patiente était mise sous traitement antituberculeux pendant 6 mois associé à la colchicine 1 mg/jour. L'évolution était marquée par une nette amélioration clinique avec disparition des lésions nodulaires, cicatrisation totale des lésions ulcérées et persistance des lésions hyperpigmentées cicatricielles.
Discussion : L'érythème induré de Bazin est une affection rare, atteignant presque exclusivement les femmes ayant souvent une surcharge pondérale et/ou un terrain d'insuffisance veineuse chronique [3]. Il est considéré comme une réaction d'hypersensibilité type IV à de multiples antigènes, essentiellement le Mycobacterium tuberculosis, quoique l'origine tuberculeuse n'ait jamais été réellement prouvée [1-5]. La prise en charge thérapeutique demeure mal codifiée. Le recours au traitement symptomatique par la dapsone

et la colchicine semble constituer de bonnes alternatives thérapeutiques avec de bons résultats [3].
L'instauration d'un traitement antituberculeux dans notre contexte était justifiée par la positivité de l'IDR, la présence d'un granulome tuberculoïde à la biopsie sans oublier que notre pays constitue une zone d'endémie tuberculeuse.
L'association avec la colchicine permet une rémission prolongée sans récidive. **Conclusion :**
Devant une hypodermite nodulaire chronique des membres inférieurs, il faut rester vigilant et savoir poser le diagnostic d'un érythème induré de Bazin pour instaurer un traitement antituberculeux notamment dans des pays endémiques.

8. La gale bulleuse : une forme atypique de gale

S. Sektaoui ; Z.Mehsas ; C. Aït Khabba ; M. Meziane ; N. Ismaili ; L. Benzekri ; K. Senouci
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina , Université Mohammed V Souissi, Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Introduction :
La gale bulleuse est une forme clinique exceptionnelle, et son association à une gale norvégienne est encore plus rare, nous rapportons le cas d'un patient qui présentait les deux formes cliniques à la fois.
Observation :
Patient âgé de 69 ans, a consulté pour une érythrodermie sèche prurigineuse, évoluant depuis 6 mois, traité par des préparations magistrales à base de dermocorticoïdes, sans amélioration. Par ailleurs il présentait une hyper éosinophilie sanguine, atteignant les 11200 éléments/ mm3
L'examen clinique retrouvait un patient en érythrodermie sèche finement squameuse qui présentait quelques sillons scabieux au niveau palmaire faisant suspecter une gale, une recherche de sarcopte était positive, le patient a reçu du Benzoate de benzyle et deux cures d'Ivermectine à 15 jours d'intervalle.
L'évolution a été marquée 15 jours après, par l'apparition de bulles tendues à contenue clair reposant sur une peau saine au niveau du tronc et de l'abdomen dont la biopsie cutanée était en faveur d'une bulle sous épidermique. L'immunofluorescence directe était négative, le diagnostic de gale bulleuse a été suspecté, et le patient a poursuivi une cure d'Ivermectine, avec un blanchiment complet de toutes les lésions, et une normalisation du taux des polynucléaires éosinophiles. **Discussion :**
Nous rapportons un cas exceptionnel de gale bulleuse, seulement 46 cas ont été rapportés dans la littérature, dont 75 % sont des hommes comme c'est le cas de notre patient avec uniquement un seul cas associant une gale bulleuse et hyperkératosique, et aucun cas comme notre observation qui s'associe à une gale norvégienne. De multiples mécanismes physiopathologiques ont été proposés pour expliquer les lésions bulleuses : une surinfection staphylococcique, une destruction de la membrane basale par le *s.scabéi*, un mimétisme entre le *s.scabéi* et l'antigène de la pemphigoide bulleuse, une réponse immunitaire de type TH1 à un antigène de la salive du *s.scabei*. Le principal diagnostic différentiel est la pemphigoide bulleuse, cependant, l'immunofluorescence direct est toujours positive en cas de pemphigoide bulleuse, tandis qu'elle est négative au cours d'une gale bulleuse. L'absence des anticorps anti-membranes basales, l'aggravation des lésions sous corticothérapie, et la survenue de bulles à n'importe quel âge sont aussi des éléments orientant vers une gale bulleuse.
Conclusion
Le diagnostic de gale bulleuse n'est pas à méconnaitre et devra être envisagé chez tous les patients présentant des lésions bulleuses tendues associées à un prurit.

9. Une tuberculose cutanée atypique chez une fillette immunocompétente

S.Bouabdella 1 ; A.Khouna 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2.
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique. Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier.

Introduction :

La tuberculose (TB) cutanée peut toucher tout le tégument et la localisation palpébrale est exceptionnelle. Nous présentons un cas de TB palpébrale chez une fillette immunocompétente.

Observation :

Une fillette de 11ans consultait pour un nodule de la paupière inférieure droite apparu après des pleurs excessifs et évoluant depuis 3mois. La patiente était vaccinée par le BCG et était en bon état général. L'examen clinique trouvait une lésion nodulaire, érythémateuse, indolore, au niveau du bord libre de la paupière inférieure mesurant 3 mm de grand axe. La dermoscopie a révélé un fond érythémateux avec des aires jaunâtres lupoïdes. L'examen ophtalmologique, ganglionnaire et le reste de l'examen somatique étaient sans particularité. L'étude histologique de la biopsie cutanée a objectivé un granulome inflammatoire avec la présence d'une nécrose caséiforme suppurée. Le bilan à la recherche d'autres foyers tuberculeux était sans anomalies. L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) et le quantiféron étaient négatifs. La patiente a été mise sous traitement antibacillaire pendant 6 mois. L'évolution était favorable avec une régression importante de la lésion après un mois de traitement.

Discussion :

L'atteinte tuberculeuse isolée de la paupière sans atteinte orbitaire ou systémique est rare. La contamination palpébrale peut se faire par voie hématogène à partir d'un autre foyer adjacent ou à partir d'un foyer tuberculeux à distance. Une inoculation directe après un traumatisme, comme ça a été suspecté chez notre patiente, peut expliquer l'atteinte primaire de la paupière. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments épidémiologiques, cliniques, biologiques et anatomopathologiques. Cliniquement, l'atteinte cutanée périoculaire est caractérisée par l'apparition d'un petit nodule s'ulcérant et s'étendant localement et elle est le plus souvent unilatérale. Les présentations les plus courantes de la TB oculaire sont une proptose unilatérale, un abcès froid des paupières, un chémosis et une hyperémie conjonctivale. Le profil immunologique du patient détermine la présentation anatomopathologique. Le bilan d'extension de la maladie est obligatoire, notamment l'examen de l'œil à la recherche d'uvéite, de vascularite et d'œdème maculaire, non retrouvés chez notre patiente. Un examen général est également nécessaire. L'absence de diagnostic et de traitement précoce conduit à des complications palpébrales, comme l'ectropion. La cicatrisation des paupières peut entraîner une lagophtalmie ou une adhésion des structures des paupières aux os orbitaux sous-jacents. Le traitement de cette affection fait appel à une chimiothérapie anti-tuberculeuse comprenant l'isoniazide, rifampicine et pyrazinamide.

Conclusion :

La TB palpébrale primaire est une affection extrêmement rare même dans les régions endémiques. Un diagnostic précoce et l'instauration d'un traitement sont importants pour obtenir une guérison sans séquelles importantes.

10. L'impétigo herpétiforme : un diagnostic à ne pas méconnaitre

F.chahboun, M.alj, M.Eljazouly, S.chiheb
Service de dermatologie, hôpital universitaire international cheikh Khalifa Casablanca

Introduction :

L'impétigo herpétiforme (IH) est une dermatose pustuleuse très rare et spécifique de la grossesse, pouvant menacer le pronostic vital de la mère et de l'enfant justifiant une prise en charge précoce et une surveillance rapprochée. Nous en rapportons une observation.

Observation : Patiente de 37 ans multipares sans antécédents dermatologiques particuliers, avait présenté une éruption généralisée fébrile au début de son 8ème mois de grossesse. L'interrogatoire ne rapporte pas d'épisode similaire lors de ses grossesses antérieures, ni de notion de prise médicamenteuse .

A son admission, l'examen clinique trouvait une patiente en bon état géréral, fébricule à 38°, éruption érythémato-squameuse et pustuleuse formant des plaques annulaires avec une extension centrifuge siégeant au niveau du visage, du tronc, la racine des membres et au niveau des plis axillaires et inguinaux sans atteinte muqueuse sans autre signe associé.
Le diagnostic de l'impétigo herpétiforme a été discuté. Le bilan biologique révélait une hyperleucocytose à prédominance neutrophiles , une anémie normochrome normocytaire et une hypocalcémie modérée. Les prélèvements microbiologiques des pustules étaient négatifs. L'échographie fœtale ne montrait pas d'anomalies. La biopsie cutanée objectivait une pustule sous- cornée remplie de polynucléaires neutrophiles et un discret infiltrat inflammatoire péri vasculaire.
La patiente a été mise sous traitement local par dermocorticoides avec une supplémentation calcique et vitaminothérapie D associé à surveillance fœtale régulière.
L'évolution était marquée par la régression des pustules de plus de 90 % des lésions avec apparition de plaques de desquamation larges au 4e jour, et une disparition complète des lésions au 8e jour, après correction de la calcémie.

Discussion :

La particularité de notre observation réside dans la rareté de l'entité décrite, et dans l'évolution favorable sous supplémentation en vitamine D et en calcium. En effet l'impétigo herpétiforme est une affection rare qui survient pendant le troisième trimestre de la grossesse. L'aspect est celui de plaques érythémateuses généralisées et confluentes recouvertes de pustules stériles non folliculaires, siégeant principalement en périphérie de l'érythème, adoptant parfois une disposition annulaire.

Sa physiopathologie reste mal connue ou mal comprise. L'IH est considéré actuellement comme une variante du psoriasis pustuleux avec probablement une prédisposition génétique et une mutation du gène IL 36RN. Le lien ave une hypocalcémie est mal élucidé.
Il existe au cours de l'Impétigo herpétiforme un risque accru de morbidité et de mortalité périnatales justifiant une surveillance étroite et pouvant aboutir, dans certains cas, à une décision thérapeutique de provoquer l'accouchement.

Conclusion :

L'impétigo herpétiforme reste une entité rare à évoquer devant une éruption pustuleuse de la grossesse, nécessitant un traitement précoce et une surveillance maternofoetale rapprochée.

10. L'atteinte unguéale révélant une gale

Z.Mouhsine, FZ Elfatoiki, F.Hali, H.DSkali, S.Chiheb
Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Morroco

Introduction

La gale est une dermatose parasitaire très contagieuse du au *Sarcoptes scabiei* variété *hominis.*
L'atteinte unguéale au cours de la gale est rare, observé essentiellement dans les formes chroniques. Nous rapportons un cas de gale chronique révélée par une atteinte unguéale.

Observation Patiente âgée de 50 ans, ayant comme antécédents un asthme avec notion d'automédication aux corticoïdes, suivie pour insuffisance surrénalienne lente découverte il y a 1mois mise sous hydrocortisone 20mg/j. Admise pour une éruption généralisée prurigineuse évoluant depuis 1an traitée par des dermocorticoïdes forts au long cours.
L'examen clinique avait retrouvé des lésions érythémato-papuleuses excoriées par endroit généralisées a tout le corps épargnants le visage, les paumes et les plantes avec une hyper-kératose sous unguéale des ongles des mains.
Devant la notion du prurit à recrudescence nocturne un examen parasitologique des squames de la peau à la recherche de *Sarcoptes scabiei* a été réalisé 2 fois, revenu négatif. La numération de formule sanguine avait montré une hyper-éosinophilie et la biopsie cutanée était en faveur d'un prurigo. Le traitement par corticoides topiques était maintenu.
L'évolution fut marquée par l'aggravation des lésions cutanées avec apparition d'une atteinte interdigitale et du dos des pieds. Un nouveau prélèvement parasitaire a été effectué, cette fois ci au niveau des ongles, objectivant un Sarcoptes Scabiei. L'examen dermoscopique des ongles avait montré une hyper-kératose sous unguéale.
Le diagnostic de gale chronique profuse a été retenu et la patiente était traitée par le benzoate de benzyle topique avec désinfestation des vêtements et literies et traitement des autres membres de la famille associé à un traitement systémique par Ivermectine 200ug/kg en prise unique renouvelée après 10 jours.

Discussion
L'originalité de notre observation réside dans l'atteinte unguéale a type hyper-kératose sous unguéale révélant une gale profuse traitée au long cours par les dermocoiticoides.
La gale profuse est disséminée et inflammatoire. Elle est caractérisée par des signes atypiques tels que des éruptions cutanées papuleuses, vésiculeuses et érythémateuses. Cette forme est très prurigineuse, avec une population parasitaire plus ou moins abondante, disséminée sur le tronc, les membres et le dos. Elle est la conséquence d'un traitement itératif d'une gale commune par des corticoïdes locaux ou généraux, ou d'un diagnostic tardif.
Les modifications unguéales concernent essentiellement les ongles des mains comme ces derniers sont utilisés pour se gratter. Le traitement se base essentiellement sur l'Ivermectine.

12. La lèpre au Maroc : Une pathologie toujours d'actualité

S. Boularbah, S. oujdi, H.Baybay, S.Elloudi, Z. Douhi, , FZ. Mernissi. Service de dermatologie, CHU Hassan II de Fès - Maroc.

Introduction
La lèpre est une maladie infectieuse chronique due au bacille du Hansen avec tropisme principalement pour la peau et les 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. Néanmoins, des cas sont notifiés en 2021.

Matériel et méthodes
Une étude rétro prospective a été réalisée au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès à travers des cas de la lèpre enregistrée au service de dermatologie durant la période 2019 -2021.

Résultat Nous avons colligé un total de 6 cas :5 de sexe masculin et un cas de sexe féminin, l'âge moyen des patients était de 46 ans, un antécédent familial de lèpre était présent chez 3 malades, la forme de lèpre multi bacillaire était notée chez 5 malades.
Tous les patients ont reçu une polychimiothérapie, tandis que pour l'érythème noueux, le thalidomide a été associée (400 mg/jour).

Discussion

L'analyse du taux de détection de la lèpre lépromateuse observé au Maroc a montré une réduction significative : le nombre de nouveaux cas de lèpre détecté est passé de 61 cas en 2000 à 19 cas en 2019-2020.
Tous les cas notifiés durant cette période partagent les mêmes données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.
Aujourd'hui, la situation épidémiologique au Maroc confirme la tendance à baisser le nombre de nouveaux cas, mais la détection des cas de forme multi bacillaire réputée très contagieuse et dont l'incubation est longue doit nous alerter pour rester avertis, Nous soulignons l' intérêt de la surveillance des contacts étant donné la prédisposition génétique de cette maladie d'une part et d'autre part les nouveaux cas diagnostiqués ont soit un contact familial lépreux ou vivent dans les localisations réputées autrefois endémiques.

Conclusion
Notre étude a montré que la détection de nouveau cas de la lèpre tend vers la forme multi bacillaire qui est la forme la plus contagieuse.
Les contacts des cas de lèpre sont considérés comme la principale source d'infection d'où l'intérêt du suivi des contacts et de la chimio prophylaxie.

13. La rickettsiose avec atteinte rénale : à propos d'un cas

A. Saddik, F.Z. Fetoiki, H.Skalli, F. Hali, S. Chiheb
Département de dermatologie et de vénérologie
Université hassanII , CASABLANCA

Introduction : La rickettsiose est une zoonose, due à l'infection par Rickettsia. Malgré sa réputation de bénignité ses complications sont graves, notamment l'atteinte rénale. Nous présentons le cas d'un malade vu dans la garde pour une éruption cutanée fébrile avec atteinte rénale inaugurale.

Présentation du cas :
Un homme de 37 ans ayant comme antécédent un diabète sous insuline, qui présentait une éruption cutanée fébrile depuis une semaine associée à des arthralgies, céphalées, vomissements, myalgies et d'anorexie. L'examen retrouvait une éruption maculo-papuleuse purpurique séparée d'intervalle de peau saine avec évolution ascendante siégeant au niveau du tronc et les membres avec une adénopathie sous mandibulaire gauche. L'examen ne trouvait pas d'escarre. La biologie notait une altération de la fonction rénale avec une clairance à 29 ml/min, une hyperkaliémie à 5,3meq/l. Le diagnostic d'une rickettsiose a été évoqué, le patient a été adressé au service de maladies infectieuses où le diagnostic a été confirmé par une sérologie positive. Le patient a été mis sous doxycycline 200 mg/j avec correction des troubles hydro-électrolytiques et traitement symptomatique. L'évolution fut marquée par une amélioration de l'état général, régression de l'éruption cutanée et normalisation de la fonction rénale.

Discussion
Le diagnostic positif de la rickettsiose est basé sur des données épidémiologiques, cliniques et biologiques. Le diagnostic est souvent fait par sérologie, mais la PCR spécifique basée sur l'écouvillonnage d'une escarre d'inoculation reste un outil plus simple et rapide. L'atteinte rénale est tubulo-interstielle, rare et réversible sous traitement antibiotique et symptomatique. Une thérapeutique empirique doit être prescrite devant toute suspicion de rickettsiose avant la confirmation diagnostique. Les tétracyclines sont le traitement de référence.

14. Cas d'un aspect trompeur de leishmaniose cutanée

N.Khedim , F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie, CHU IBN Rochd, université Hassan II, Casablanca **Introduction:**
La leishmaniose cutanée (LC) est une anthropozoonose due à des parasites du genre Leishmania et sévit de façon endémique dans deux grandes régions, ancien et nouveau monde avec ses différentes formes.

Nous rapportons l'observation d'une forme atypique d'une leishmaniose cutanée.

Observation :

Patient âgé de 74 ans, originaire de Zagoura, sans antécédents pathologiques particuliers, ayant présenté depuis 6 mois, une éruption érythémato- squameuses localisée en regard de la face dorsale du bras droit et du lobule de l'oreille droite et chez qui l'examen retrouvait un placard fait de papules érythémateuses, eczématiforme, ombiliquées par endroit, surmonté de squames jaunâtres par d'autres, intéressant de la face dorsale du bras droit et du lobule de l'oreille droite. Un examen direct du frottis sur lame a été réalisé devant l'origine géographique du patient et a objectivé la présence d'amastigotes de leishmanies. Devant l'étendue des lésions et le nombre de sites, le patient a été mis sous antimoniate de méglumine à raison de 20 mg/kg/j en injections intramusculaire après élimination des contre indications ainsi qu'une surveillance clinique et biologique. L'évolution a été marquée par la guérison des lésions laissant place à un placard hyperpigmenté cicatriciel.

Discussion :

La particularité de notre observation réside dans l'intérêt de penser à une Leishmaniose cutanée chez les patients provenant des zones d'endémie, même devant un aspect atypique.

La LC revêt plusieurs formes qui sont à l'origine d'une confusion. Ceci est dû au siège avec des lésions ulcéreuses en regard des jambes, verruqueuses aux extrémités, psoriasiformes aux faces d'extension et au cuir chevelu et à l'espèce ainsi qu'à la durée d'évolution et la réaction inflammatoire suscitée. Ce polymorphisme est à l'origine d'un étalage de dénominations dans la littérature à type de lupoïde, erysipèlatoïde, impétigoïde, ulcéreuse, psoriasiforme comme le cas de notre patient, eczématiforme, verruqueuse, végétante, chalazion-*like*, rhinophyma-*like* ..., dont les critères majeurs de décisions thérapeutique dépendent essentiellement de la taille et du nombre.

15. Devant un érythème facial, penser à la leishmaniose érysipéloide

O Handi, K Oujenane , S Fares , O Hocar, S Amal
Service de dermatologie et vénérologie CHU Mohammed VI-Marrakech Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad

Introduction

La leishmaniose cutanée dans sa forme *érysipéloïde* est une forme rare ayant été rapportée selon la littérature en Iran, au Pakistan, en Tunisie et en Turquie. Nous rapportons ici un cas de leishmaniose *érysipéloïde* faciale au Maroc.

Observation

Une patiente de 60 ans sans antécédents pathologiques notables, ménopausée depuis 5 ans , admise pour prise en charge d'une tuméfaction érythémateuse au niveau de la face indolore évoluant depuis 5 mois chez qui l'examen clinique trouve un placard érythémateux œdémateux en aile de papillon infiltrant de façon symétrique la région centro faciale avec présence de quelques croutes au niveau du nez , pour lequel la patiente avait reçu une cure d'antibiothérapie sans amélioration .Devant ces éléments cliniques, plusieurs diagnostics sont évoqués dont la leishmaniose cutanée, laquelle a été confirmée par un frottis cutané en montrant des amastigotes de leishmanies .Une cure systémique d'injections intramusculaires d'antimoniate de méglumine à la dose de 20 mg/kg/j soit 850 mg/j a été initiée mais la patiente a présenté une toxicité hépatique après 10 jours de traitement raison pour laquelle le traitement fut arrêté temporairement puis repris à la dose de 425 mg/j après normalisation du bilan hépatique avec bonne évolution clinique . Toutefois, la patiente a gardé un érythème rosé couperosique sans infiltration.

Discussion

La leishmaniose cutanée dans sa forme érysipéloide constitue une entité rare entraînant souvent un retard diagnostique, dont la fréquence varie entre 0,05 et 3,2%. Cette forme touche préférentiellement les femmes âgées en période de ménopause. Elle se manifeste cliniquement par un placard érythémateux, infiltré et

diffus de la face couvrant le nez et les deux joues, comme est le cas chez notre patiente. La cause de survenue de cette forme est inconnue. Il existe plusieurs options thérapeutiques telles que la cryothérapie, la radiofréquence, les traitements oraux tel que le fluconazole, le métronidazole ou la miltéfosine.

Notre patiente a reçu de l'antimoniate de méglumine qui reste le médicament le plus utilisé pour le traitement de la leishmaniose cutanée. Ce traitement se fait par infiltrations locales lorsqu'il s'agit de lésions uniques en dehors du visage. Quand les lésions sont multiples ou lors d'atteinte faciale, le traitement se fait par injections intramusculaires Ce médicament présente de nombreux effets indésirables : douleurs musculaires, atteinte rénale, toxicité cardiaque et hépatique comme a présenté notre patiente dans ce cas

Conclusion

La leishmaniose cutanée du visage peut se présenter sous différents aspects entraînant souvent un retard diagnostique. Ainsi, il est indispensable de penser à la leishmaniose devant tout érythème facial inhabituel ressemblant à un érysipèle surtout dans les zones endémiques de Leishmanioses.

16. LOCALISATION PALPEBRALE DES LEISHMANIOSES CUTANEES ETUDE DE 18 CAS

N. Bennouna, F-Z. Elfatoïki, M. Riyad, F. Hali, H. Dahbi Skali, S. Chiheb
Service de dermatologie vénérologie, faculté de médecine et pharmacie, université Hassan II de Casablanca, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
Laboratoire de parasitologie, faculté de médecine et pharmacie, université Hassan II de Casablanca, Casablanca, Maroc

Introduction

Les leishmanioses cutanées (LC) sont des affections parasitaires caractérisée par un grand polymorphisme clinique, et des localisations atypiques dont les paupières.
Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques de la LC palpébrale dans notre contexte qui présente des difficultés thérapeutiques en raison des particularités anatomiques.

Matériels et méthodes

Étude rétrospective sur une durée de 26 ans allant de 1994 à 2020, colligeant les cas de LC présentant une localisation palpébrale exclusive ou associée à d'autres localisations pris en charge au service de dermatologie du CHU Casablanca.

Résultats

23 cas de LC à localisation palpébrale ont été colligés sur 427 cas de LC recensé sur 26 ans, avec atteintes de la paupière supérieure dans 10 cas et l'inférieure dans 13 cas. Treize de ces patients étaient originaires ou avaient séjourné dans des foyers endémiques de LC à L.tropica dont 6 confirmés par génotypage, et 10 dans des foyers à L.major.
Les cas se répartissaient en 16 hommes et 7 femmes avec un âge moyen de 34,08 ans et des extrêmes de 3 à 85 ans. La durée moyenne d'évolution des lésions était de 3,35 mois.
La forme lupoide était retrouvé dans 5 cas, papulonodulaire dans 12 cas, ulcéro-nodulaire dans 8 cas et ulcérocroûteuse dans 4 cas. Ces lésions étaient uniques dans 10 cas et associées à une atteinte du visage ou des membres dans 13 cas. Leur diamètre variait de 0,5 à 5 cm.

12 cas ont reçu un traitement par antimoniate de méglumine en injection intralésionnelle (IIL) bihebdomadaire durant 6 semaines qui s'est avéré efficace avec guérison totale. La voie intra-musculaire (IM) était préconisée dans 3 cas du fait de la multiplicité et de localisation difficile aux IIL. 5 cas ont été traités par clarithromycine et 3 par fluconazole en raison de l'intolérance à la douleur des IIL . Une cicatrice atrophique et pigmentée dans 6 cas.

Discussion
Dans notre service la localisation palpébrale était retrouvée chez 5,4% des patients, avec une atteinte prédominante de la paupière supérieure.
Le diagnostic est orienté par l'aspect clinique, les données anamnestiques notamment l'origine ou séjour en zone endémique, puis confirmé par la parasitologie.
La localisation faciale des lésions serait plutôt associée à L.tropica, et confirmé par génotypage dans 4 cas.
Les IIL de dérivés d'antimoine représentent le traitement de choix de la LC, cependant dans les localisations palpébrales où la peau est très fine, un œdème important et affichant est souvent associé à ce traitement ainsi que l'intolérance de la douleur, justifiant le recours aux injections IM de Glucantime, la clarithromycine ou le fluconazole.
En conclusion, vu le contexte épidémiologique des LC au Maroc, ce diagnostic devrait être évoqué devant toute lésion papulo-nodulaire ou ulcéro-nodulaire de la paupière chez tout patient originaire ou ayant séjourné en zone d'endémie.
L'œdème palpébral secondaire aux IIL de glucantime peut justifier le recours au traitement par voie IM.

17. Une macro chéilite révélant une leishmaniose

K.Tahri joutei hassani,H.Baybay, H.Hamraoui ,S.Elloudi, Z.Douhi, FZ. Mernissi Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction: La leishmaniose est une maladie infectieuse parasitaire. Elle évolue cliniquement chez l'homme sous trois formes : viscérale, cutanée et cutanéomuqueuse. Elle sévit sous forme épidémique au Maroc. La localisation au niveau des lèvres buccales est rare. Quand elle est isolée, elle pose un véritable piège diagnostique.

Observation:
Patiente de 67 ans, sans antécédents pathologiques notables, originaire du moyen Atlas, présentait depuis 5 mois une papule érythémateuse au niveau de la lèvre inférieure augmentant progressivement de taille. A l'examen dermatologique on a trouvé une macro chéilite ulcéro-crouteuse prenant le versant cutanéomuqueux de la lèvre inférieure avec un aspect lupoïdique à la dermoscopie et une vascularisation en point . La patiente présentait également deux érosions bien limitées de contours réguliers à base infiltrée au niveau de la tempe gauche avec un aspect en larmes et en star burst pattern à la dermoscopie . La biopsie cutanée a montré un granulome avec mise en évidence de corps de leishmanies et absence d'arguments histologiques de malignité. Une étude PCR a permis l'identification de l'espèce responsable : L.Tropica. La patiente a été traitée par antimoniate de méglumine (Glucantime®) en intra musculaire à la dose de 35mg/kg/j pendant 28 jours associé à la clarithromycine avec une bonne évolution après 3 mois.

Discussion:
La Chéilite Leishmanienne (CL) est une localisation exceptionnelle de Leishmaniose. Ceci serait expliqué par le mouvement des lèvres qui empêcherait le vecteur de piquer la peau de cette région. Le diagnostic clinique est d'autant plus difficile lorsque la chéilite est isolée. Par conséquent, le diagnostic clinique de la leishmaniose labiale est souvent un défi, avec un retard de diagnostic significatif ou même un diagnostic clinique erroné de malignité [1,2,3]. Les diagnostics différentiels les plus fréquents sont le syndrome de Melkersson-Rosenthal [4], la granulomatose orofaciale [4], la chéilite granulomateuse [5], la granulomatose de Wegener [1, 2], la sarcoïdose [6], la tuberculose cutanée [7], la lèpre [8], et le carcinome spinocellulaire [7, 9]. Cette difficulté diagnostique peut être responsable d'erreur et de retard diagnostiques comme le cas de

notre patiente chez qui les lésions évoluaient depuis 05 mois d'où l'intérêt de la dermoscopie pour orienter le diagnostic.

Conclusion:
Il faut penser à une Chéilite leishmanienne devant toute tuméfaction chronique de la lèvre chaque fois que l'origine géographique l'oriente et ne pas hésiter à utiliser le dermoscope.

18. Neurosyphilis associé à une syphilis oculaire chez un jeune homme immunocompétent.

R.Ajaaouani, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :
La syphilis est une maladie sexuellement transmissible liée à une infection par *Treponema pallidum*. Cette maladie, connue pour être une grande imitatrice, peut se révéler par des manifestations cliniques variées. Nous rapportons un cas de syphilis oculaire et neurologique chez un patient séronégatif au VIH.
Observation :
Un homme de 24 ans, homosexuel avec un antécédent de rapports sexuels non protégés et ulcération génitale il y a 3ans, qui a consulté aux urgences ophtalmologiques pour une baisse de l'acuité visuelle avec apparition d'un scotome associé à des céphalées évoluant depuis un mois. L'examen ophtalmologique a montré une panuvéite avec à l'œil droite un aspect de tortuosité vasculaire et à l'œil gauche des nodules blanchâtres. Devant cet aspect une sérologie syphilitique a été réalisée revenue positif. Le patient a été adressé chez nous pour complément de prise en charge. L'examen clinique a trouvé une dépilation de la queue du sourcil droit, une plaque alopécique unique au niveau occipitale, une cicatrice hypo pigmenté au niveau de la verge. L'examen neurologique était normal. Au bilan biologique une sérologie syphilitique sanguine est positive avec un TPHA à 5120 et un VDRL à 2, une ponction lombaire a été faite, a révélé une cellularité à 45 élément, la proteinorrachie et glucorrachie était normale, avec TPHA positif à 160 et le VDRL négatif. La sérologie VIH et hépatite B, C était négatif. Le reste du bilan biologique été normale. Nous avons complété par une angiographie rétinienne qui a montré un aspect de choriorétinite placoide. Nous avons retenu une syphilis tertiaire avec atteinte oculaire et neurologique. Le patient a été traité par la pénicilline G 20 MU/j pdt 14 jours associé à une corticothérapie générale avec une bonne amélioration.
Discussion :
La particularité de notre observation réside dans la précocité de la syphilis oculaire et neurologique chez un jeune séronégatif pour le VIH. Ces manifestations sont très fréquentes chez les patients infectés par virus de l'immunodéficience humaine. La syphilis peut affecter l'ensemble du corps, on distingue les atteintes précoces (primaire, secondaire et latente précoce), dont l'évolution est inférieure à un an, des atteintes tardives. Dans notre cas, les symptômes sont apparus 3ans après le chancre et l'atteinte ophtalmique et neurologique sont au premier plan. La syphilis oculaire est rare, elle peut atteindre tous les tissus oculaires principalement le segment postérieur. La méningite est associée à l'atteinte oculaire dans 50%, elle peut être asymptomatique, Justifiant la réalisation systématique de la ponction lombaire. Le traitement repose sur la pénicilline G parentéral, un traitement adjuvant par corticothérapie générale est indiqué en cas d'une atteinte oculaire inflammatoire.

19. ORF : A propos d'un cas

Hasna Kerrouch°, Meryem Khalidi, Rachid Frikh, Naoufal Hjira , Mohammed Boui °Service de Dermatologie de l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V- RABAT
Introduction

L'orf est une dermatite pustuleuse rare contagieuse et ovine due à un parapoxvirus. Nous rapportons un cas de cette affection rare.

Observation
Patient de 26 ans sans antécédent pathologique notable, consultait pour un nodule siégeant au niveau du majeur droit apparu 2 jours après le contact avec un objet contendant contaminé par du sang animal. L'examen dermatologique trouvait un nodule de couleur chair, verruqueux, mesurant environ 1 cm de diamètre siégeant au niveau du majeur droit. L'examen histologique montrait un épiderme hyperplasique, réalisant des crêtes allongées et effilées avec présence par endroit de nappes de nécrose. La confrontation anamnestique clinique et histologique ont permis de poser le diagnostic d'Orf. Une surveillance clinique a été faite avec disparition du nodule au bout de deux semaines. **Discussion** L'orf est une zoonose cosmopolite due à un parapoxvirus, endémique dans de nombreux troupeaux de moutons et de chèvres, sa transmission à l'homme s'effectue par contact direct avec un animal infecté. Cliniquement, l'affection se manifeste par une papule ou nodule, qui évolue vers une pustule qui se recouvre par la suite de croûte. Elles siègent sur les doigts, les avant-bras ou, plus rarement, le visage. L'analyse histologique permet de faire le diagnostic.
Aucun traitement n'est en réalité nécessaire, car les lésions régressent spontanément en quelques semaines dans la majorité des cas. **Conclusion**
Bien qu'exceptionnelle, L'Orf est une zoonose virale qui ne doit pas être méconnue par les praticiens.

20. Erythème polymorphe associé à une varicelle : une rare observation pédiatrique .

H .Moata[1], F .Elfatoiki [1], H .SKalli[1] , F .Hali[1], S .Chiheb[1] .
1 Service de dermatologie vénérologie, chu ibn rochd. Casablanca. Maroc. **Introduction :**
L'érythème polymorphe post infectieux est une dermatose peu fréquente de l'enfant. Les deux principales causes infectieuses sont le *Mycoplasma pneumoniae* et l'herpès simplex virus. Nous rapportons un rare cas d'érythème polymorphe associé à une varicelle survenant chez un nourrisson de 12 mois.

Observation :
Nourrisson âgé de 12 mois, sans antécédents pathologiques particuliers est ramené en consultation pour une éruption vésiculeuse évoluant depuis 2 jours . L'examen clinique objectivait des vésicules ombiliquées d'âges différents, diffuses mais épargnant le cuir chevelu, les paumes et les plantes, sans impétiginisation. Il n'existait aucun signe clinique d'atteinte organique, notamment pulmonaire ou neurologique. Le diagnostic de varicelle a été donc posé et le patient a été mis sous antipyrétique et soins locaux. Le patient a été ramené, 3 jours après, devant l'aggravation de la symptomatologie cutanée. L'examen objective l'apparition de lésions en cocarde au niveau des extrémités (figure 1), bulleuses par endroits, associées à une chéilite érosive permettant ainsi de retenir le diagnostic d'érythème polymorphe associé à une varicelle.

Discussion :
L'érythème polymorphe (EP) est caractérisé par des lésions bulleuses et nécrotiques de disposition typique sous forme de cocarde, constituée d'au moins de trois zones concentriques à bordure bien définie, chacune pouvant revêtir un aspect maculeux, papuleux, vésiculeux ou bulleux. L'éruption est le plus souvent diffuse, cutanée et muqueuse, parfois purpurique. Il s'agit d'une réaction cutanéomuqueuse déclenchée par certains stimulis antigéniques. Les facteurs associés à la survenue d'érythèmes polymorphes sont nombreux, notamment infectieux (essentiellement le virus herpès simplex et le Mycoplasma pneumoniae) et médicamenteux (antibiotiques, anticonvulsivants et AINS principalement) . La plupart des érythèmes polymorphes idiopathiques seraient d'origine virale, herpétique le plus souvent, mais d'autres virus peuvent être en cause. La littérature ne fait état que de rares cas d'EP ou syndromes apparentés (syndrome de Stevens–Johnson) dus au virus Varicella Zona (VZV) . L'originalité de notre observation est dans la rareté de l'implication du VZV dans l'érythème polymorphe.

21. Processus centro-facial : quel est votre diagnostic ?

N.BENNOUNA, F.Z ELFETOIKI, F.HALI, H.Skalli, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc.

Introduction :
La leishmaniose cutanée (LC) est une affection parasitaire endémique au Maroc. Les cas d'atteinte muqueuse restent exceptionnels.
Nous rapportons l'observation d'un patient présentant une LC de l'hémiface gauche se prolongeant sur la muqueuse conjonctivale.

Observation :
Un patient de 51 ans non diabétique, originaire de Taroudant et résident à Casablanca, avec notion de séjour à Taroudant un mois précédant la symptomatologie, a consulté pour une lésion ulcérocroûteuse du canthus interne de l'œil gauche évoluant depuis 5 mois pour laquelle le patient avait reçu une corticothérapie par voie orale et du valaciclovir, l'évolution fut marquée par l'extension du placard à tout l'hémiface gauche associé à une conjonctivite de l'œil gauche.
L'examen clinique trouvait un placard ulcéro-crouteux, impétiginisé avec une bordure violacée, se prolongeant sur la muqueuse conjonctivale. Le patient rapportait l'absence d'amélioration après un traitement par antibiotiques par voie orale. La biopsie cutanée des lésions montrait des corps de leishmanies et ainsi un traitement par injections d'antimoniate de méglumine (Glucantime®) a été instauré par voie intramusculaire à la dose de 20 mg/kg/j pendant 20 jours associé à une antibiothérapie, avec bonne amélioration.

Discussion :

L'originalité de notre observation réside non seulement dans la localisation inhabituelle au niveau de l'hémiface et la muqueuse conjonctivale mais aussi de l'importance de connaître les principaux diagnostics différentiels d'un processus centrofacial qui pourrait être aggravé par certains traitements.
Dans notre observation, une atteinte muqueuse était concomitante à l'atteinte cutanée et probablement due à l'extension par contiguïté de la lésion initiale du canthus interne. Ceci exclut la possibilité d'une leishmaniose cutanéomuqueuse en rapport avec une invasion hématogène de la muqueuse.
Au Maroc, la LC avec atteinte muqueuse est rare, seul quatre patients présentant une forme muqueuse de leishmaniose ont été rapportés dans la littérature et correspondent le plus souvent à une extension par contiguïté d'une lésion cutanée.

22. Une leishmaniose sporotrichoïde révélant un psoriasis

Z FAJRI, H BAYBAY, S CHHITI, S ELLOUDI, Z DOUHI, FZ MERNISSI Service de dermatologievénérologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc.

Introduction :
La leishmaniose est une maladie infectieuse due au parasitisme des cellules du système des phagocytes mononuclées par des protozoaires flagellés de genre Leishmania.
Elle évolue cliniquement chez l'Homme sous 3 formes : viscérale, cutanée et cutanéo- muqueuse.

Elle est caractérisée par un grand polymorphisme clinique et sévit sous forme épidémique au Maroc. La forme de leishmaniose sporotrichoï de est une présentation clinique rare. Nous rapportons le cas d'un patient.

Observation :

Il s'agit d'un patient â gé de 9 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui présentait depuis un an des lésions érythémateuses siégeant au niveau des membres inferieurs traitées par dermocorticoï de, augmentant progressivement de taille.
A l'examen dermatologique, on a trouvé une plaque ulcéro-crouteuse bien limitée à bords nets mesurant 4 cm de diamètre qui siège au niveau de la face antérieure de la jambe gauche, associée à des nodules échelonnés le long d'un trajet lymphatique au niveau de la face interne de la jambe jusqu'à la cuisse.

A la dermoscopie, un aspect en larmes, en star burst pattern, une vascularisation linéaire et en points. Un frottis cutané demandé a objectivé des corps de leishmanies.
Le patient était traité par antimoniate de méglumine (Glucantime®) par voie générale pendant 21 jours.

L'évolution a été marquée par une disparition des nodules et la persistance des plaques érythémateuses, dont la biopsie réalisée a révélé un psoriasis.

Discussion :

La forme de leishmaniose sporotrichoï de est habituellement rare, classiquement considérée comme une forme de dissémination lymphatique régionale de la leishmaniose.
Cette forme est caractérisée par la présence de nodules dermo-hypodermiques étagés le long d'un trajet lymphatique à distance de la ou des lésions primitives d'inoculation.

L'association psoriasis et leishmaniose a été rapportée dans la littérature chez les patients sous traitement anti-TNF.
L'aggravation des lésions initialement peut être expliqué par l'application des dermocorticoïdes.

Conclusion :

La leishmaniose cutanée est encore présente de façon endémo-épidémique avec un grand polymorphisme clinique.
La forme sporotrichoïde associée au psoriasis peut être confondue et aggravé par les dermocorticoïdes. La clinique et la dermoscopie sont souverains au diagnostic.

22. UNE LEISHMANIOSE CACHÉE

El Ammari. S, Elloudi. S, El boukili. H, Kalmi. N, Baybay. H, Douhi. Z, Mernissi. FZ Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :
La leishmaniose cutanée localisée est une infection causée par un protozoaire du genre Leishmania, se localise habituellement dans une zone découverte, correspondant au site d'inoculation par le phlébotome. La localisation plantaire est très rare, nous en rapporterons un cas.

Observation : Il s'agit d'un enfant de 9 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui présentait une lésion plantaire asymptomatique, évoluant 3 mois avant sa consultation. L'examen dermatologique retrouvait une plaque érythémato-squameuse surmontée de croutes mélicériques mesurant 2 cm au niveau de la plante du pied droit. La dermoscopie avait objectivé un fond très inflammatoire, des érosions punctiformes avec des pustules en périphérie. Le patient a été traité par acide fucidique local pendant dix jours. Bien que l'aspect clinique des lésions au début ait suggéré le diagnostic de psoriasis pustuleux localisé eczématisé et impétiginisé, le contrôle dermoscopique au dixième jour avait révélé une vascularisation en points linéaire parallèle aux crêtes, une érosion, des squames, des pustules lactescentes et surtout des structures jaunes

orangées et saumonées qui ont orienté le diagnostic d'une dermite granulomateuse. Des corps de leishmanies ont été détectés par frottis cutané confirmant le diagnostic de leishmaniose cutanée. Un traitement par l'antimoine pentavalent par voie intra-lésionnelle a été instauré pendant huit semaines associé à l'aureomycine 3% pommade pendant deux semaines. L'évolution était favorable, marquée par la disparition totale de la lésion en fin de traitement.

Discussion :
La leishmaniose cutanée est une grande simulatrice par des aspects et des localisations parfois trompeuses. La localisation plantaire est exceptionnelle vu que l'épaisseur de la couche cornée au niveau de cette zone rend l'inoculation par le vecteur irréalisable. Plusieurs aspects cliniques ont été décrit dont la forme psoriasiforme et impétigénoide. Le diagnostic est orienté par les structures jaunes orangées retrouvés en dermoscopie en faveur d'un infiltrat granulomateux et confirmé par frottis ou biopsie cutanée. L'antimoine pentavalent représente le traitement de première intention qui peut être administré par voie intraveineuse, intramusculaire ou intralésionnelle en fonction du nombre, de la localisation et de l'extension des lésions.

Conclusion :
La leishmaniose cutanée peut constituer parfois un défi diagnostic du fait de son polymorphisme clinique. La dermoscopie représente un outil accessible et facile pour l'orientation du diagnostic et aussi pour le suivi thérapeutique des formes atypiques.

24. FIEVRE BOUTONNEUSE MEDITERANEENNE : FORME PURPURIQUE

M.Faik Ouahab [1], M.El Jazouly [1], G.Basri[1], S.Chiheb [1-2]

[1]Service de dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de Casablanca, Faculté de médecine, UM6SS.

[2] Service de dermatologie, Faculté de médecine et de pharmacie, Université Hassan II, Casablanca

Introduction :

La fièvre boutonneuse méditerranéenne (FBM) est une rickettsiose due à Rickettsia conorii. Son vecteur principal est Rhipicephalus sanguineus, tique brune du chien. Elle est retrouvée principalement dans les pays du pourtour méditerranéen La rickettsiose peut être sévère, dans environ 5% des cas, ainsi son diagnostic doit être fait à un stade précoce. La forme purpurique est très rarement rapportée dans la littérature.

Nous en rapportons un cas chez un homme de 33 ans.

Observation Monsieur A.A âgé de 33 ans, consultait pour la survenue d'une éruption cutanée généralisée fébrile évoluant depuis une semaine. L'interrogatoire retrouvait la notion de séjour dans la campagne. L'examen clinique mettait en évidence un rash maculo-papuleux étendu avec des lésions purpuriques et vésiculo-bulleuses par endroit prédominant au niveau du tronc, des organes génitaux externes, des membres supérieurs et inférieurs avec une atteinte palmo-plantaire, le tout évoluant dans un contexte d'altération de l'état général avec une fièvre à 39°C. Il n'y avait pas de tâche escarotique visible, ni d'atteinte muqueuse. Les aires ganglionnaires étaient libres. Le patient ne présentait aucune symptomatologie respiratoire ou neurologique. Plusieurs diagnostics ont été discutés : un purpura fulminans, un érythème polymorphe, une atteinte cutanée dans le cadre d'une infection Sars-Cov2 et une rickettsiose dans sa forme purpurique.

Le bilan initial retrouvait une leuco neutropénie, un syndrome inflammatoire (CRP à 244 mg/L, pro

calcitonine positive à 1.350 ng/mL), un ECBU stérile, une PCR Covid négative.

Les sérologies virales et le bilan immunologique étaient négatifs. Une radiographie de thorax s'est révélée sans anomalie.

Le diagnostic de fièvre boutonneuse méditerranéenne dans sa forme purpurique a été retenu devant la notion de séjour dans la campagne et le tableau clinique.

Un traitement présomptif à base de cyclines (doxycycline 100mgx2/jour pendant 10jours) a été instauré avant le résultat de la sérologie de la rickettsiose. L'évolution était favorable avec une apyrexie en 48h de traitement et un blanchiment cutané après 10 jours.

Discussion :

La FBM est une zoonose saisonnière. Sa forme clinique est habituellement bénigne et se manifeste par, une fièvre à 39-40°C, un syndrome grippal et un rash maculopapuleux rose pâle qui peut prendre parfois un aspect purpurique comme c'est le cas de notre patient. L'escarre d'inoculation est présente dans 50 à 70% des cas. En son absence, le diagnostic positif repose sur la clinique, la localisation géographique au pourtour méditerranéen, le contact avec les chiens et l'immunofluorescence indirecte (IFI). C'est actuellement le test de référence. Le traitement de référence reste la doxycycline. Son instauration précoce permet d'éviter l'évolution vers des formes potentiellement graves.

Conclusion :

La forme purpurique de la FBM est une présentation rare de rickettsiose qui ne devrait pas retarder le diagnostic et la prise en charge des patients atteints.

25. Psoriasis étendu révélant une infection par le VIH: une nouvelle observation

Y.ZAROUALI(1) ; F.AMAOUNE(1) ; R.CHAKIRI(1); I.SELLAM(2) ; M.ELFANE(2) N.BAHI(3) ; N.BENABDELMALEK(3) ; M.ERRAOUI(3)

(1) Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir
(2) Département de Maladies infectieuses, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir
(3) Département Rhumatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Introduction

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique dont la prévalence chez les sujets infectés par le VIH semble similaire à celle de la population générale. Il s'agit soit d'une exacerbation d'un psoriasis connu avant l'infection soit d'un déclenchement d'un psoriasis chez un sujet auparavant indemne. Le psoriasis au cours de l'infection par le VIH est souvent plus sévère et réfractaire aux traitements classiques. De plus, plusieurs médicaments, habituellement utilisés dans le traitement du psoriasis, peuvent aggraver l'immunodépression chez le patient infecté par le VIH et induire des interactions avec d'autres médicaments.
Nous rapportons une observation d'un cas d'un psoriasis grave étendu révélant une infection par le VIH.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 30 ans, ayant comme antécédents une dermatose prurigineuse il y a 02 ans, hospitalisé au service de dermatologie pour prise en charge une éruption cutanée diffuse évoluant depuis 8 mois. L'interrogatoire trouvait la notion de rapport sexuels non protégés et des arthralgies d'allure inflammatoire.

L'examen clinique trouvait un patient en mauvais état général, présentant de multiples placards érythématosquameuses diffuses au niveau de tout le corps et le visage, infiltrés, mal limités, avec des squames jaunâtres épaisses, impétiginsés, ces lésions sont surinfectés, avec issue de sérosités purulentes au niveau ombilical, l'examen des muqueuses avait objectivé une chéilite et des érosions au niveau labial ainsi qu'un muguet buccal, l'examen des phanères trouve une carapace du cuir chevelu avec une Onycholyse, une anonychieet une onychomadèse des différents ongles des mains et des pieds.

L'examen articulaire a objectivé une douleur inflammatoire du genou droit avec à l'examen clinique un épanchement articulaire de petite abondance.

Le bilan biologique initial a montré une lymphopénie à 980/mm3. La sérologie VIH positive (Elisa et Western Blot) était positive avec un taux de lymphocyte CD4 à 300 1/ mm3 et une charge virale plasmatique à : 3551832 copies/ml. Un prélèvement cutané de pus au niveau ombilical a mis en évidence un Staphylococcus Aureus multisensible.
La prise en charge thérapeutique était de mettre le patient sous une trithérapie antirétrovirale (2 inhibiteurs de la transcriptase inverse et 1 inhibiteur de protéase) pour son infection HIV, une préparation à base de dermocorticoides pour le psoriasis après traitement de la surinfection cutanée et une ponction de l'épanchement articulaire avec infiltration de corticoïde pour la monoarthrite de genou. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique.

Discussion

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique et récidivante qui touche la peau et les articulations. Dans environ 10% des cas, des formes sévères peuvent se voir (psoriasis pustuleux, érythrodermique ou arthropathique) entraînant un préjudice fonctionnel ou mettant en jeu le pronostic vital. Depuis la 1ère description d'une association psoriasis et VIH en 1985, où il a été noté que l'infection par le VIH pouvait déclencher ou aggraver un psoriasis connu, plusieurs autres cas ont été rapportés confirmant la fréquence de cette association.

Sur le plan clinique, il est important de distinguer deux groupes de patients atteints de psoriasis. Le premier groupe (< 1/3 des cas) comporte des patients aux antécédents familiaux de psoriasis ou ayant un psoriasis connu commun en plaques avant l'infection par le VIH. Le deuxième groupe (> 2/3 des cas) de patients séropositifs pour le VIH ou au stade SIDA, présente brutalement un psoriasis souvent sévère et étendu, habituellement résistant aux traitements classiques du psoriasis.

Le psoriasis chez le patient avec HIV peut parfois être atypique et donc poser un problème de diagnostic différentiel Certaines pathologies notamment la dermatite séborrhéique, le pityriasis rubra-pilaire, la dermatophytie ou l'eczéma nummulaire. Dans ce cas, l'histologie peut être utile, montrant le même aspect histologique que le psoriasis des patients non infectés par le VIH.

Le choix du traitement du psoriasis doit donc tenir compte du rapport bénéfice risque du médicament prescrit. Récemment, "the National Psoriasis Foundation" a émis des recommandations en matière de prise en charge du psoriasis chez le patient infecté par le VIH, elle propose un traitement topique en première intention (corticoïdes ou vitamine D topique ou association vitamine D corticoïdes ou kératolytiques) pour le psoriasis léger à modéré et la photothérapie à spectre étroit (UVB TLO1) associée aux antirétroviraux en cas de psoriasis sévère, Les rétinoïdes oraux (acitrétine) sont indiqués comme traitement de deuxième intention. Pour les cas réfractaires, un traitement par ciclosporine, méthotrexate, ou anti-TNF-α sont proposés aux prix d'une surveillance clinique et biologique prudente.

Chez notre patient, Les antirétroviraux associés à des corticostéroïdes topiques et à des émollients, avaient conduit à une régression et une bonne amélioration du psoriasis.

Conclusion

L'apparition récente ou l'aggravation (extension, survenue d'une forme sévère sans cause évidente) d'un psoriasis ancien doit faire suspecter une immunodépression et faire pratiquer une sérologie VIH surtout chez les patients à risque.

23. Une étrange éruption ombiliquée chez un VIH positif : Rare infection opportuniste

Dr R.Dassouli ; Dr Z .Douhi ; K.Tahri ; Pr BayBay ; Pr Elloudi ; Pr FZ . Mernissi

Introduction :

Le trichosporon et une levure basidiomycète d'origine tropicale qui est en outre opportuniste chez l'immunodéprimés. Elle est caractérisée par des nodules irréguliers accolés aux poils et aux cheveux nommée la Piedra blanche (pierre blanche). Nous rapportons un cas unique de Trichosporon Spp donnant des éruptions papuleuses ombiliquées chez un sujet VIH. **Observation :** Un patient de 25 ans, ayant une notion d'homosexualité et de rapports sexuels non protégés, se présentait pour une éruption rougeâtre asymptomatique qui remontait à une semaine associée à des lésions nodulaires du bas du dos, qui étaient prurigineuses et d'apparition concomitante. L'examen dermatologique trouvait des papules rouge cuivrés éparses sur le visage le tronc et les membres, avec de grosses papules à centre ombiliqué et érodées siégeant au niveau de la région sacrée en pré-pectoral. La démoscopie dévoilait un aspect étoilé fait d'un érythème au centre, des lignes blanchâtres à disposition radiaire qui étaient entourées d'une couronne de vaisseaux en points. L'examen des muqueuses trouvait un chancre syphilitique au niveau du gland et les aires ganglionnaires étaient libres. Le reste de l'examen était sans particularités. Les sérologie VIH et syphilitique revenaient positives avec un titre de VDRL à 1/64 . La ponction lombaire était stérile. Une biopsie des lésions ombiliquées a été réalisée avec étude mycologique qui avait révélé la présence de Trichosporon SPP. Le diagnostic d'une infection opportuniste au Trichosporon SPP chez un sujet VIH positif et syphilitique positif en phase de 2eme floraison fut retenu. Le patient était traité par Penicilline retard pour sa syphilis et le bilan pré-traitement antirétroviral a été lancé. 3 semaines plus tard, on notait une disparition des syphilides avec affaissement des lésions nodulaires, la démoscopie de ces dernières révélaient la disparition de l 'aspect étoilé avec présence de vaisseaux en points et atténuation de l'érythème.

Discussion :

La présentation clinique de l'infection à Trichosporon chez l'homme est souvent faite de lésions bénignes des cheveux (Piedra blanc) caractérisées par des nodules irréguliers accolées aux cheveux. Ces nodules sont attachés de manière lâche à la tige du cheveu, ont une texture douce et peuvent être blancs ou brun clair. La piedra blanche est une maladie cosmopolite affectant les enfants et les adultes des régions aux climats tropicaux et tempérés. Aucune association à une infection au Tréponème Pallidum n' avait été rapportée. En outre, étant responsable d'infection mycosique invasive et d'attaque multi viscérale chez l'immunodéprimé, Le Trichosporon spp a été signalé comme le 2ème agent de fongémies disséminées potentiellement mortelles. Néanmoins, aucune manifestation cutanée n'avait été signalée. La forme clinique de cette mycose chez notre patient signale une bonne réponse thérapeutique à la Péni G .Des études antérieures, cependant, ont démontré une activité antifongique efficace avec un traitement à l'azole et à l'amphotéricine B contre l'infection par Trichosporon.

Conclusion :

La confusion diagnostique entre les syphilides et les infections fongiques opportunistes chez les VIH positifs impose le recours à l'analyse anatomopathologique avec étude mycologique. Nous décrivons le premier cas de mycose opportuniste au Trichosporon à tropisme cutané chez un VIH positif.

27. Les rickettsioses : un groupe de fièvre sous diagnostiquée.

Imane Kacimi Alaoui* 1, Zakia Douhi1, Sara Elloudi1, Hanane Baybay1, Fatima Zahra Mernissi1

1Dermatologie, CHU HASSAN II, FES, Maroc.

Mots clés : rickettsioses, tache escarrotique, fièvre boutonneuse.

Introduction : les rickettsioses sont des infections dues à des petites bacilles intracellulaires strictes appartenant au genre Rickettsia.
Leurs manifestations cliniques sont largement indifférenciées et peuvent aller d'une maladie bénigne à une maladie grave. L'instauration rapide d'un traitement efficace est recommandé avant la confirmation biologique.

Matériel et méthodes

Etude rétroprospective sur une période s'étendant de Janvier 2016 à Juin 2021 incluant des patients présentant une rickettsiose, ayant consulté au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès.

Résultats

Nous avons colligé 8 patients, avec une prédominance masculine à 63%, âgés respectivement de 2 à 39 ans, sans tares connues associées. les jambes et les cuisses étaient la topographie la plus fréquente de la tache escarrotique, retrouvée chez 6 patients (75 %), sans aucun signe de gravité clinique objectivé (Figure 1 et 2). Le délai moyen d'apparition des symptômes était de 4jours allant de 2 à 7 jours .
Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan biologique urgent, objectivant une hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles avec une CRP élevée chez 3 patients (37%), une sérologie à la recherche de rickettsies était négative chez 50% de nos patients.
60% de nos patients, ont présenté une éruption cutanée fébrile fait d'un rash cutanéomuqueux diffus, 48heures après la tique, d'où leur hospitalisation et leur mise rapide sous Doxymycine 200mg/j pendant une semaine chez 7 patients, et sous ciprofloxacine chez un autre.
L'évolution s'est marquée par la désinfiltration de l'éruption et la cicatrisation de l'ulcération escarrotique, le délai moyen de guérison était de 9jours allant de 4 à 13jours.

Discussion :
La fièvre boutonneuse méditéranienne est associée à une variété d'arthropodes vecteurs hématophages. Ils continuent d'émerger et de réapparaître en tant que causes importantes de maladie fébrile.
La découverte de l'escarre caractéristique est un élément diagnostique important, fait partie de la triade classique avec la fièvre et l'éruption. Le diagnostic repose sur la clinique, la confirmation par sérologie, ou par la PCR devant des sérologies négatives.
Bien que considérée habituellement bénigne, certaines rickettsioses peuvent être mortelles, un traitement empirique rapide avec un antibiotique efficace doit être administré. La doxymycine est le traitement de choix, y comrpis l'enfant.

28. Staphylococcie maligne de la face : Etude clinico-épidémiologique au service de dermatologie du CHU de Marrakech

Bendaoud Layla, Tadili Houda, Hocar Ouafa, Amal Said

Service de dermatologie. CHU Med VI, Marrakech, Maroc
Laboscience FMPM

Introduction :
La staphylococcie maligne de la face est une infection cutanée rapidement extensive et grave par son risque de thrombophlébite cérébrale. L'objectif de notre travail est de décrire le profil épidémiologique et clinique de la staphylococcie maligne de la face.

Matériels et méthodes :
Etude rétrospective des cas de staphylococcie maligne de la face diagnostiqués au service de dermatologie du CHU de Marrakech durant une période de 10 ans (2011-2021).

Résultats :
Quinze cas étaient colligés, répartis en 9 hommes (60%) et 6 femmes (40%). L'âge de nos patients variait entre 14 et 78 ans avec une moyenne de 49.33 ans. Les facteurs de risque étaient : le diabète (53% des cas), les hémopathies malignes (40% des cas) et les immunosuppresseurs (47% des cas). La porte d'entrée était une manipulation d'un furoncle facial dans 60% des cas et une piqure d'insecte dans 20% des cas. Le délai moyen de consultation était de 3 jours. La fièvre était objectivée dans 90 % des cas. Le placard érythémato-violacé était présent chez tous nos patients. D'autres aspects cliniques étaient associés, forme purpurique (50%), forme bulleuse (20%), et pustuleuse (20%). Une hyperleucocytose était notée dans 70% des cas, et une CRP élevée dans 90% des cas. Le traitement était à base d'une bi-antibiothérapie antistaphylocoque chez tous les patients, avec une anticoagulation chez un patient. Parmi les complications observées, la cellulite orbitaire était diagnostiquée chez 5 malades et la thrombophlébite cérébrale chez 1 patient et un état de sepsis était associé chez 4 malades.

Discussion :
La staphylococcie maligne de la face est une infection cutanée due au *Staphylococcus aureus*, compliquant le plus souvent un furoncle nasal ou péri-nasal. Elle se caractérise cliniquement par la survenue brutale d'un placard inflammatoire érythémato-violacé de la face sans bourrelet périphérique dans un contexte d'altération de l'état général et de fièvre. Et biologiquement par un syndrome inflammatoire. Lorsque les germes se disséminent par voie veineuse vers le cerveau, le tableau clinique devient plus grave avec des signes neurologiques qui pourraient aller au coma agité et fébrile témoignant d'une thrombose du sinus caverneux. Le traitement de la staphylococcie maligne de la face fait appel en urgence à une antibiothérapie antistaphylocoque adaptée et à un anticoagulant en cas de suspicion de thrombose. L'évolution de cette maladie dépend de la rapidité de la prise en charge initiale.

Conclusion :
La staphylococcie maligne de la face est une urgence diagnostique et thérapeutique, à guetter devant toute infection cutanée de la face. La porte d'entrée la plus fréquente est la manipulation d'un furoncle, d'où l'intérêt de la prévention et de l'éducation des patients.

29. Teigne du cuir chevelu aggravée par l'application de dermocorticoïde :

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

Introduction :
Les teignes du cuir chevelu sont des infections fongiques fréquentes chez l'enfant d'âge scolaire. Elles sont due aux dermatophytes du genre *Microsporum* et *Trichophyton*.

Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 6 ans qui présente une teigne du cuir chevelu aggravée par l'application de dermocorticoïde.

Observation :

Patient âgé de 6ans, d'origine urbaine, sans antécédents pathologiques particuliers notamment pas de notion de contact avec les animaux ; qui a présenté ,ainsi que ses deux frères, de multiples petites lésions alopéciques au niveau temporal gauche évoluant depuis 6 semaines, avec notion d'automédication par des dermocorticoïdes , l'évolution fut marquée par l'aggravation et la dissémination des lésions.
L'examen clinique a retrouvé des plaques alopéciques confluentes érythèmato – squameuses, mesurant 10 cm de grand axe, impetiginisées et surmontées de croûtes hémorragiques, siégeant au niveau temporal gauche avec extension rétro-auriculaire et signe de la traction + , associées à une pédiculose du cuir chevelu et à des adénopathies cervicales.
Le prélèvement mycologique et bactériologique des squames et des cheveux a mis en évidence un *Trichophyton violaceum* et un *Staphylocoque aureus*.
Le diagnostic de teigne surinfectée est retenu et un traitement par griséofulvine per os pendant 8 semaines associé à un antifongique local, du patient ainsi que la fratrie a été démarré avec bonne amélioration clinique.

Discussion :

La teigne est une infection fréquente au Maroc qui peut être contagieuse et provoquer des épidémies localisées surtout s'il s'agit d'une teigne anthropophile. Le diagnostic clinique n'est pas toujours facile, surtout lorsqu'il s'agit de teignes à *Trichophyton* pouvant simuler d'autres dermatoses.
Devant toute atteinte du cuir chevelu de l'enfant un prélèvement mycologique est indispensable pour poser le diagnostic de certitude. Le traitement repose essentiellement sur la griséofulvine per os. L'utilisation de dermocorticoïde n'a aucune place dans la prise en charge.

30. Apparition de Verrues sur hamartomes - Un exemple de Locus Minoris Resistentiae: à propos de trois cas

N. Bennouna, F.Elfatoiki, F. Hali, S. Chiheb
Service de Dermatologie Vénéréologie CHU Ibn Rochd Casablanca
Faculté de Médecine Et De Pharmacie De Casablanca, Université Hassan 2 Casablanca

Introduction :

Locus Minoris Resistentiae (LMR) fait référence à une région de résistance diminuée dans le corps. Elle peut être congénitale ou acquise. Les zones de mosaïcisme cutané telles que les naevus épidermiques peuvent agir comme des LMR congénitales, En conséquence l'infection, les processus inflammatoires et la malignité peuvent se localiser dans cette zone. Dans cet article, nous décrivons 3 cas uniques de verrues survenant sur des hamartomes.

Observations :

Observation 1 : Un patient âgé de 13 ans a présenté depuis la naissance une lésion hyperpigmentée et keratosique au niveau du lobule de l'oreille à distribution linéaire vers le cou, surmontée il y'a 1 an par des papules verruqueuses et filiformes.
Observation 2 : Une enfant de 5 ans, a consulté pour une lésion hyperpigmentée verruqueuse linéaire de 6 cm de long évoluant depuis la naissance au niveau du cuir chevelu. Elle a développé des verrues sur la partie supérieure de la lésion linéaire au cours des 4 derniers mois.
Observation 3 : Un patient âgé de 15 ans, a présenté depuis la naissance des lésions brunâtres au niveau du cuir chevelu, des deux hémifaces, ainsi que les faces latérales du cou, thorax et du dos avec une distribution

Blaschko-linéaire et symétrique, compliquées il y ’a 2 ans de lésions verruqueuses et filiformes au niveau des faces latérales du cou. Le diagnostic de nævus épidermique verruqueux linéaire était évoqué puis confirmé par la biopsie cutanée qui avait montré un aspect morphologique effectivement compatible avec une verrue, Et un 2eme fragment avait évoqué une keratose séborrhéique, cependant la présence de quelques glandes sébacées immatures fait penser à un hamartome. Les 3 patients ont été programmé pour laser CO2.

Discussion :

Les traumatismes, l'irradiation, les cicatrices d'herpès cicatrisées ou la stase lymphatique chronique agissent généralement comme LMR et conduisant ainsi à la localisation de nombreuses affections infectieuse, inflammatoires et néoplasiques.

Le concept de locus minoris resistentiae est largement accepté dans le domaine médical et se présente dans toutes les spécialités. Bien que la survenue d'une affection infectieuse telle que des verrues sur des zones de mosaïcisme cutané reste rare.

Une infection à HPV acquise exogène dans le naevus en raison d'une prédisposition cutanée localisée ne peut pas être expliqué et nécessite des études supplémentaires.

Cependant, ces trois cas renforcent encore le concept de zones de mosaïcisme cutané agissant comme LMR.

Le laser CO2 continu demeure une technique simple et efficace dans le traitement des hamartomes verruqueux, avec des résultats esthétiques satisfaisants.

31. Arthropathie tabétique : pathologie encore d'actualité mais oubliée

S.Rabba/ K.Baline/ H. Dahbi Skalli/ F.Hali/ M.Rahmi/S.Chiheb

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 et sa prise en charge reste difficile.

Méthodes : Étude rétrospective menée entre janvier 2010 et mai 2021 ayant colligé 12 patients. Les critères d’inclusion : lésions radiologiques typiques, et la positivité de la sérologie syphilitique dans le sang, le LCR et/ou le liquide articulaire.

Résultats :

L'âge moyen des malades était de 64 ans, dont 11 de sexe masculin. L'articulation touchée était le genou chez 11 patients, la hanche dans un cas et la cheville dans un cas. L'atteinte était bilatérale chez 3 patients et multifocale chez un patient. Seul un patient était connu porteur de syphilis. La durée d'évolution de la symptomatologie articulaire était en moyenne de 24 ans. L'interrogatoire retrouvait une notion de douleur fulgurante initiale dans 58 % et de sensation de craquement et dérobement dans 42 %. L'examen ostéoarticulaire objectivait une déformation avec désaxation et limitation des amplitudes articulaires chez tous nos patients. L'examen neurologique montrait des signes de tabès dans 7 cas. La sérologie syphilitique était positive dans le sang chez tous nos patients, dans le liquide articulaire dans neuf cas, et dans le LCR dans huit cas. Les signes radiologiques les plus fréquemment observés à la tomodensitométrie étaient les ostéophytes (92%), la destruction/fragmentation articulaire et osseuse (83 %), le pincement articulaire (83 %), et la subluxation articulaire (42%). Nos patients ont tous reçu la pénicilline G par voie intraveineuse.

Discussion :

Au Maroc, l'incidence réelle de la maladie est inconnue. La prévalence de l'arthropathie tabétique est difficile à estimer avec certitude en raison du nombre limité de rapports. Cette arthropathie dite "neurogène" apparait dans 1 à 10% des cas de tabès et est devenue exceptionnelle dans plusieurs pays grâce au diagnostic et au traitement précoce de la syphilis. Malheureusement, elle paraît toujours être d'actualité dans notre contexte marocain. Cependant, ses manifestations ne sont pas facilement reconnues par le clinicien et le diagnostic est souvent porté

tardivement. Elle apparaît à des stades évolués, le plus souvent 20 à 30 ans après la syphilis primaire. L'arthropathie tabétique touche le plus fréquemment le genou (42,5%), c'est le cas d'ailleurs dans notre série. La pénicilline reste le traitement de choix de toutes les formes de neurosyphilis et de l'arthropathie tabétique.

Conclusion:

Nos cas illustrent tous des stades tardifs d'arthropathie tabétique et prouvent que cette maladie ne doit jamais être perdue de vue. 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.

32. Monoarthrite chronique du genou révélatrice d´une arthropathie tabétique : à propos d´un nouveau cas

R.Bousmara, F.Hali, S.Chiheb
Service de Dermatologie-Vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

L'arthropathie tabétique est une arthropathie neurogène destructrice, associée à une perte de la sensibilité profonde douloureuse et/ou proprioceptive. Actuellement rare grâce au traitement précoce de la syphilis. Le diagnostic est évoqué devant la discordance entre l´importance des déformations articulaires et l´absence de la douleur et est confirmé par la positivité de la sérologie syphilitique dans le liquide articulaire, le sang et/ou le LCR.

Présentation du cas

Un homme âgé de 60 ans, avec antécédents de rapports sexuels non protégés datant de 24 ans, sans notion de chancre ou d'ulcérations génitales, qui a consulté pour une monoarthrite chronique du genou droit évoluant depuis 4 ans compliquée secondairement d'une déformation articulaire non douloureuse avec dérobement à la marche. A L'examen, le patient était conscient, orienté dans le temps et l'espace, apyrétique présentant un genou droit en valgus, déformé, tuméfié avec un choc rotulien et sans signes inflammatoires en regard. Le genou controlatéral était d'aspect normal. Il existait une neuropathie sensitive à type de décharges électriques et de fourmillements, avec des réflexes ostéo-tendineux abolis. Les radiographies du genou droit (face et profil) et l'échographie articulaire montraient des destructions articulaires ostéocartilagineuses majeures avec détachement d'un fragment osseux et présence d'un épanchement intraarticulaire et d'un épaississement de la synoviale. La ponction articulaire a ramené un liquide inflammatoire stérile. La sérologie syphilitique était positive, avec un VDRL négatif et un TPHA positif à 320. La sérologie syphilitique était positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Les sérologies HIV, HVB et HVC étaient négatives. Le patient a été traité par pénicilline G (20 millions d'unités par jour) pendant 14 jours avec des contrôles sérologiques réguliers. Après ce traitement, le patient a été adressé vers le service de chirurgie traumatologique pour complément de prise en charge.

Discussion : L'arthropathie neurogène est une affection dégénérative chronique qui touche une ou plusieurs articulations, privées de leur innervation sensitive douloureuse et proprioceptive et continuellement soumise aux traumatismes de la vie courante. Elle est observée dans 5 à 10 % des cas de tabès et apparaissent généralement 10 à 20 ans après ses premiers signes. Les articulations touchées sont dominées par le genou (46 %). En l'absence de contexte de maladie syphilitique, l'association de déformation articulaire indolore et des images radiologiques de destruction articulaire avec ou sans signes neurologiques doit faire évoquer une arthropathie tabétique et incite à demander une sérologie syphilitique. La pénicilline G par voie parentérale est le traitement de référence avec une dose de 20 MUI/ jour pendant 10 à 15 jours. Le rythme des cures est

en fonction des données cliniques, biologiques et évolutives de la maladie. La prise en charge de l'arthropathie est difficile, la mise en décharge prolongée ou l'utilisation d'orthèses pourraient limiter l'aggravation de la lyse osseuse. Le traitement orthopédique est à discuter au cas par cas, mais reste décevant.

Conclusion:

Les arthropathies tabétiques sont actuellement rares mais doivent cependant être systématiquement évoquée devant une atteinte articulaire particulièrement destructrice et paradoxalement indolore. Le caractère indolent retarde leur diagnostic et affaiblit les chances de leur guérison, d'où l'intérêt de la prévention et le traitement précoce de la syphilis primaire.

33. Un cas de myélite transverse causée par le VZV chez un patient immunocompétent

Najlae Rahmani (1), Farah Marraha (1), Ibtissam Al Faker (1), Hanane Chahoub (1), Younes Benyamna (1), Kabbou Soukayna (1), Rkiek Yasmine (1), El Haddad Meriem (1), Snoussi Ilham (1), Boukamza Firdaous (1), Fadel Hicham (2), Gallouj Salim(1)
1-service de Dermatologie Vénéréologie CHU Tanger, Faculté de Médecine et de Pharmacie Université Abdelmalek Saidi -Tanger -Maroc
2-Service de Neurologie

Introduction :

Le zona est un fardeau sanitaire majeur qui peut toucher des individus de tout âge Les complications neurologiques d'une infection à VZV sont nombreuses dépendent de l'âge, de l'état immunitaire et du moment de l'instauration du traitement. Elles concernent principalement le système nerveux périphérique et plus rarement mais de manière plus sévère, le système nerveux central. La myélite est l'une des complications qui est rare survenant dans moins d'un zona sur 1 000.

Nous rapportons ici un cas de myélite transverse causée par le VZV chez un patient immunocompétent, et ce cas a été confirmé cliniquement et microbiologiquement par la sérologie VZV .

Observation :

Un homme âgé de 57 ans, sans antécédents pathologiques notables, fut hospitalisé pour prise en charge d'une paresthésie du membre supérieur droit d'installation brutale. Deux semaines avant, le patient avait présenté un zona en regard des 5èmes et 6 ème espaces intercostaux. L'examen clinique objectivait des macules hyperpigmentées cicatricielles ; avec une diminution de la sensibilité tactile et conservation de la sensibilité thermo-algique et proprioceptive. Il n'y avait pas de syndrome méningé, ni de signes d'atteinte sus-spinale. L'IRM a révélé un hyposginal en T1 et T2 avec ostéophytose.

L' hémogramme était normal et une sérologie VZV a montré la présence d'IgG spécifiques. Par ailleurs L'analyse du LCR était sans anomalies. . Le diagnostic de myélopathie infectieuse à VZV fut donc posé cliniquement et confirmé biologiquement. Le patient fut traité par aciclovir IV à la dose de 30 mg/ kg/jour pendant 3 semaines et reçut une corticothérapie IV en bolus à la dose de 1 g/jour pendant 3 jours avec une bonne amélioration.

Discussion :

Dans les études précédentes, la myélite à VZV est décrite comme se produisant fréquemment chez les patients immunodéprimés sans éruption dermatologique alors que la maladie est rare chez les patients immunocompétents comme dans notre cas. Les myélopathies ont des caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques reconnues. Au cours des myélopathies aiguës transverses, la cytologie du LCR révèle habituellement une prédominance lymphocytaire. Le diagnostic de myélite à VZV fut aisé dans le cas

présent, en raison de l'éruption thoracique typiquement zostérienne. Tandis, Les tableaux les plus sévères de myélopathie à VZV s'observent chez les patients immunodéprimés. le traitement antiviral oral est insuffisant et la voie intraveineuse est requise et une corticothérapie courte afin de réduire l'inflammation est également recommandée.

Conclusion :

La myélite liée au VZV doit être diagnostiquée précocement. L'association d'aciclovir et de corticoïdes en perfusion semble être bénéfique.

34. Pied de Madura : un challenge thérapeutique

Farah Marraha (1), Rimani mouna (2), Ibtissam Al Faker (1), Najlaa Rahmani (1),Younes Benyamna (1), Soukaina Kabbou (1), Yasmine Rkiek (1) Ilham Snoussi (1), Meriem el Haddad (1), Firdaous Boukamza (1) et Gallouj Salim(1)

(1) *Service de Dermatologie Vénéréologie CHU Tanger, Faculté de Médecine et de Pharmacie -Université Abdelmalek Saidi -Tanger -Maroc*
(2) *Laboratoire d'anatomopathologie Hassan –Rabat –Maroc*

Introduction :

Le mycétome ou pied de madura, est une infection chronique, localisée, des tissus cutanés et sous-cutanés. L'évolution est lente pouvant atteindre l'os faisant la gravité de l'affection. L'agent pathogène responsable peut être fongique (eumycétome) ou bactérien (actinomycétome). L'inoculation est généralement secondaire à un traumatisme mineur. Il se rencontre surtout dans les régions tropicales très rarement dans les zones tempérées de façon sporadique et jusqu'à nos jours seulement quelques cas ont été rapportés au Maroc. Le traitement est médico-chirurgical ; les rechutes et la récurrence de la maladie est assez fréquente. Nous rapportons une petite série de 3 cas de pied de Madura et chez qui la prise en charge n'était pas toujours facile.

Observations :

Cas n°1 : Patient de 72ans, originaire et habitant Tanger, ancien militaire, qui a présenté un pied droit tuméfié et plusieurs lésions nodulaires fistulisés à la peau, évoluant sur plus de 30 ans. Diverses thérapeutiques avaient été proposées sans succès, incluant plusieurs cures de SMX/TMP (triméthoprime et sulfamethoxazole) seul et en association avec amoxicillin/ acide clavulanique. L'examen révélait de multiples nodules violacés de consistance dure, fistulisés à leur sommet avec issue de matériel sérosanglant contenant des grains jaunâtres. Le diagnostic de mycétome a été retenu sur la base de l'examen mycologique des grains et l'histologie. L'imagerie avait révélé une ostéolyse osseuse sous-jacente, une amputation de pied a été proposé refusée par le malade.

Cas n°2 : Patient de 65 ans, originaire et habitant Chefchaouen, agriculteur, suivi il y a 5 ans dans une autre structure pour actinomycose, le diagnostic a été posé devant une tumeur polyfistulisée du pied gauche survenant suite à un traumatisme et les examens microbiologique et anatomopathologique qui ont mis en évidence des grains blanchâtres témoignant de leur origine bactérienne. A l'admission, le patient était déjà sous SMX/TMP depuis 1 an, l'examen clinique trouvait que des lésions cicatricielles hyperpigmentées et l'imagerie n'a objectivée aucune atteinte osseuse. Devant l'absence d'une lésion active et des séquelles, le traitement a été arrêté, avec absence de récidive des lésions après 2 ans de suivi.

Cas n°3 : Une jeune femme de 38 ans, habitant une région rurale de Tanger, consulte pour une tumeur polyfistulisée au niveau de la plante du pied droit. Elle rapportait la notion de la marche pieds nus.

L’examen trouvait un amas nodulaire formant une tuméfaction indolente fistulisée avec un fond érythématoviolacé bourgeonnant donnant un aspect en tétine mamelonné. L’examen anatomopathologique objectivait la présence des grains gram + non pigmentés de nature bactérienne orientant plus vers une Nocardiose.
L’imagerie était sans particularité. Un traitement a été initié fait de 3 cures, à 15 jours d’intervalle, d’amikacine 15mg/kg/et SMX/TMP 35mg/kg/j avec une légère diminution de la taille de la tumeur. Une chirurgie de réduction par la suite a été proposé. La patiente n’a présenté aucune récidive après la chirurgie.

Discussion :
Ces 3 présentations rapportaient la particularité et la difficulté de la prise en charge de pied de madura et sa longue durée d’évolution. Les mycétomes sont des pseudotumeurs inflammatoires polyfistulisées d’évolution lente contenant des grains de nature fongique ou actinomycosique d’origine exogène. Le diagnostic doit être évoqué devant toutes lésions suppuratives chroniques avec issue de grains. L’isolement et l’identification de l’espèce responsable sont délicates. L’étude mycologique reste la clé du diagnostic. À l’examen direct, les infections mycosiques donnent des grains noirs ou blancs alors que les actinomycètes donnent des grains blancs, jaunes ou rouges. Tous nos malades présentaient des formes actinomycosiques, ceci peut être secondaire à la répartition géographique des agents pathogènes qui est conditionnée par la pluviométrie : Les grains fongiques se développent dans les zones les plus sèches et les actinomyces dans les zones les plus arrosées. Un traitement combiné avec plusieurs antibiotiques est généralement recommandé afin de prévenir la résistance aux médicaments et d'éradiquer toute infection résiduelle. L'association de l'amikacine et du cotrimoxazole, a donné d'excellents résultats cliniques, en particulier chez les sujets à risque. De plus, la chirurgie peut être envisagée pour les petites lésions, les infections qui ne répondent pas aux antibiotiques et en association avec le traitement médical pour réduire la charge infectieuse. Le taux de récidive reste cependant très élevé (50 %).

Conclusion :
Les mycétomes sont fréquents dans les régions tropicales, mais peuvent toucher même les personnes qui vivent dans les pays à climat tempéré comme le prouve nos 3 présentations cliniques. Cette pathologie doit être connue et évoquée comme diagnostic différentiel devant toute suppuration douloureuse chronique du pied, afin de commencer une prise en charge rapide, pour éviter, comme dans le cas d’un de nos patient, le retard diagnostic et le préjudice fonctionnel et esthétique.

MÉDECINE INTERNE

1. Des ulcérations nécrotiques du visage : quel diagnostic ?

R.Ajaaouani, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb

Introduction :
La panniculite lupique est une forme rare de lupus érythémateux, caractérisé par une atteinte spécifique de la graisse sous cutanée. C'est une forme bénigne mais elle peut occasionner un préjudice esthétique important. Elle se présente le plus souvent sous forme de nodules sous cutanées, rarement des ulcérations. Nous rapportons un cas de panniculite lupique révélée par des ulcérations du visage et du scalp.

Observation :

Patiente âgée de 51 ans suivie pour une hypertension artérielle depuis 15 ans sous inhibiteur calcique. Présentait depuis 2ans une chute de cheveux d'installation progressive avec l'apparition des macules érythémateuses au niveau du scalp et du visage, qui s'atrophient puis s'ulcèrent par la suite laissant place à des ulcérations. Le tout est associé à des céphalées, sans arthralgie ni de phénomène de Raynaud ni photosensibilité. L'examen clinique trouvait une alopécie cicatricielle avec des lésions ulcéro-nécrotiques au niveau du cuir chevelu. Au niveau du visage, on notait une plaque érythémateuse à centre atrophique et à bordure serpigineuse, située en regard de la région parotidienne, sur laquelle repose trois ulcérations, dont la plus grande mesurant 3 cm, à fond nécrotique. On notait également des lésions maculeuses arrondies à centre atrophique localisée au niveau du front et de l'arête du nez. Au bilan biologique on notait une leucopénie à 3000, une thrombopénie à 100.000, un syndrome inflammatoire modérée, une fonction rénale et hépatique normal, une protéinurie de 24H négatif, les anticorps anti-nucléaire étaient positifs, le complément était consommé, echodoppler des artères temporales étaient normal, la biopsie cutanée était en faveur d'une panniculite lupique et l'IFD a objectivé un dépôt jonctionnel en faveur d'une bande lupique. Un lupus systémique avec panniculite lupique a été retenu. La patiente a reçu une corticothérapie orale avec les antipaludéens de synthèse, avec une bonne amélioration.

Discussion :

La panniculite lupique est une forme rare du lupus érythémateux, dont le diagnostic nécessite une corrélation anatomoclinique. Elle peut être isolée ou associée à un lupus systémique. Elle se présente le plus souvent sous forme de nodules sous cutanées indolores, isolés ou groupés en placard. L'ulcération n'est présente que dans 28%des cas. Les localisations les plus fréquentes sont le visage, et la région deltoïdienne. Le traitement repose sur les antipaludéens de synthèse associés à la corticothérapie générale en cas d'atteinte systémique.

2. Etude comparative d'évolution rapide ou lente de la pneumopathie interstielle dans la sclérodermie systémique

C.Marmech, F.Hali, S.Chiheb

Service de Dermatologie vénérologie CHU Ibn Rochd ; Casablanca ; Maroc

Introduction :

Au cours de la sclérodermie systémique (Scs), la pneumopathie interstitielle diffuse (PID) constitue une manifestation fréquente et grave rendant le pronostic de cette maladie plus sombre. Le but de notre travail

est de faire une étude comparative des différentes données démographiques, cliniques et paracliniques selon l'évolution lente ou rapide de la PID.

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur les dossiers de malades hospitalisés pour une sclérodermie systémique avec une PID entre 2012 et 2021. La PID rapidement progressive était définie soit par une baisse de la capacité vitale forcée (CVF) par rapport à la valeur initiale (≥ 10 %), soit de 5 à 9 % associée à une baisse de la capacité de diffusion du monoxyde de carbone DLCO 15 %.

Observations :

On va comparer les deux groupes G1 (Scs avec PID lente) versus G2 (Scs avec PID rapide)

Résultats :

Notre étude a porté sur 39 (G1) et 28 (G2) patients durant la période étudiée.L'âge moyen des patients était de 34 ans (G1) et de 50 ans (G2) . Il s'agissait de 58 femmes (G1:38 vs G2:20) et 9 hommes (G1:1 vs G2 :8) .La forme diffuse de la sclérodermie était plus fréquente dans le G2 :21,4 % vs 10 ,2 % (G1). La CVF ainsi que le DLCO étaient initialement bas dans 25 cas (G2) et 10 cas (G1).L'atteinte pulmonaire était étendue sur la TDM dans 75%(G2) vs 33,3 % (G1). Les anti-SCL 70 étaient positifs dans 64,2 % (G2) vs 38,4 (G1). La positivité des anti-centromères était retrouvée seulement dans 29 patients du G1. La CRP était élevée chez 4 malades tous appartenant au G2.

Discussion :

Les facteurs de risque associés à une PID progressive chez les patients atteints de ScS comprennent la ScS cutanée diffuse, le sexe masculin, l'âgé avancé ainsi que la présence d'anti-Scl-70 (Anticorps antitopoisomérase) et l'absence d'anticorps anti-centromères , ce qui concorde avec nos resultats.
Plusieurs biomarqueurs sont incriminés dans la progression de la PID. Les autoanticorps et la CRP sont les seuls marqueurs sanguins actuellement disponibles dans la pratique clinique de routine.
L'augmentation de la CRP est associé à la progression de la PID , ce qui est conforme avec nos cas. Une augmentation de l'étendue de la PID sur le scanner thoracique sur une période de 1 a 2 ans signifierait également une progression ce qui est en concordance avec nos résultats .

Conclusion :

Au cours de la PID au cours de Scs,certains patients présentent une maladie stable,d'autres perdent rapidement leur fonction pulmonaire. Ceci peut être expliqué par les facteurs predictifs de progression rapide de la PID dans la Scs . Le chevauchement entre les facteurs de risque d'évolution rapide de la PID et de l'augmentation de la mortalité n'est donc pas surprenant.

3. Les amyloses cutanées : expérience du service de dermatologie du CHU Mohamed IV d'Oujda

H.Saddouk 1 ; K.sof ; H.Daflaoui 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2
1 Service de Dermatologie, Vénéréologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda
2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique. Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction
Les amyloses sont rares, définies par la présence de dépôts extracellulaires de protéines fibrillaires au niveau de différents organes, y compris la peau. L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques

épidémiologiques et cliniques, les types histologiques, les modalités thérapeutiques et le profil évolutif des amyloses cutanées. **Matériels et méthodes**
Etude rétrospective descriptive incluant 10 cas d'amylose cutanée prouvées histologiquement, suivis dans notre service entre juin 2014 et mai 2021. **Résultats** Il s'agissait de 7 patients de sexe masculin et 3 de sexe féminin soit un sex-ratio H/F : 2,3. L'âge moyen était de 58 ans ± 9,28. La durée moyenne entre l'apparition des premières lésions et le diagnostic de l'amylose était de 8 ans. Le prurit et l'hyperpigmentation étaient les symptômes principaux. L'examen cutané objectivait des papules chez 40 % des cas et des macules chez 20%. Ces lésions siégeaient au niveau du dos dans tous les cas, intéressant en plus les membres chez 2 patients, les fesses chez un patient et le visage et la nuque chez un autre patient. Des lésions papulo-nodulaires multiples ont été retrouvées chez 40% des cas dont la localisation était génitale chez tous les cas avec extension anale chez la moitié.
Tous les malades avaient bénéficié d'une biopsie cutanée et d'un bilan de systématisation. Il s'agissait d'une amylose cutanée primitive localisée (ACPL) dans 60% des cas, dont 67% ont été diagnostiqués comme amylose papuleuse (AP) et 33% comme une amylose maculeuse (AM). L'amylose systémique type AL était retrouvé chez 40% des patients, représentée par une amylose nodulaire (AN) et associée à un myélome multiple (MM) chez la totalité de ces patients. Quatre malades étaient traités par dermocorticoïdes, 3 par la colchicine, 3 par antihistaminique, 1 par photothérapie UVB et tous les cas d'amylose AL avec MM ont reçu un traitement par chimiothérapie dont 2 patients sont décédés. **Discussion**
L'ACPL est caractérisée par des dépôts amyloïdes dans le derme sans atteinte systémique, y compris l'AP et l'AM et l'AN. L'aspect combiné de l'amylose papuleuse et maculaire est décrit comme une amylose mixte dite biphasique (1).
Il existe des variations géographiques dans diverses formes d'ACPL (1). Dans notre étude, l'AP était la plus fréquente à 67 % suivie de l'AM à 33%, rejoignant les données de l'étude réalisée par Sinha A et al (2). Le prurit et l'hyperpigmentation était les symptômes les plus fréquents ce qui concorde avec les données de la littérature (1). L'amylose cutanée nodulaire est rare, et la localisation génitale est encore plus rare. Tous nos cas d'AN étaient de localisation génitale. Cette forme est souvent associée à une maladie systémique notamment une dysprotéinémie type MM comme le cas de nos patients (3-4).
Le traitement des amyloses cutanées n'est pas standardisé. A ce jour il n'existe aucune recommandation définitive sur les modalités thérapeutiques de cette maladie (3-4).
Conclusion
Le diagnostic de l'amylose cutanée implique des données cliniques, histologiques et immunohistochimiques. La recherche d'un MM est une étape incontournable au moment du diagnostic de l'AN. Le traitement dépend du type d'amylose et reste néanmoins empirique.

4. Deux cas de lichen amyloide associé à une hypertrophie des lèvres S.Bouabdella

1 ; A. Khouna1 ;S.Dikhaye 1,2; N.Zizi 1,2 .
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI
2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction : L'amylose papuleuse (AP) ou lichen amyloïde constitue la forme la plus fréquente d'amylose cutanée primaire. Nous rapportons les observations de 2 patientes qui présentent un lichen amyloide associé à une hypertrophie des lèvres. À notre connaissance, cette association n'a jamais été rapportée dans la littérature.

Observations :
Observation n°1 :

Une patiente âgée de 27 ans, exempte d'antécédents pathologiques, nous a consulté pour des lésions cutanées papuleuses prurigineuses évoluant depuis 6 ans. L'examen cutané avait révélé des lésions papuleuses brunâtres faisant 1 à 5mm de diamètre, rugueuses à la palpation, au niveau du dos et des placards hyperpigmentés au niveau du front, des bras et du dos. L'examen de la muqueuse buccale était sans anomalies et une hypertrophie des grandes et petites lèvres a été objectivée au niveau génital. Le bilan hormonal ainsi que l'échographie abdominale étaient normaux. La biopsie cutanée avait confirmé le

diagnostic de lichen amyloïde. Un traitement local à base de dermocorticoïdes a été initié. L'évolution était marquée par l'amélioration du prurit.

Observation n°2 :

Une patiente âgée de 24 ans, ayant comme antécédent une notion d'atopie personnelle et familiale, a consulté dans notre formation pour des lésions hyperpigmentées et prurigineuses du dos et des bras évoluant depuis 4 ans. L'examen dermatologique avait montré des papules prurigineuses pigmentées brunâtres siégeant au niveau des bras et du dos. L'examen dermoscopique de ces lésions a montré une pigmentation striée et des squames blanchâtres. L'examen génital a objectivé une hypertrophie des lèvres et le bilan hormonal ainsi que l'échographie abdominale étaient sans anomalies. La biopsie cutanée était en faveur de lichen amyloïde. Elle a été mise sous dermocorticoïdes et l'évolution était partiellement favorable avec amélioration des démangeaisons.

Discussion :

L'AP est une forme d'amylose cutanée primaire qui se caractérise par des dépôts extracellulaires de fibrilles amyloïdes anormalement polarisée entraînant une dégénérescence filamenteuse des kératinocytes [1]. Cette affection présente une prédilection pour les surfaces extensibles du haut du dos et des extrémités et se présente sous forme de petites papules kératosiques souvent hyperpigmentées, hyperkératosiques et prurigineuses [2]. Sa pathogénie reste, à nos jours, mal élucidée. Des auteurs suggèrent que l'AP serait une simple forme particulière de lichénification où les dépôts amyloïdes seraient la conséquence des manœuvres de grattage ou qu'elle serait une altération des cytokératines épidermiques aboutissant au relargage de la substance amyloïde [3]. Son diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique néanmoins, la dermoscopie est d'un grand apport [4]. La pigmentation au niveau des papules réalise un aspect de « carrefour central » qui, en mode polarisé, est observée en forme de « structures cristallines » en rapport avec le dépôt amyloïde associées à la pigmentation striée [5].
Plusieurs endocrinopathies sont associées à certains signes cutanés. Dans les syndromes de néoplasie endocrinienne multiple (NEM), la manifestation dermatologique la plus fréquemment retrouvée est le lichen amyloide [2]. Ceci est expliqué par des mutations génétiques spécifiques. Chez nos deux patientes, le bilan hormonal et l'échographie abdominale étaient sans anomalies. Aussi, elles avaient une tension artérielle normale et les examens somatiques étaient normaux. Elles présentaient donc au niveau génital, une hypertrophie des lèvres isolée et inexpliquée.
Pour ce qui est du traitement de l'AP, les dermocorticoïdes en constituent le traitement de première intention avec des réponses plus ou moins satisfaisantes, comme c'est le cas chez nos patientes [2]. D'autres alternatives thérapeutiques ont été essayées dans des cas isolés tel que le calcipotriol, le tacrolimus topique, le laser CO2 et le peeling à l'acide trichloracétique [4]

Conclusion : L'amylose papuleuse reste une affection rare d'étiologie inconnue. A notre connaissance, ce sont les premiers rapports de cas qui associent le lichen amyloïde à une hypertrophie des lèvres.

4. Amylose papuleuse à propos de 8 cas

S.Sefraoui [1], K.Sof[1], S.Bensallem[1], N. Zizi[1,2],S.Dikhaye[1,2],.
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche scientifique et de santé publique .
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier. Oujda Maroc

Introduction:

L'amylose papuleuse, appelée également lichen amyloïde, est une forme chronique et rare d'amylose cutanée primitive localisée dû à une accumulation de dépôts amyloïdes dans le derme.
L'objectif de notre étude est d'étudier son retentissement sur la qualité de vie, ses caractéristiques clinicodermoscopiques et histopathologique. **Patients et méthodes:**

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 8 cas d'amylose papuleuse confirmés histologiquement, diagnostiqués entre 2014 et 2021.

Résultats :

Nous avons recensé 8 patients répartis en 4 femmes et 4 hommes soit un sex-ratio (H/F) de 1. La moyenne d'âge était de 53 ans avec des âges extrêmes allant de 27 à 71 ans.

Un des patient était suivi pour une fibrose rétro-péritonéale, un autre pour une érythromélalgie, une patiente pour un vitiligo, une autre patiente pour un myélome multiple et une dernière patiente pour une maladie coeliaque.

Le principal motif de consultation était le prurit. L'examen dermatologique révélait des papules hyperkératosiques prurigineuses et hyperpigmentées et parfois de couleur chair, siégeant exclusivement au niveau du dos chez 4 malades et intéressant en plus les membres supérieurs et inférieurs chez 2 malades. Les lésions concernaient le visage et le dos uniquement dans un cas, les plis et le tronc dans un autre cas.

L'examen dermoscopique a révélé la présence de papules pigmentées chez tous patients, entourant un piquetté hémorragique centrale chez 2 malades.

L'examen anatomopathologique montrait dans tous les cas une importante lichénification épidermique avec un abondant dépôt de matériel basophile anhistes homogène dans les papilles dermiques, les colorations rouge congo et cristal violet étaient positives chez 5 patients. Une incontinence pigmentaire a été observée chez un seul malade. **Discussion :** L'amylose papuleuse est une forme d'amylose cutanée primaire qui se caractérise par des dépôts extracellulaires de fibrilles amyloïdes anormalement polarisée entraînant une dégénérescence filamenteuse des kératinocytes [1].

Conformément aux données de la littérature, les lésions étaient maculo-papuleuses siégeant préférentiellement en prétibial. Cependant des localisations atypiques ont été relevées dans notre étude telle que le dos et le visage avec une prédominance des formes multiples [2].

La dermoscopie, en mode polarisé montrent les structures biréfringentes des lésions papuleuses apparaissent sous forme de stries linéaires blanches brillantes dites « structures cristallines », d'autre aspects ont été décrit, notamment la pigmentation périphérique striée et les piquettés hémorragiques centraux observés chez nos patients. [3].

Le diagnostic positif reste anaomoclinique en montrant des dépôts de substances amyloïdes dans les papilles dermiques. Des anomalies de l'épiderme à type d'acanthose ou d'hyperkératose peuvent également être observées. Une incontinence pigmentaire est rarement observée [2].

Les dermocorticoïdes constituent le traitement de première intention de l'amylose papuleuse avec des réponses plus ou moins satisfaisantes. D'autres alternatives ont été testées tels que le tacrolimus, le laser CO2 et le laser à colorant pulsé [4]. **Conclusion :**

Notre série illustre 8 cas d'amylose papuleuse, une forme rare de l'amylose cutanée localisée. L'atteinte du visage, une localisation rare du lichen amyloïde, a été rapportée chez une patiente. L'incontinence pigmentaire est une anomalie exceptionnelle à l'échelle anatomopathologique retrouvée chez notre patient.

6. Maladie de Biermer révélée par une hyperpigmentation localisée

I.Biygjoine; O. Hocar ; S. Amal
Laboratoire bioscience et santé
Service de dermatologie et vénéréologie
Faculté de médecine et de pharmacie – Marrakech-Maroc

Introduction :

Les manifestations dermatologiques de la maladie de Biermer sont représentées principalement par des anomalies phanériennes et la glossite. L'hyperpigmentation localisée n'a été décrite que dans quelques cas. Nous rapportons un cas d'hyperpigmentation localisée au niveau de la racine des deux membres supérieurs révélant une maladie de Biermer.

Observation :

Il s'agissait d'un patient âgé de 57 ans, suivi pour une sclérose en plaque, diabétique type 2 sous métformine; qui avait consulté pour une hyperpigmentation au niveau de la racine des 2 membres supérieurs et derrière les 2 genoux, évoluant depuis 6 mois, associée à un syndrome anémique évoluant depuis 1 an; le tout évolue dans un contexte d'apyrexie et d'amaigrissement chiffrée à 20 kg en 1 an. L'examen clinique avait retrouvé une pâleur cutanéo-muqueuse diffuse; multiples macules hyperpigmentées confluentes en plaque mal limitées bilatérale et symétrique au niveau de la racine des 2 membres supérieurs avec extension au niveau de la face interne des 2 bras et quelques plaques pigmentées discrètes au niveau de la face postérieur des 2 genoux; une langue dépapillée, sans autres signes associés. L'examen neurologique était sans anomalies. À la biologie, on retrouvait une anémie macrocytaire arégénérative associée à une lymphopénie et une thrombopénie. Le taux sérique de la vitamine B12 était bas à 65 pg/mL. Le myélogramme a été en faveur d'anémie mégaloblastique. Le taux d'anticorps anti FI élevé à 95,50 AU/ml. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale objectivait une pangastrite érythémateuse et érosive. La biopsie gastrique objectivait une gastrite chronique sans dysplasie avec présence d'Hélicobater pylori. Le patient a reçu des injections de la vitamine B12 avec une éradication de l'Hélicobacter pylori. Une amélioration clinique et biologique a été objectivée après la première injection.

Discussion :

Les carences en vitamine B12 sont d'étiologies variées dominée par la maladie de Biermer dans 20 à 50 % des cas chez l'adulte. Il s'agit d'une maladie auto immune caractérisée par la destruction de la muqueuse gastrique, par un processus d'auto-immunité et la présence de divers anticorps, notamment l'anticorps antifacteur intrinsèque et anticorps anti cellules pariétales.
Le déficit en vitamine B12 se manifeste classiquement par des troubles neurologiques, hématologiques et plus rarement par des anomalies dermatologiques notamment une hyperpigmentation. Dans la majorité des cas rapportés, l'hyperpigmentation était généralisée et prédominante aux zones photo-exposées, aux plis de flexion, aux muqueuses ainsi qu'aux ongles. L'hyperpigmentation localisée a été moins fréquemment décrite.

Conclusion :

La connaissance des manifestations dermatologiques de la maladie de Biermer permet au dermatologue le diagnostic et la prise en charge de cette maladie et l'éviction des lésions surtout neurologiques irréversibles.

7. La pancréatite: manifestation digestive sévère et inhabituelle du purpura rhumatoïde

M. Rimaoui ; F.Hali ; F. mernissi ; S.Chiheb
Service de dermatologie ; Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

La vascularite à IgA (ou purpura rhumatoïde) est une vascularite systémique des petits vaisseaux en rapport avec des dépôts tissulaires de complexes immuns contenant des immunoglobulines (Ig) de type A. Elle atteint principalement l'enfant, l'affection étant plus rare chez l'adulte. Le pronostic de la maladie à court terme dépend de la sévérité de l'atteinte digestive et à long terme de l'atteinte rénale. L'atteinte pancréatique est exceptionnelle. Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant un purpura rhumatoïde compliqué de pancréatite.

Observation :
Une patiente âgée de 20 ans, admise pour un purpura déclive, arthralgies et des douleurs abdominales évoluant 3 jours avant son admission. Ses antécédents médicaux comportaient 2 épisodes similaires de résolution spontanée. L'examen physique : purpura infiltré des membres inférieurs sans nécrose ni nodules

ni ulcérations, une défense épigastrique. La biologie montrait une élévation de la CRP (110 mg/L) avec hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles (15,1 G/L dont 11,7 G/L neutrophiles) et une hyperlipasémie (600 U/L). Le bilan hépatique montrait une cholestase anictérique (-GT : 115 U/L) sans cytolyse. Les taux de triglycérides ainsi que la calcémie étaient normaux, la fonction rénale, le sédiment urinaire et la protéinurie de 24H étaient normaux. Le bilan immunologique était négatif. Le scanner effectué deux jours après le début confirmait une pancréatite Balthazar B sans lithiase des voies biliaires. La biopsie cutanée des lésions purpuriques objectivait Une vascularite leucocytoclasique. L'immunofluorescence pratiquée sur un fragment de petite taille ne permettait pas d'observer de dépôts d'IgA, néanmoins le diagnostic de vascularite à IgA était alors posé devant l'association d'un purpura infiltré, de douleurs abdominales diffuses et des arthralgies selon l'ACR 1990 et les critères de l'EULAR/PRES /PRINTO. La patiente était mise à jeun et aurepos au lit, une corticothérapie orale (1 mg/kg/jour) avec des bolus de méthylprédnisolone. Le purpura et la douleur abdominale disparaissait progressivement en quelques semaines sans récidive avec normalisation de la CRP et de la lipasémie.

Discussion :

Les manifestations digestives du purpura rhumatoïde sont exceptionnelles chez l'adulte. La symptomatologie polymorphe est le plus souvent contemporaine du purpura. Elles comportent l'invagination intestinale, la perforation, infarctus mésentérique et la pancréatite qui est une complication rare et peu décrite lors de cette maladie. Seuls 11 autres cas de pancréatites liées à une vascularite à IgA ont été rapportés. Les causes habituelles doivent être exclues avant de pouvoir la considérer comme une manifestation de la pathologie inflammatoire à savoir : l'origine métabolique, alcoolique, médicamenteuse et lithiasique. Chez notre patiente, les causes classiques ayant été exclues. Le mécanisme physiopathologique semble vasculaire par analogie à l'atteinte rénale et cutanée.La prise en charge reste mal codifiée En absence d'études prospectives randomisées. Le recours à la corticothérapie est controversé. Dans notre cas, la corticothérapie et le repos digestif ont permis une amélioration spectaculaire.

8. Une histoire de purpura : granulomatose éosinophilique avec polyangéite

M.Faik Ouahab [1], A.Kelati [1], G.Basri [1], S.Chiheb [1-2]

1. Service de dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Faculté de médecine, UM6SS

2. Service de dermatologie, Faculté de médecine et de pharmacie, Université Hassan II, Casablanca

Introduction

Décrite pour la première fois en 1951 par Jacob Churg et Lotte Strauss, la granulomatose eó sinophilique avec polyangeí te est une vascularite systémique rare appartenant au groupe des vascularites associées aux ANCA. Elle touche les vaisseaux de moyens et petits calibres.
Nous en rapportons un cas avec comme manifestation dermatologique un purpura bulleux et des lésions pseudo urticariennes.

Observation

Un patient de 43 ans, ayant comme antécédents un asthme tardif depuis 3 ans, une sinusite chronique, une infection COVID-19 en juillet 2020 et une embolie pulmonaire en janvier 2021, consultait pour un purpura brutal, rapidement extensif, une gêne respiratoire, des arthralgies diffuses, et des œdèmes des membres inférieurs évoluant dans un contexte fébrile et d'altération de l'état général.
L'examen général trouvait un patient conscient, apyrétique, tachycarde, et dyspnéique.
L'examen dermatologique trouvait des lésions purpuriques infiltrées et bulleuses au niveau des faces d'extension des membres inférieurs avec des lésions urticariennes au niveau du dos.

Plusieurs diagnostics ont été discutés : un purpura fulminans en premier, traité en urgence par antibiothérapie, une manifestation dermatologique d'une infection COVID-19 et la GEPA. Le bilan initial retrouvait une hyper éosinophilie importante (4920/mm^3) avec lymphopénie associés à un syndrome inflammatoire (CRP 320.78 mg/l). La PCR covid-19 était négative, l'hémoculture et l'ECBU étaient stériles. La TDM thoracique montrait une pneumopathie interstitielle diffuse de 75 % du poumon avec signes de surinfection. La biopsie cutanée décrivait un aspect de vascularite leucocytoclasique non spécifique. Le bilan immunologique retrouvait des Ac anti nucléaires positifs (1/160) à aspect moucheté, des ANCA et Ac anti-MPO positifs et un facteur rhumatoïde positif (323 UI/ml).
Le diagnostic de granulomatose éosinophile avec polyangéite a été retenu devant les critères diagnostics et le bilan immunologique positif.
Le patient a été pris en charge en milieu de réanimation et a bénéficié de bolus de corticothérapie pendant 3 jours et de deux bolus de cyclophosphamide.
L'évolution a été marquée par la bonne amélioration clinique et paraclinique.

Discussion :

La GEPA se distingue des autres vascularites à ANCA par un asthme cortico-dépendant d'apparition tardive et une hypereó sinophilie. Six critères diagnostics de l'ACR ont été décrits et quatre sont obligatoires : un asthme, une hyper éosinophilie sanguine supérieure à 10%, une multinévrite ou polyneuropathie, un infiltrat pulmonaire, une sinusite et une éosinophilie extravasculaire. Les particularités de notre cas résident dans la rareté de la GEPA, la présence des p-ANCA, particulièrement les pANCA-MPO et le tableau clinique brutal et bruyant. En effet, son incidence est estimée entre 0,11 et 2,66 nouveaux cas pour 1million d'habitants par an. Quant aux ANCA, ils sont positifs dans 1/3 des cas avec une spécificité pANCA-MPO positifs dans 30% à 40% des cas. Le tableau clinique est habituellement progressif et les lésions cutanées les plus fréquentes sont le purpura palpable et nécrotique (25% des cas) et les lésions urticariennes (9,9%). Le purpura est corrélé à un taux d'inflammation robuste et ainsi à une activité élevée de la maladie.

Le traitement repose sur les glucocorticoïdes, et/ou des immunosuppresseurs dans les formes sévères et réfractaires.

Conclusion :

La granulomatose éosinophilique avec polyangéite est une vascularite rare, touchant l'adulte jeune. Les manifestations dermatologiques sont caractéristiques de la phase vasculaire mais peuvent apparaitre en même temps ou à différents stades de la maladie.

11. L' hyperkératose livédoide palmo-plantaire, une des manifestations rare de lupus systémique : à propos d'un cas et revue de la littérature.

K.OUJENNANE[1.3], M.KOUBACH[1.3] , S.AMAL[1.3], O.HOCAR[1.3], A.OUAYAD[2.3], H.NASSIH[2.3] , I.AIT SAB [2.3] .
[1] service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech [2] service de pédiatrie B, CHU Mohammed VI , Marrakech
[3] Laboratoire Bioscience et santé , FMPM université Caddi Ayyad, Marrakech

Introduction :
Certaines manifestations cutanées du lupus systémique sont de diagnostic difficile en raison de leur rareté. C'est le cas de l'hyperkératose livédoïde palmoplantaire dont nous rapportons une observation. **Observation :** Un enfant de 13 ans, se présentait aux urgences pour des polyarthralgies inflammatoires d'allure chronique. L'examen clinique notait un érythème malaire en ailes de papillon et une hyperkératose livédoïde palmoplantaire apparue depuis plusieurs mois , jaunâtres douloureuses en regard des zones d'appui plantaire, considérée comme de l'eczéma. À l'interrogatoire, l'enfant rapporte la notion de photosensibilité.

La biologie montrait une anémie hypochrome microcytaire (hémoglobine à 10 g/dL), syndrome inflammatoire avec une VS à 88, la CRP était à 9 mg/L. La protéinurie était à 0,12 g/24 h, sans insuffisance rénale. Le bilan immunitaire montrait la présence de facteurs antinucléaires au 1/1280 homogènes et mouchetés, avec présence d'anti-ADN natif et d'anti-SSA et anti-SSB. Le CH50, et les fractions C3 et C4 étaient normaux. Un traitement par corticothérapie (2mg/kg/j) et antipaludéens de synthèse (6mg /kg/j) avec un traitement local a base de dermocorticoïde permettait une rapide résolution de l'ensemble de la symptomatologie.

Discussion : La littérature relève quelques cas d'hyperkératose palmoplantaire satellite de poussées de lupus systémique. Sur le plan clinique, en général les lésions hyperkératosiques sont douloureuses jaunâtres en regard des zones d'appui plantaire, volontiers fissuraires et ulcérées, avec un érythème livedoïde et télangiectasique .
L'histologie est non spécifique .le profil immunologique révèle la prédominance des anticorps anti-SSa .
La kératodermie palmoplantaire du lupus systémique est souvent récurrente au traitement de fond ou local.
La place des rétinoïdes oraux est alors discutée. **Conclusion :**
La KPP livedoïde lupique constitue une atteinte dermatologique rare et méconnue du LES, source d'errance diagnostique malgré une altération parfois sévère de la qualité de vie.

IMMUNO-ALLERGOLOGIE ET TOXIDERMIES

1. DRESS syndrome à la Ciprofloxacine compliqué de rhabdomyolyse

Mahdar.Y, Hali.F, Chiheb.S

Service de Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd **Introduction**

Le DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) est une toxidermie multisystémique rare mais grave, pouvant engager le pronostic vital. Plusieurs cas de DRESS induits par des antibiotiques sont décrits dans la littérature avec des caractéristiques clinico -biologiques spécifiques à chaque molécule.

Nous rapportons le cas d'un DRESS syndrome lié à la prise de la Ciprofloxacine et l'association Amoxicilline/Acide clavulanique et compliqué d'une atteinte musculaire, hépatique et rénale. **Observation :**

Patient âgé de 46 ans, ayant comme antécédents un psoriasis pustuleux suivi depuis 6 ans, une pustulose exanthématique aigue généralisée (PEAG) survenue il y a 5 ans suite à l'utilisation de plantes, une thyroïdectomie il y a 10 ans compliquée d'une hyperparathyroïdie iatrogène sous supplémentation , admis pour des lésions érythématosquameuses initialement localisées devenant généralisées 6 jours après la prise de l'association Amoxicilline/ Acide clavulanique avec notion de prurit et œdème du visage. Les lésions sont devenues plus étendues 3 jours après la prise de la Ciprofloxacine. L'examen clinique retrouve un patient fébrile à 38.6°, avec présence de lésions érythématosquameuses étendues > 90% de la SC, une kératose palmo-plantaire fissuraire et des adénopathies inguinales. Le bilan biologique a révélé un syndrome inflammatoire, une hyperéosinophilie, une rhabdomyolyse avec CPK et LDH élevées, hypocalcémie, hyperphosphatémie, PTH basse, bilan hépatique et rénal perturbés. Le score de Regiscar était à

6 en faveur d'un DRESS certain. Le patient a été mis ainsi sous soins locaux, hyperhydratation en IV et une corticothérapie orale avec amélioration clinique et biologique après une semaine.

Discussion Le DRESS syndrome est une réaction idiosyncrasique sévère résultant d'une interaction entre des médicaments et un virus chez un sujet susceptible. Plusieurs cas de DRESS induits par des antibiotiques ont été décrits, associés à un taux élevé d'hospitalisation de longue durée, une courte période de latence et un taux de mortalité élevée. Selon une étude rétrospective faite aux Etats-Unis, de 1980 à 2016, 74% des DRESS syndrome étaient induits par des

antibiotiques dont 23% sont des Bétalactamines et 4% des Fluoroquinolones. L'association des Pénicillines à une Béta-lactamase est plus pourvoyeuse de DRESS. Le DRESS syndrome a été rattaché rarement aux Fluoroquinolones. Les cas rapportés étaient dus à la Ciprofloxacine, Moxifloxacine et la Lévofloxacine . Le délai court est caractéristique, entre 2 et 10 jours, comme c'est le cas chez notre patient.

Les manifestations viscérales déterminent la sévérité du DRESS. L'atteinte hépatique est la plus fréquente . L'atteinte musculaire est rare. Quelques cas ont été décrits dans la littérature liés aux Fluoroquinolones notamment la Ciprofloxacine et la Moxifloxacine . Un des mécanismes d'action potentiel est l'inhibition des cytochromes P-450, enzymes clés de nombreux métabolismes médicamenteux.

L'association du DRESS syndrome au Psoriasis n'est pas commune. Le DRESS ainsi que la PEAG sont plutôt des diagnostics différentiels du psoriasis pustuleux généralisé vue le tableau clinique similaire.

Conclusion

Le DRESS syndrome est une toxidermie multi systémique caractérisée par son polymorphisme clinique. Le diagnostic précoce et l'arrêt du médicament imputable sont les étapes clés de la prise en charge. Plusieurs médicaments peuvent en être responsables, dont les antibiotiques. Ces derniers entrainent des atteintes viscérales plus graves que les autres médicaments engageant ainsi le pronostic vital, d'où l'intérêt de les utiliser d'une manière prudente et raisonnée.

2. Un eczéma de contact bulleux au sparadrap

S.Bouabdella 1 ; K.Kaddar 1 ;S.Dikhaye 1,2; N.Zizi 1,2 .

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.

Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

Les pansements adhésifs médicaux sont largement utilisés en médecine hospitalière et ambulatoire [1]. Ils sont souvent commercialisés en tant que matériaux "hypoallergéniques" [2]. Cependant, ils peuvent être une source de dermatite de contact allergique. Nous décrivons ici un cas de dermatite de contact allergique (DCA) dues à ces pansements.

Observation :

Une femme de 52ans, suivie pour un cœur pulmonaire chronique, a présenté une éruption cutanée prurigineuse depuis une semaine au niveau de la face antérieure du bras droit (Figure 1). Les lésions cutanées sont apparues au site de la mise en place d'un ruban adhésif (Figure 2) pour fixer la voie veineuse périphérique. Le sparadrap a été collé au niveau du dos de la patiente et a donné une réaction positive faite d'érythème et de prurit (Figure 3). La patiente a été

traitée par des dermocorticoïdes et lavage quotidien avec de la Chlorhexidine avec une bonne amélioration. Il a été conseillé à la patiente d'éviter l'utilisation de ce type de pansements.

Discussion :

Il existe dans la littérature peu de rapports décrivant des dermatites de contact allergiques (DCA) prouvées dues à des bandages adhésifs médicaux [1]. La fréquence des DCA causées par les adhésifs et les pansements médicaux modernes est probablement sous-estimée [2].

Il est difficile d'obtenir des informations de la part des fabricants concernant leur composition et donc impossible d'effectuer des tests avec les substances sensibilisantes [2]. Les acrylates et méthacrylates, présents dans ces pansements, sont les plus incriminés [2]. Ce sont des monomères de résine acrylique présents dans différents matériaux, tels que les cosmétiques pour ongles, les matériaux dentaires, les encres d'imprimerie et les pansements adhésifs [2].

Ils sont responsables de réactions allergiques, telles que la dermatite et la stomatite, avec des sources nouvelles et émergentes entraînant une modification des présentations cliniques [3]. Mais, ils sont bien connus pour leurs schémas de réactivité croisée, étant capables de provoquer des réactions positives multiples. Ce qui explique que les tests épicutanés avec une série étendue sont souvent considérés comme inutiles [2]. Il est absolument nécessaire d'étiqueter tous les composants des pansements adhésifs sur leur emballage et d'éviter certaines molécules sensibilisantes [4]. Malheureusement, les entreprises respectives ne fournissent pas de telles informations, même lorsqu'elles sont demandées dans des cas spécifiques de dermatite de contact [2].

Conclusion :

La DCA doit être évoquée chez tout patient présentant des réactions eczémateuses ou un retard de cicatrisation après l'utilisation de pansements ou d'adhésifs. Cependant, l'identification de l'allergène responsable est entravée par le manque de coopération des producteurs, de sorte qu'un étiquetage adéquat des dispositifs médicaux est une nécessité urgente.

3.Une phytothérapie 'anticancéreuse' induisant un érythème pigmenté fixe

S.Aouali (1); S. Bouabdella (1) ; K.Sof (1); S.Sefraoui (1) ; S.Dikhaye (1,2) ; N.Zizi (1,2)

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

(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier

Introduction :

L'érythème pigmenté fixe (EPF) est une toxidermie caractérisée par une éruption récurrente laissant place à une pigmentation résiduelle[1]. Bien que l'origine médicamenteuse soit la plus fréquente, elle n'est décidément pas exclusive. Nous rapportons le cas d'un EPF induit par une plante médicinale.

Rapport de cas :

Une patiente âgée de 51 ans, suivie depuis 4 ans pour un cancer du sein gauche ayant bénéficié d'une mastectomie avec curage ganglionnaire axillaire et une radio-chimiothérapie, actuellement déclarée guérie avec surveillance régulière. Elle avait consulté pour 2 lésions prurigineuses axillaires et au niveau de la cicatrice de la mastectomie, évoluant depuis 2 semaines avant sa consultation.

L'examen clinique avait objectivait 2 lésions maculeuses arrondies, non infiltrées, rouges brunes, à surface légèrement squameuses, siégeant au niveau de la partie interne de la cicatrice de la mastectomie et au niveau axillaire gauche.

Une biopsie cutanée a été effectué, ayant montré une hyperkératose orthokératosique siège de corps apoptotiques et une vacuolisation de la lame basale, avec une incontinence pigmentaire dermique associée à un infiltrat inflammatoire lymphohistiocytaire périvasculaire évoquant un érythème pigmenté fixe.

L'interrogatoire n'avait révélé aucune prise médicamenteuse précédant la symptomatologie cutanée. Une enquête plus poussée avait permit de découvrir la prise, 2 jours avant l'apparition des lésions, d'une plante nommée Aquilaria Malaccencis communément connue pour ses vertus anticancéreuses, en croyant que cette plante permettra de prévenir une récidive de son cancer mammaire.

Le diagnostic d'EPF à Aquilaria Malaccencis a été retenu sur des critères cliniques, histologiques et chronologiques.

Les lésions avaient bien évolué après arrêt de la prise de la plante et corticothérapie locale.

Discussion :

Aquilaria Malaccencis est une plante de la famille des Thyméléacées. Elle est largement utilisée en médecine traditionnelle en tant qu'un traitement anti-cancéreux[2].

L'EPF était considéré pour longtemps comme une dermatose de cause spécifiquement médicamenteuse. Les AINS en étaient les principaux médicaments inducteurs.

Les phytothérapies sont rarement incriminées dans l'induction d'un EPF. A notre connaissance, seule une dizaine de cas d'EPF suite à la prise de plantes a été rapporté, notamment l'EPF au Serenoa Repens utilisé dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate[3].

La médecine traditionnelle est un domaine non règlementé. L'usage de phytothérapies expose à plusieurs dangers. D'autant plus que les composants, les dosages et les profils de sécurité ne sont pas étudiés pour la grande majorité des plantes médicinales.

Conclusion :

La phytothérapie est largement utilisée dans notre société, et ses dangers restent toujours sous estimées. L'anamnèse policière est la pierre angulaire du diagnostic des toxidermies. Compte tenu de notre contexte, il est raisonnable de toujours garder en tête une origine botanique des toxidermies.

3. Un Syndrome de babouin a l'acide salicylique

Sabrina oujdi, Zakia Douhi, Siham Boularbah , Hanane Baybay , Sara Elloudi, Fatima Zahra Mernissi
Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction

Le syndrome de Babouin est une toxidermie rare qui doit son nom à la coloration rose des fesses des babouins qui rappellent la présentation clinique de cette toxidermie

L'étiologie est médicamenteuse dans la majorité des cas, des syndromes de babouin de cause infectieuse (parvovirus b19 et streptocoque) ont était publié dans la littérature (1)

Les médicaments en causes sont le plus fréquemment les betalactamines ; nous rapportons une observation originale d'un syndrome de babouin après prise orale d'acide salicylique

Observation

Patiente de 76ans ; suivie pour des crises d'hypotension depuis 14 ans sous étilefrine, thyroïdectomie il y'a 6 ans sous hormone thyroïdienne ; a présenté une éruption érythémateuse prurigineuse au niveau de la région génito-fessiere étendu en quelques jours aux plis de flexion et des jambes de façon symétrique 4jours après la prise d'acide salicylique pour des céphalées.

Le bilan biologique a retrouvé une anémie normochrome normocytaire une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile sans éosinophilie avec un bilan rénal et hépatique correct.

La patiente a été mise sous traitement par antihistaminiques. L'évolution était favorable après 15 jours.

Discussion

Le syndrome Babouin récemment renommé Symmetrical DrugReladed Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE) est une forme rare de toxidermie. Il a été décrit à l'origine comme une éruption des plis survenant après une sensibilisation topique suivie d'une exposition systémique à certaines substances, principalement le mercure. Depuis, d'autres causes ont été évoquées à l'origine du même type d'éruption : allergie aux métaux, médicaments et plus rarement les infections, dont la primoinfection par le parvovirus B19

Chez notre patiente le diagnostic de syndrome de babouin a était retenu sur les critères suivants :

- une exposition systémique à un médicament ;
- un érythème bien limité de la région péri-anale et fessière et érythème en V des régions inguinales et péri-génitales ;
- une atteinte d'au moins un autre pli ;

• une symétrie des zones atteintes ;
• une absence de symptôme ou de signe systémique

De nombreux médicaments ont été incriminés dans la survenue de SDRIFE, comme la risperidone, l'héparine, les immunoglobulines, les corticoïdes, les produits de contraste iodés et plus récemment le cetuximab.
L'évolution est spontanément favorable en une à deux semaines à l'arrêt de la molécule en cause

Conclusion

A notre connaissance l'acide salicylique n'a pas était décrit auparavant comme cause de syndrome de babouin.

5. Dress syndrome à la carbamazepine avec réactivation à l'Epstein Barr Virus

Sokaina Chhiti, Zakia Douhi, Imane Kacimi Alaoui, Fatima zahra Hashas, Sara Elloudi, Hanane Baybay Fatima Zahra Mernissi, dermatologie CHU HASSAN II Fès Maroc.

Introduction :

Le rash médicamenteux avec éosinophilie et symptôme systémique (DRESS syndrome) est une toxidermie grave, le plus souvent associée à la carbamazépine ainsi que d'autres médicaments. Sa physiopathologie s'est éclairée par la mise en évidence de réactivations de virus du groupe Herpès.

Observation :

Patiente âgée de 19 ans, hospitalisée pour éruption érythémateuse prurigineuse diffuse avec œdème du visage évoluant 1 mois après la prise de carbamazépine pour une crise d'épilepsie, l'examen trouvait une patiente apyrétique avec un exanthème maculopapuleux diffus avec un érythro-oedeme du visage associé à un purpura déclive. Le bilan sanguin montrait une cytolyse hépatique, une éosinophilie, une biopsie cutanée objectivait un infiltrat inflammatoire riche en polynucléaire neutrophile et éosinophile, la déclaration à la pharmacovigilance a incriminé la carbamazépine. La patiente est mise sous dermocorticoïde avec arrêt du médicament, 2 jours après, elle a présenté une fièvre à 39°C avec une otite mise sous amoxicilline avec aggravation de l'exanthème et apparition d'une basophilie avec une monocytose, aggravation de la cytolyse hépatique, hémoculture négative et sérologie CMV négative et MNI test positif et sérologie EBV positive, les sérologies des hépatites virales étaient négatives. La patiente a été mise sous antihistaminiques, dermocorticoïde, arrêt de l'amoxicilline avec une bonne amélioration clinique et biologique au bout d'une semaine.

Discussion :

Dans notre cas, le délai, la clinique, la biologie et la réactivation virale du EBV et l'aggravation par l'amoxicilline, était en faveur de syndrome de Dress.
Plusieurs arguments existent pour considérer le syndrome DRESS comme une maladie principalement virale induite par un médicament sur un terrain de prédisposition génétique non encore déterminé : une similitude entre le tableau clinico-biologique du DRESS et des infections aux virus Herpès, une mise en évidence d'une réactivation virale, une possible action immunomodulatrice des médicaments associés au DRESS, favorisant la réactivation virale ainsi qu'une réponse lymphocytaire T dirigée contre les antigènes viraux avec un profil du répertoire T proche de celui observé dans les infections à EBV. Certains auteurs considèrent que la réactivation virale est la conséquence de la réponse immunitaire T dirigée contre le médicament causal.
La prise en charge du DRESS a pour objectif la surveillance et l'éventuel contrôle de cette réponse immune. Dans certains cas, aucun traitement n'est nécessaire.
L'amoxicilline peut être responsable d'un Dress syndrome mais peut surtout l'aggraver en l'absence d'allergie antérieure aux betalactamine

Conclusion :

Il s'agit d'une entité imprévisible nécessitant une prise en charge immédiate à savoir l'arrêt du médicament en cause, le monitoring du patient, la recherche d'une réactivation virale et la notification à la pharmacovigilance.

6. Syndrome de lyell : dermatose exceptionnelle du nourrisson.

El ammari.S , Baybay.H, Bouraqqadi.O, Moumna.R, Elloudi.S, Douhi.Z, Mernissi.FZ. Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès.

INTRODUCTION :
Le syndrome de lyell est une réaction cutanée sévère, potentiellement mortelle, généralement d'origine médicamenteuse, rare chez la population pédiatrique. Nous en rapporterons un cas inhabituel.

OBSERVATION :
Il s'agit d'un nourrisson de 9 mois, suivi pour épilepsie post hydrocéphalie congénitale. Il a présenté 5 jours avant son admission, une éruption cutanée prurigineuse avec apparition de lésions liquidiennes 48h plus tard au niveau des membres inférieurs et du visage, suite à sa mise sous Valproate de sodium et Carbamazépine avec un délai d'un mois pour le premier et de 15 jours pour le deuxième. L'examen général retrouvait un nourrisson apyrétique. L'examen dermatologique objectivait de multiples vésiculo-bulles et phlyctènes au niveau des jambes, des cuisses et des joues avec un signe de Nikolsky positif et un exanthème maculo-papuleux sur le reste du corps. La surface cutanée atteinte était estimée initialement à 25%. On a noté également une atteinte de la muqueuse oculaire, buccale et génitale. Après son hospitalisation, le bilan biologique a objectivé une créatine phosphokinase (CPK) à 3 fois la normale, une CPK mb à 5 fois la normale avec une CRP à 33 mg/l et une procalcitonine négative. La biopsie cutanée n'a pas été réalisée. Les deux médicaments ont été arrêtés immédiatement remplacés par le Lévétiracétam et Clobazam. Le lendemain la surface cutanée décollée s'est étendue arrivant à 35%. Le diagnostic de syndrome de Lyell a été retenu. Le nourrisson a été mis sous réhydratation avec ration de base, Josamycine, soins locaux, des dermocorticoïdes au niveau des lésions cutanées, une crème cicatrisante au niveau des lésions muqueuses et un antihistaminique. L'enquête pharmacologique a mis en évidence l'imputabilité du traitement par la carbamazépine. L'évolution était favorable avec régression des lésions sans apparition de complication à court terme comme les synéchies.

DISCUSSION :
Le syndrome de lyell est une affection grave, caractérisée par un décollement cutané de plus de 30 % de la surface corporelle, avec atteinte muqueuse sévère. Il est considéré comme une réaction d'hypersensibilité à de nombreux types de médicaments, principalement les anticonvulsivants, les antibiotiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les infections en particulier par le *Mycoplasma pneumoniae* peuvent également agir comme des cofacteurs potentiels chez les population pédiatriques. Une biopsie cutanée n'est pas toujours requise pour le diagnostic chez l'enfant de bas âge et lorsque le diagnostic est évident, montre une nécrose épidermique complète. Le traitement repose sur l'arrêt immédiat du médicament en cause, une admission rapide en unité de soins intensifs et sur les soins locaux. Le traitement spécifique chez l'enfant est controversé avec un manque d'essais cliniques et comprend les corticoïdes systémiques et les immunoglobulines intraveineuses. Les séquelles sont souvent liés à une atteinte muqueuse, principalement oculaire.

CONCLUSION :
Le syndrome de Lyell du nourrisson est une affection cutanée rarissime, mettant en jeu le pronostic vital. Le taux de mortalité est plus faible par rapport à l'adulte avec un taux plus élevé de complications à long terme.

7. Syndrome Babouin induit par l'ocytocine de synthèse : premier cas rapporté

S.Ibzer, I.Bahbouhi, O.Hocar, S. Amal

Dermatologie-vénérologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Laboratoire de bioscience et santé FMPM Marrakech, Maroc

Introduction
Le syndrome Babouin d'origine médicamenteuse ou Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE) est une forme rare de toxidermie .Le SDRIFE est le plus souvent observé après une exposition aux antibiotiques tels que la pénicilline et les céphalosporines.
Nous rapportons le premier cas de SDRIFE induit par l'administration d'ocyctocine de synthèse chez une patiente de 26 ans.

Observation :

Une femme âgée de 26 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultait pour une éruption érythémateuse prurigineuse apparue 10 jours après l'accouchement par voie basse. Il s'agissait d'une éruption maculo-papuleuse siégeant de façon symétrique au niveau des fesses, bas du dos et des plis inguinaux. Il n'y avait pas d'atteinte muqueuse. La patiente était apyrétique, en bon état général, et l'examen somatique n'a pas montré d'adénopathies cervicales ni d'œdème de la face. L'interrogatoire retrouve la notion de la même éruption cutanée développée après son premier accouchement. Lors des deux accouchements, l'ocytocine de synthèse a été administré pour déclencher le travail.

Devant ce tableau clinique, le diagnostic de syndrome Babouin d'origine médicamenteuse ou SDRIFE induit par l'administration d'ocytocine était évoqué. La patiente était mise sous dermocorticoïdes avec bonne évolution clinique.

Discussion

Le syndrome Babouin a été décrit en 1984 comme une éruption cutanée qui par son aspect clinique rappelait la région fessière, rouge, du babouin. La nomenclature a évolué et c'est le terme de SDRIFE qui est retenu. C'est une toxidermie rare, caractérisée par l'apparition de placards érythémato- papuleux symétriques des fesses, de la face interne des cuisses et des plis de flexion survenant après l'administration systémique d'un médicament ou l'ingestion d'un allergène chez des patients préalablement sensibilisés. Les médicaments les plus fréquemment incriminés sont les B-lactamines, en particulier l'amoxicilline. L'ocytocine de synthèse est une molécule de constitution et de propriétés pharmacologiques identiques à celles de l'hormone ocytocique post-hypophysaire naturelle. C'est une molécule largement utilisé dans le déclenchement du travail, dans la prévention et le traitement des hémorragies du postpartum. A notre connaissance, notre observation parait être le premier cas rapporté de SDRIFE secondaire à l'administration d'ocyctocine.La pathogénie exacte du SDRIFE reste inconnue, on suppose qu'elle est associée à une réponse immunitaire d'hypersensibilité retardée de type IV. La prise en charge du SDRIFE repose sur l'arrêt du médicament incriminé. Des corticoïdes topiques ou systémiques peuvent être utilisés pour accélérer la guérison. L'évolution est spontanément favorable en une à deux semaines à l'arrêt de la molécule en cause.

Conclusion

Compte tenu de l'utilisation généralisée de l'ocytocine dans le déclenchement du travail, il est important que les professionnels de santé surveillent ses manifestations dermatologiques rares, mais cliniquement significatives. Notre observation suggère que le sdriffe doit être envisagé en cas d'éruption des plis chez les patientes sous ocytocine.

8. Syndrome de Stevens Johnson chez une patiente suivie pour Lymphome Hodgkinien scléronodulaire sous Chimiothérapie

H. Jabri ; F. Hali ; F. Marnissi ; S. Chiheb
Service de Dermatologie et Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : Le syndrome de Stevens-Johnson ou nécrolyse épidermique toxique (SSJ/NET) est une complication rare et potentiellement mortelle des traitements antinéoplasiques. Ici, nous rapportons le cas d'une jeune patiente suivie pour lymphome hodgkinien scléronodulaire qui a présenté un syndrome de Stevens Johnson après cure de chimiothérapie.
Observation médicale : C'est une patiente âgée de 16 ans, suivie depuis 1 an pour un lymphome hodgkinien scléronodulaire évolutif avec atteinte ganglionnaire sus diaphragmatique, infiltration du parenchyme mammaire gauche avec atteinte pleural et ostéomédullaire diffuse classant la patiente Deauville 5. La patiente avait reçu auparavant 6 cures de chimiothérapie : 2 cures OEPA (oncovine, étoposide, adriamycine et prednisone) et 4 cures COPDAC (cyclophosphamide, vincristine, prednisone et dacarbazine). Après son hospitalisation pour cure de chimiothérapie (Gemcitabine, Vinorelbine, Bendamustine et prednisolone), la patiente a présenté à J8 post chimiothérapie un placard inflammatoire en regard du sein et membre supérieur gauches surmonté de lésions bulleuses et décollement par endroit intéressant moins de 10% de la surface corporelle, sans atteinte muqueuse ni adénopathies ni fièvre. Après avoir éliminé une cause infectieuse, une biopsie cutanée fut réalisée et a confirmé le diagnostic de toxidermie. La cure de chimiothérapie a été arrêtée avec mise en place de soins locaux quotidiens et bonne évolution clinique. L'étude de l'imputabilité a révélé un score d'I5B4 pour la Gemcitabine et la Bendamustine et un score I3B4 pour la Vinorelbine.

Discussion : Le syndrome de Stevens Johnson est une toxidermie caractérisée par une éruption bulleuse évoluant vers un décollement cutané atteignant moins de 10% de la surface corporelle avec atteinte fréquente des muqueuses. Les médicaments les plus incriminés sont les antibiotiques, les anticonvulsivants et les antalgiques. Plusieurs traitements antinéoplasiques ont été mis en cause dans le SSJ, notamment les agents alkylants, le méthotrexate, la thalidomide, docétaxel, mithramycine, doxorubicine et la L'asparaginase. A notre connaissance, les cas de SSJ secondaires à la Gemcitabine, Vinorelbine ou la Bendamustine ont été rarement rapportés dans la littérature.

9. Toxidermie lichénoide induite par carbazepine

S. Faras, H. Douma, O. HOCAR, S.AMAL
Dermatologie, CHU Mohammed VI de Marrakec , Laboratoire bioscience et santé , Faculté de Médecine de Marrakech, Université Cadi Ayyad , MARRAKECH, Maroc **Introduction :**

La toxidermie lichénoide est une réaction cutanée d'origine médicamenteuse, son aspect clinique et histologique est identique à celui du lichen plan idiopathique, et constitue le principal diagnostic différentiel

Nous rapportons un cas de toxidermie lichénoide chez un patient traité par carbamazepine pour une épilepsie idiopathique

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 52 ans, ayant comme antécédents une épilepsie idiopathique traité par carbamazepine, le patient a présenté 2 mois après l'introduction de ce traitement des plaques hyper pigmentées, kératosiques très prurigineuses, siégeant sur les grands plis et sur le dos, l'abdomen, le visage, les membres surmontées de légères squames blanchâtres

Une biopsie cutanée a été réalisée objectivant une hypergranulose avec une kératose orthokératosique, la couche basale est vacuolisée par endroit, la jonction dermo épidermique est siège d'un infiltrat inflammatoire modérée essentiellement mononuclée, associé à une incontinence pigmentaire en faveur de lichen pigmentogène.

Le patient avait été traité par des dermocorticoïdes initialement sans amélioration, puis un changement de classe thérapeutique de la carbamazepine a été effectué, le prurit a disparu et les lésions cutanées ont blanchit suggérant ainsi le diagnostic de toxidermie lichénoïde induite par la carbamazepine

Discussion :

La carbamazepine est une drogue ayant des propriétés GABA-nergiques et bloqueur des récepteurs du N-méthyl D-aspartate (NMDA), utilisée dans le traitement d'épilepsie, et des névralgies du trijumeau, Il est utilisé aussi pour le traitement des symptômes de l'abstinence d'alcool et la prophylaxie de la manie. Cette molecule est responsable de ce type de lésion par une hypersensibilité de type IV (1), Les cellules T cytotoxiques peuvent sécréter du TGF-a qui déclenche l'apoptose des kératinocytes chez 2% à 8% des patients.

Le délai d'apparition varie de 2 mois à 3 ans selon le type de médicament, sa posologie, et la réaction de chaque patient.

Cliniquement et histopathologiquement, la toxidermie lichénoide est similaire au lichen plan idiopathique, ce qui rend difficile son diagnostic différentiel, étant donné qu'il n'existe pas de test spécifique pour faire la part entre les deux, le critère le plus accepté est basé sur l'observation de l'amélioration ou de la disparition des lésions après l'arrêt de la médication, et la réapparition des lésions lorsque le médicament est réintroduit(2).

Dans notre observation, le patient n'avait aucun antécédent dermatologique, et ne prenait aucun traitement à part la carbamazepine, l'apparition des lésions lichénoïdes deux mois après le début du traitement par la carbamazepine, et la régression des manifestations à l'arrêt du traitement(3), sans autre mesure thérapeutique, était compatible avec le diagnostic de toxidermie lichénoïde **Conclusion :**

La toxidermie lichénoide est une éruption médicamenteuse assez rare, le diagnostic n'est pas évident du faite de l'absence de critère cliniques ou histologique qui la distinguent du lichen plan idiopathique, La suspicion clinique de la de la présence d'une réaction lichénoïde est renforcée par un historique approprié des medicaments

12. Toxidermie lichénoïde induite par le métronidazole.

El Arabi Y[1], El Fetoiki F.Z[1], Filali H[2], Dahbi Skali H[1], Hali F[1], Chiheb S[1].
[1]Service de dermatologie, centre hospitalier universitaire Ibn Rochd de Casablanca, Maroc.
[2]Service de pharmacologie et de toxicologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca, Maroc.

Introduction :

Les toxidermies lichénoïdes sont une forme rare de toxidermie pouvant être secondaire à la prise de plusieurs médicaments. Nous rapportons le cas d'une toxidermie lichénoïde induite par le métronidazole. Observation :

Un patient de 28 ans, sans antécédent pathologique particulier, consultait pour une éruption prurigineuse diffuse évoluant depuis 48 heures, apparue une semaine suite à une automédication au métronidazole. L'examen dermatologique trouvait des lésions maculo-papuleuses érythémateuses, violacées et lichénoïdes par endroit, au niveau du tronc, des membres et du visage, sans atteinte muqueuse. La numération formule sanguine, le bilan hépatique et le bilan rénal étaient normaux. La biopsie cutanée était en faveur d'une toxidermie lichénoïde montrant un épiderme acanthosique orthokératosique et papillomateux avec spongiose et exocytose leucocytaire discrète. Le derme superficiel était fibro-oedémato-congestif renfermant un endothélium turgescent et un infiltrat inflammatoire périvasculaire fait de lymphocytes, d'histiocytes et de neutrophiles avec extravasation des hématies, d'hémosidérine, et de mélanine. L'enquête de pharmacovigilance incriminait le métronidazole. Le patient a été mis sous dermocorticoïdes et antihistaminiques avec bonne évolution. Discussion : Les réactions cutanées suite à la prise du métronidazole se présentent souvent sous la forme d'exanthèmes maculopapuleux simples, d'urticaires, et de Dress syndromes. Aucun cas de toxidermie lichénoïde due au métronidazole n'a été rapporté. Les toxidermies lichénoïdes ont une présentation clinique polymorphe associant des lésions lichénoïdes, eczématiformes voire psoriasiformes. Elles sont généralement induites par les anti-hypertenseurs, les diurétiques et les anti-inflammatoires non-stéroïdiens. L'évolution est rapidement favorable, contrairement au lichen plan classique, à l'arrêt du médicament avec traitement symptomatique (dermocorticoïdes, antihistaminiques, voire corticothérapie orale ou photothérapie).

11. Toxidermie lichénoïde induite par le vaccin Oxford-AstraZeneca contre la COVID-19 : Nouvelle observation

ABBOUR ANASS, Pr HALI FOUZIA, Pr CHIHEB SOUMIYA.
Service de dermatologie et de vénérologie, CHU IBN ROCHD, CASABLANCA.

Introduction : Depuis que la pandémie COVID-19 s'est déclarée, plusieurs manifestations cutanées liées au virus ont été décrites : Para-virales, vésiculeuses et vasculitiques. Et avec l'avènement rapide des vaccins contre ce virus, de multiples effets indésirables cutanés associés aux vaccins ont été de plus en plus rapportés. Il s'agit principalement d'érythème au site d'injection, de syndrome de Dress, d'érythème noueux et des éruptions exfoliatives. Par ailleurs, les éruptions lichénoïdes ont été exceptionnellement rapportées.

Observation : Patient de 67 ans ayant comme antécédent une allergie à la pénicilline et n'ayant aucune notion de prise médicamenteuse récente, avait présenté trois jours après l'administration de la deuxième dose du vaccin antiCOVID-19 Oxford-AstraZeneca une éruption cutanée prurigineuse au niveau de la cuisse droite, les avant-bras, le tronc et le cou. L'examen dermatologique avait objectivé la présence de papules et de plaques érythémato- violacées sur la face externe de la cuisse droite, des avant-bras, du cou et du thorax, surmontées de squames et hyperpigmentées par endroit. Aucune atteinte muqueuse n'a été retrouvée. Une biopsie cutanée a été réalisée et les résultats histopathologiques ont révélé un aspect lichénoïde avec un épiderme papillomateux et parakératosique, avec de rares corps apoptotiques ainsi qu'une exocytose de polynucléaires éosinophiles, avec au niveau du derme un infiltrat périvasculaire inflammatoire lichénoïde. Le patient a été traité symptomatiquement par dermocorticoïde et antihistaminique

Discussion : Avec l'avènement du vaccin anti-COVID-19, des manifestations post-vaccinales sont de plus en plus rapportées. L'éruption lichénoïde chez notre patient nous a fait discuté un lichen induit par le vaccin ou une toxidermie lichénoïde mais le délai d'apparition, l'aspect clinico-histologique ainsi que l'évolution favorable sous traitement symptomatique étaient en faveur d'une toxidermie lichénoïde. A notre connaissance, ce type de réaction a été rapporté avec le vaccin anti-COVID-19 Sinopharm. Par contre, c'est le 1er cas notifié avec le vaccin anti-COVID19 Oxford-AstraZeneca. L'éruption déclenchée 3 jours après la deuxième dose, plaide en faveur d'un phénomène de sensibilisation.

Conclusion : Nous espérons que notre cas contribuera à sensibiliser les cliniciens aux éruptions cutanées atypiques liées aux vaccins anti-COVID-19, compte tenu de l'impérieuse nécessité d'utiliser ces vaccins.

12. Toxidermie aux antibacillaires : intérêt de la désensibilisation à propos de 12 cas

C.Marmech, F.Hali, S.Chiheb

Service de Dermatologie vénérologie CHU Ibn Rochd ; Casablanca ; Maroc

Introduction :

Les antituberculeux sont pourvoyeurs de toxidermie variant d'un simple rash aux dermatoses sévères. Leur usage combiné rend difficile la conduite à tenir. A travers une série de 12 cas, nous rapportons l'intérêt de la désensibilisation lors de la toxidermie aux antibacillaires.

Patients et méthode :
Notre étude est menée dans le Service de Dermatologie du CHU de Casablanca entre 2004 et 2021, ont été inclus tous les patients ayant présenté une toxidermie au traitement de première ligne combiné en bi (3cas)ou en quadrithérapie (9cas).Un arrêt du traitement était préconisé chez tous les patients. **Résultats :**

Il s'agit de 12 patients d'âge moyen de 40 ans traités pour une tuberculose ganglionnaire (4cas), pleuropulmonaire(3cas), urogénitale(1cas), méningée (2cas), pluriforacle (1cas) et péritonéale (1cas).Il y avait 4 femmes et 8 hommes. Six patients avaient un DRESS syndrome confirmé et Cinque avaient un Rash maculopapuleux et un cas présentait une érythrodermie. La sérologie VIH était négative dans 10 cas. Les patch tests étaient réalisés dans 2 cas. Le premier a objectivé une multisensibilisation et le deuxième a développé une érythrodermie en 48h après contrindiquant la réutilisation du patch.
L'évolution était favorable ,sans réaction cutanée,chez 3 patientes ayant reçu les antibacillaires combinés à la fois.Ils ont donc continué leur traitement.
Trois patients ont rechuté avec récidive du DRESS Syndrome dès la 2ème dose.Ils étaient adressés pour traitement de deuxième intention. Les 5 patients ayant reçu les antibacillaires un par un, ont présenté un rash maculo papuleux en moyenne au troisième jour de réintroduction, puis après guérison, ils ont reçu le protocole de désensibilisation des antituberculeux à la fois avec augmentation de 1/16ème de la dose par jour, qui s'est déroulée sans incidents.

Discussion :
La désensibilisation aux médicaments est une procédure à haut risque, qui consiste à induire un état provisoire de tolérance à un agent causant une réaction d'hypersensibilité.

Malgré les diverses tentatives de désensibilisation rapportées dans la littérature avec un taux de succès satisfaisant, le protocole de désensibilisation orale aux antibacillaires n'est pas encore consensuel.

Cette série souligne l'efficacité de la désensibilisation par introduction des antituberculeux à la fois ce qui est en concordance avec les données de la littérature ,toutefois, on note l' échec du protocole de réintroduction de molécules séparées contrairement aux données de la littérature qui soulignent un taux de réussite de 82% pour la rifampicine et 75% pour l'isoniaside.

Conclusion :
La désensibilisation orale graduelle par combinaison des antibacillaires à la fois est une approche efficace qui semble meilleure que la désensibilisation successive à chaque molécule séparément.

13. Un cas d'une dermatite de contact allergique inhabituelle

N.BENNOUNA, F.Z ELFETOIKI, F.HALI, H.Skalli, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc.

Introduction :
Les pansements adhésifs médicaux sont très largement utilisés en médecine, Cependant, il existe peu de publications rapportant une dermatite de contact allergique prouvée aux pansements adhésifs.
Nous rapportons l'observation d'une patiente de 30 ans présentant un cas de dermatite allergique de contact aux sparadraps.

Observation :
Une femme de 30 ans était admise pour leucémie myéloïde aiguë et a présenté au cours de son hospitalisation une sensation de brûlure 24 heures après l'application de sparadrap sur la face dorsale de l'avant-bras suite a un prélèvement sanguin.
L'examen clinique a montré un placard érythémateux œdématié, surmonté de bulles, confiné au site de contact situé à la face dorsale de l'avant-bras droit, ainsi que deux plaques hyperpigmentées cicatricielles suite à un épisode similaire au site d'une ponction médullaire sternal et à la face dorsale de la main droite.
Des patch-tests ont été réalisés en utilisant la série standard européenne, et une réaction érythémato-papuleuse positive à la colophane correspondant à «++» a été observée après 48 heures. Après 96 heures une intensification de la réaction accompagnée d'un œdème local avec vésicules a été retrouvée au site du test pour la colophane et était estimée à «+++».

Des corticoïdes topiques ont été prescrits avec soulagement des symptômes et disparition complète des lésions dans les 10 jours.

Discussion :
Malgré leur utilisation fréquente, les réactions allergiques aux sparadraps ne sont pas rares et peuvent prendre une apparence trompeuse, pour cela un patch test à la colophane doit être envisagé en cas de dermatite de contact allergique. Notre objectif est de mettre en évidence cette dermatite allergique de contact liée à la colophane présente dans l'adhésive du sparadrap, afin qu'elle puisse être reconnue et traitée principalement par l'éviction ou la réduction de l'exposition à l'allergène une fois le diagnostic confirmé.

14. Une pustulose exanthématique aigue généralisée induite par la Flucloxacilline

H.Ragragui Ouasmin[1]; H.Daflaoui[1]; S.Dikhaye[1,2] ; N.Zizi[1,2]
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda
2Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction:
La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une toxidermie rare et grave [1], caractérisée par l'apparition rapide d'un érythème généralisé, d'un œdème et de pustules non folliculaires [3]. Nous rapportons un cas de PEAG induite par la Flucloxacilline avec une évolution spontanément favorable après arrêt du médicament responsable.

Observation : C'est une patiente âgée de 66 ans, opérée pour fracture per trochantérienne droite avec mise en place d'un clou Gama. Elle a été traitée par Flucloxacilline 500mg*3/j. L'examen clinique a objectivé la présence de multiples plaques et placards érythémateux, morbiliforme, mal limités parsemé de multiples pustules non folliculaires, en tête d'épingle siégeant au niveau des plis axillaires, sous mammaires, inguinaux, dos, membres supérieurs et au niveau du visage occupant 50 % de la surface cutanée, sans atteinte muqueuse, évoluant 72h après la prise du Flucloxacilline (Figure 1, 2 et 3).
Le bilan a objectivé une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles avec une hyperoesinophilie. La fonction rénale et hépatique était normale. La biopsie cutanée a objectivé des pustules sous-cornées avec des foyers de nécrose kératinocytaire et des infiltrats de polynucléaires neutrophiliques, de lymphocytes et de polynucléaires éosinophiles. L'évolution était favorable après l'arrêt du Flucloxacilline. La durée totale d'évolution des lésions cutanées était de 10 jours.

Discussion :
La PEAG est une toxidermie rare, dont l'incidence est estimée de un à cinq patients par million d'habitants/année, avec une prédilection féminine [5]. L'éruption dans la PEAG classique est caractérisée par un érythème œdémateux, parsemé de pustules non folliculaires [1]. Il commence brusquement, dans les 2 à 5 jours suivant l'exposition au médicament [2]. Les muqueuses sont généralement épargnées [2]. La pénicilline est l'antibiotique le plus souvent impliqué dans les réactions allergiques avec une prévalence rapportée comprise entre 5% et 10% [4].
Le diagnostic de PEAG est basé sur la présentation clinique et confirmé par un examen histopathologique et un test épicutané [4]. Elle est caractérisée par une évolution descendante et une guérison rapide après le retrait de l'agent causal [1].

Conclusion :
La PEAG est une toxidermie rare mais grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital en l'absence de prise en charge précoce, ce qui souligne l'importance de réduire la prescription anarchique des médicaments.

15. Urticaire à la methylprednisolone au cours d'une pelade universelle

Sokaina Chhiti, Zakia Douhi, Fatima zahra Hashas, Hanane Baybay, Sara Elloudi, Fatima Zahra Mernissi, dermatologie CHU HASSAN II Fès Maroc.
Introductiom :

Les glucocorticoïdes systémiques ne donnent que très exceptionnellement des réactions immédiates de type allergique, malgré leur fréquente utilisation dans de très nombreuses maladies. Le diagnostic est souvent méconnu au début d'où l'intérêt des tests cutanés [1,2].

Observation :

Nous rapportant le cas d'un patient de 19 ans suivi pour une pelade universelle sans notion d'atopie connu ayant reçu un 1er bolus de méthylprednisolone à la dose de 1g sans incident mais au cours de son 2ème bolus, le patient a développé, 5 min après le début de la perfusion de méhylprednisolone diluer dans 500 cc de sérum glucosé 5%, une éruption érythémateuse très prurigineuse au niveau du corps. Il n'y avait pas d'autres prise médicamenteuse ni alimentaires particulières ou susceptibles de déclencher une réaction urticarienne. L'examen trouvait un patient sans signe de gravité, avec des multiples papules et plaques érythémateuses œdémateuses bien limitées chaudes au niveau des faces d'extensions des membres supérieures, le tronc et le visage.
L'évolution a été marqué par la régression des lésions après l'arrêt immédiat de la perfusion, une heure plus tard, on a re- administré le bolus avec le même constat clinique ce qui a imposé d'arrêter toute perfusion avec bonne évolution, une déclaration à la pharmacovigilance a incriminé la méthylprednisolone. Un prick-test a été positif et une intradermoreaction positive au solumédrol et négative au sérum glycosé 5%. Sans aucune réaction tardive > 48h.

Discussion :

Les réactions d'hypersensibilité immédiate secondaires à un glucocorticoïde sont extrêmement rares, avec une incidence variante entre 0,1 à 5 % [1,2]. Elles comprennent des réactions légères, modérées à sévères (œdème laryngé, choc anaphylactique). Il est indispensable de réaliser un prick test ainsi qu'une intradermoreaction à visée diagnostique, lorsqu'ils sont négatif un test de provocation au milieu hospitalier est nécessaire.
Les allergies aux corticoïdes peuvent être dues à la molécule elle-même, mais aussi aux excipients (en particulier, la carboxy-méthylcellulose) et aux sels (le succinate). C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de tester également les excipients et sels [3,4,5].
La place de glucocorticoïde dans l'arsenal thérapeutique des pelades est primordiale. Cependant d'autre alternatives thérapeutiques peuvent être proposer que ça soit topique ou systémique dont certaines études trouvent que l'azathioprine, le méthotrexate et la ciclosporine peuvent être utilisés, seuls ou en association avec la prednisone, en deuxième intention pour initier la repousse et prévenir la rechute.

Conclusion :

Dans notre observation, le tableau clinique et le test cutané positif suggèrent une hypersensibilité immédiate médiée par les IgE à la methylprednisolone, l'évolution a été favorable après l'arrêt avec proposition d'un traitement par dermocorticoïde, méthotrexate associé à la prednisone.

16. Végétations en cocarde révélant un pemphigus végétant médicamenteux aggravé par la flucloxacilline chez une femme enceinte .

H .Moata[1], K .Baline [1], A .Meftah[2], H .SKalli[1] , F .Hali[1], S .Chiheb[1] .
1 Service de dermatologie vénérologie, chu ibn rochd. Casablanca. Maroc.
2 Laboratoire de pharmacologie- toxicologie, faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca. Maroc.

Introduction :
Le pemphigus végétant est une variante rare du pemphigus affectant les plis. Une forme médicamenteuse est encore exceptionnelle. Pendant la grossesse, cette situation deviendra plus compliquée en raison du changement du statut hormonal et de l'effet des thérapeutiques sur la mère et le fœtus. Nous rapportons un cas de pemphigus végétant médicamenteux aggravé par la flucloxacilline chez une femme enceinte, révélé par des végétations en cocarde.
Observation :
Une femme âgée de25 ans enceinte à 8 semaines d'aménorrhée a consulté pour des érosions post-bulleuses évoluant depuis 1 mois. Les lésions étaient pustuleuses devenant érosives puis végétantes, s'aggravant 3 jours après la prise de la flucloxacilline. À l'examen, les végétations prédominaient au niveau des plis inguinaux et axillaires, quelques unes avaient un aspect en cocarde. Le signe de Nikolsky était négatif. La muqueuse buccale et le cuir chevelu étaient atteints avec un aspect de vaisseaux serpentins, de squames tubulaires et de croutes hémorragiques jaunâtres à la trichoscopie .La biopsie cutanée et l'immunofluorescence directe (IFD) étaient en faveur d'un pemphigus végétant. Le

taux d'anticorps anti-substances intercellulaires était à 640 UI/mL. Ces données ont permit de retenir le diagnostic de pemphigus végétant, alors que l'exacerbation après la prise de la flucloxacilline, l'aspect en cocarde et l'hyperéosinophilie à 2100/µL suggéraient une forme médicamenteuse. L'enquête pharmacologique a confirmé l'hypothèse avec un score d'imputabilité I3B3 pour la flucloxacilline. La décision thérapeutique était d'administrer 2 bolus de méthylprednisolone espacés de 3 semaines, avec restriction des prises médicamenteuses, puis un relai par une corticothérapie orale (1,5 mg/kg/jour) et l'azathioprine (100mg/jour).Une amélioration a été observé après 7 jours du deuxième bolus.

Discussion :

L'aspect en cocarde est inhabituel dans le pemphigus végétant. Sa présence chez notre patiente a rapidement soulevé l'hypothèse d'une étiologie médicamenteuse qui a été confirmé par une étude pharmacologique d'imputabilité après avoir retenu le diagnostic de pemphigus végétant sur des données cliniques, histologiques et de l'IFD .Les arguments cliniques en faveur du pemphigus médicamenteux rapportés dans la littérature sont la présence d'une éruption prodromique morbiliforme , urticarienne ou annulaire. Chez notre patiente cette éruption annulaire était particulière par son aspect végétant en cocarde.

17. Pustulose exanthématique aigue généralisée ou psoriasis pustuleux induit par la terbinafine Un challenge diagnostic et thérapeutique.

Introduction :

La terbinafine est un antifongique à large spectre qui a été lié aussi bien à des cas de pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) que de psoriasis pustuleux (PP). Nous rapportons un cas d'éruption pustuleuse diagnostiquée histologiquement comme une PEAG ; puis après une confrontation anatomo-clinique, le diagnostic de PP a été retenu.

Observation :

Patiente âgée de 50 ans, a présenté un mois avant son admission, des lésions pustuleuses prurigineuses du tronc et du dos, apparue 5jours après la prise de terbinafine 250mg /j. Celle-ci a été prescrite pour des lésions erythémato-squameuses des jambes et des genoux sans preuve mycologique. L'évolution fut marquée par l'extension et la généralisation des lésions avec une atteinte unguéale et du cuir chevelu. L'examen clinique trouve des lésions érythémateuses annulaires surmontées de pustules planes non folliculaires confluentes en plaques bilatérales et symétriques au niveau du tronc, abdomen, pubis, racine des membres et région lombosacrée, avec des pustules non folliculaires au niveau du cuir chevelu et en sous et péri unguéales .La biopsie cutanée montre un épiderme acanthosique siège de pustule à PNN sans parakertose, le derme œdémateux siège d'un infiltrat péri vasculaire avec des lésions de vascularite leucocytoclasique faisant évoquer une PEAG. Toutefois les différents signes cliniques orientaient plutôt vers un psoriasis pustuleux qu'une PEAG, et l'enquête de pharmacovigilance avec un score I3B4 appuyait ce diagnostic, une 2eme biopsie cutanée réalisée montrait un aspect histologique de PP. La patiente était traitée par l'acétritine (50mg/j) avec une bonne amélioration.

Discussion :

Dans notre cas, la présence de lésions pustuleuses annulaires sur le tronc et le dos, avec des pustules au niveau du lit unguéale, en periunguéal et au niveau du cuir chevelu , la chronologie qui cadre avec l'imputabilité, ont permis d'étayer le diagnostic vers un PP induit par la terbinafine, quoique la biopsie cutané initiale a conclu à une PEAG. Distinguer entre PEAG et psoriasis pustuleux peut être parfois un réel challenge pour le clinicien. En effet la littérature décrit d'authentique cas de PP avec des histologies évoquant une PEAG ce qu'est le cas de notre patiente. Les éruptions pustuleuses associées à la terbinafine ont rarement été rapportées dans la littérature, et peuvent se présenter sous forme de PP ou PEAG, Ces deux entités sont rares et d'étiopathogenie différentes mais de présentation clinique similaire, ce qui rend le diagnostic subtil. Cependant, il existe une finesse sémiologique clinique et histologique qui permet de contraster entre les deux pathologies. Il ne faut pas hésiter à refaire des biopsies cutanés devant une discordance clinico-histologique chez des patients présentant une éruption pustuleuse suite à la prise de la terbinafine.

18. Un syndrome de Sweet « lympho-histiocytaire » post-vaccinal

L. Araqi Houssaini[1], F. Hali[1], F. Marnissi[2], S. Chiheb[1] 1 :
Service de dermatologie, 2 : Service d'anatomo-pathologie
CHU Ibn Rochd, Université Hassan II, Casablanca

Introduction

Le syndrome de Sweet (SS) est une dermatose aigue neutrophilique fébrile généralement idiopathique, mais peut également être induite. Le SS lympho-histiocytaire est une variante où l'infiltrat cutané est composé majoritairement de cellules mononuclées. Nous rapportons un cas d'un SS lympho-histiocytaire survenu trois jours après une vaccination contre le Pneumocoque.

Observation

Un homme de 65 ans, ayant reçu trois ans auparavant une allogreffe de cellules souches hématopoiétiques pour leucémie myéloïde chronique, était vacciné contre le Pneumocoque (dans le cadre du programme de prévention post-allogreffe). Trois jours plus tard, il développait une éruption cutanée fébrile associée à des myalgies. L'examen retrouvait des placards papulonodulaires annulaires, érythémateux, chaud et douloureux au niveau du site d'injection, des avant-bras, des faces dorsales des mains et du visage. Son bilan biologique objectivait une vitesse de sédimentation accélérée à 53 mm. L'examen histologique de la biopsie cutanée montrait un épiderme siège d'une vacuolisation basale ; le derme présentait un infiltrat inflammatoire péri vasculaire et interstitiel fait de lymphocytes et d'histiocytes sans signes de vascularite. L'imputabilité intrinsèque du vaccin était cotée I5 (probable) et l'imputabilité extrinsèque B4 (effet indésirable attendu). Le diagnostic de SS-histiocytaire a donc été retenu chez notre patient devant des arguments cliniques, biologiques, chronologiques et histologiques. L'évolution était favorable sous dermocorticoïdes seuls.

Discussion

Le SS lympho-histiocytaire décrit pour la première fois en 2005 par Requena et al. , se caractérise par une clinique identique au SS neutrophilique mais une histologie différente (infiltrat lympho-histiocytaire riche en macrophages). De plus, l'association aux hémopathies y est beaucoup plus retrouvée, qu'elle soit simultanée ou précessive (comme pour notre patient). La survenue de la symptomatologie quelques jours après une vaccination est en faveur du rôle du vaccin dans le déclenchement du SS. En effet, l'administration vaccinale agirait comme un processus infectieux, induisant une réponse immunologique à l'origine de la libération de G-CSF (facteur de croissance des globules blancs) et d'autres cytokines qui pourraient être responsables du SS. Divers vaccins ont également été incriminés : antigrippal, antivariolique, BCG. A notre connaissance, il s'agit du deuxième cas publié de SS survenu après vaccination anti-pneumococcique.

19. Une réaction au site d'injection, un rash maculopapuleux, et une exacerbation de rosacée après vaccination contre Covid-19 : à propos d'un cas

Younes Benyamna[1,2] , Farah Marraha[1,2] ,Ibtissam Al Faker,[1,2] , Hanane Chahoub[1,2], Najlae Rahmani[1,2], Yasmine Rkiek[1,2], Soukayna Kabbou[1,2], Driss Soussi Tanani[2,3] and Salim Galloujj[1,2]

[1]Department of Dermatology, University Hospital Center of Tangier, Tetouan, Al Hoceima, Morocco

[2]Faculty of Medicine and Pharmacy Tangier, Abdelmalek Essaadi University, Tangier, Morocco

[3]Department of pharmacology and pharmacovigilance, University Hospital Center of Tangier, Tetouan, Al Hoceima, Morocco

Introduction :

Les effets indésirables suivant la vaccination contre la covid-19 étaient rares durant les premières companies vaccinales. Leur survenue est apparue au fur et à mesure de l'élargissement de la base de personnes vaccinées. Ces effets varient des manifestations les plus bénignes jusqu'à des manifestations parfois graves.
Nous rapportons le cas d'une patiente de 21 ans qui a présenté à la fois trois manifestations cutanées, 5 jours suivant sa vaccination contre la Covid-19.

Présentation de cas :

Une patiente de 21 ans, ayant comme antécédents médicaux une anémie ferriprive sous supplémentation orale en fer, qui avait consulté pour un exanthème maculo-papuleux généralisé avec énanthème.
À l'interrogatoire, la patiente rapporte avoir bénéficié de vaccin anti-Covid-19 (Astrazeneca AZD-1222), 5 jours avant la consultation. Le début a été marqué 3 jours après sa vaccination par un erythème avec prurit au site d'injection (bras gauche). Ensuite, dès le 3ème jour, l'érythème s'est rapidement généralisé sous forme d'un exanthème maculopapuleux. Par ailleurs, notre patient n'a pas présenté de signes généraux ni de prurit (sauf au niveau du site d'injection). A noter que la patiente ne rapporte pas d'antécédents allergiques. A l'examen clinique, la patiente présentait un rash cutané généralisé maculopapuleux siègeant au niveau du tronc et des membres et épargnant les régions palmoplantaires. Au niveau du visage, la patiente présentait un placard erythémateux, bien limité, disposé en papillon sur les joues et qui était en faveur d'une rosacée (après examen dermoscopique). Au niveau du bras gauche, la patiente a présenté un placard érythémateux (8x5 cm de diamètre). Et à l'examen des muqueuses, on retrouvait un enanthème prédominant au niveau du voile du palais. Le reste de l'examen clinique ne touve pas d'ADP et le reste de l'examen sommatique était normal. Le bilan paraclinique était normal en dehors d'un taux légèrement élevé de PNN. La biopsie cutanée n'a pas été effectuée.
La patiente a été mise sous antihistaminiques H1, dermocorticoïdes forts et un émollient. Pour sa rosacée, la patiente a été mise sous métronidazole topique.
Après 5 jours de traitement, il y a eu un blanchiment quasi complet des lésions cutanées mais persistance de l'énanthème et un controle a été prévu afin de surveiller sa rosacée.

Discussion :
Les effets indésirables cutanés des vaccins comprennent des réactions locales et généralisées. Certains mécanismes d'action sont connus, d'autres ne le sont pas encore. La cause principale de ces réactions peut être allergique ou pseudo-allergique. L'hypersensibilité peut être de type immédiat ou de type retardé et elle est peut être dûe soit au vaccin ou à l'un de ses composants.
Comme la taille des populations étudiées en phase de pré-commercialisation est limitée et que la période d'observation est courte, certains effets indésirables peuvent n'être signalés qu'en phase de postcommercialisation de vaccine.
Dans notre cas, si l'imputabilité des manifestations cutanées observées au vaccin administré est élevée (compte tenu de l'apparition et de l'évolution), la preuve scientifique d'une relation de cause à effet est très difficile à obtenir.
Notre patiente a présenté trois effets indésirables différents dont le risque de gravité a été qualifié de léger : une réaction au site d'injection, un exanthème maculopapuleux (EPM) avec énanthème et une exacerbation de rosacée.
Selon la littérature, la réaction locale non spécifique au site d'injection est la réaction la plus fréquente après l'administration de vaccins injectables.

Le vaccin AZD-1222 est constitué d'un vecteur adénoviral de chimpanzé ChAdOx1 déficient en réplication, contenant le gène de l'antigène glycoprotéique de surface structurelle du CoV-2 du SRAS (protéine spike ; nCoV-19). En plus de la fraction principale de ce vaccin, l'AZD1222 contient quelques excipients dont le plus important à souligner serait le polysorbate 80.
Nous pensons que le Polysorbate 80 entraîne des effets secondaires immunologiques tels qu'une hypersensibilité aiguë et des réactions immunitaires systémiques.
De plus, étant donné que le vaccin concerné est un virus vectorisé par un adénovirus, celui là pourrait être incriminé dans le tableau clinique rapporté par notre patiente.

Son exanthème ne serait pas directement due à la réplication virale (qui est inactive), mais à une réaction d'hypersensibilité au virus.
Enfin, il semble ne pas y avoir de relation claire de cause à effet entre la vaccination et la rosacée. Plusieurs facteurs pourraient avoir interféré dans le déclenchement de cette manifestation chez notre patiente, favorisé par l'environnement adéquat resultant de la réponse du corps au vaccine puisque les systèmes immunitaires inné et adaptatif sont tous deux activés.

Conclusion :

Comme la taille des populations étudiées dans la phase de pré-commercialisation est limitée et que la période d'observation est courte lors de la production de vaccins, les effets secondaires rapportés pour chaque vaccin sont donc très limités, d'où l'importance de la pharmacovigilance vaccinale.

Dans ce rapport de cas, nous signalons la survenue à la fois de trois effets indésirables différents chez une même patiente, cinq jours après sa vaccination par le vaccin Astrazeneca AZD-1222. Bien que l'imputabilité soit élevée, mais d'autres études de pharmacoépidémiologie sont nécessaires pour confirmer les alertes identifiées.

GENODERMATOSES

1. Anomalies ophtalmologiques chez les patients atteints d'ichtyoses héréditaires

Kaoutar Sof [1]; Soraya Aouali [1]; Hasnae Saddouk [1]; Siham Dikhaye [1-2]; Nada Zizi [1-2]
(1) Service de Dermatologie allergologie et vénérologie - CHU Mohammed VI d'Oujda
(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Mots clés : ichtyose_anomalie_ophtalmologique **Introduction :**

Les ichtyoses héréditaires (IH) forment un groupe hétérogène de maladies rares caractérisées par des troubles de la différentiation épidermique [1]. Ces dermatoses s'accompagnent souvent d'atteintes ophtalmologiques.

Le but de notre étude est d'évaluer les anomalies ophtalmologiques chez les patients atteints d'IH.

Matériel et méthodes :

Étude prospective incluant tous les patients suivis pour IH au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda à partir de Janvier 2016 jusqu'à Juin 2021. Tous les patients ont bénéficié d'un examen ophtalmologique. **Résultats :**

Nous avons colligé 13 patients : 10 femmes et 3 hommes ; d'âge moyen de 16,3 ans avec des extrêmes d'âge de 7 mois et 36 ans.

Neuf patients avaient une ichtyose vulgaire, trois patients avaient une ichtyose lamellaire et un patient avait un syndrome de kératite ichtyose surdité (KID).

Nous avons objectivé les anomalies ophtalmologiques suivantes : sécheresse oculaire 38%, conjonctivite 24%, ectropion 23%, kératite 15%.

Discussion :

Les complications ophtalmologiques au cours des IH sont multiples et dépendent essentiellement de la forme de l'IH [2].

Dans une étude française qui a évalué la prévalence des anomalies ophtalmologiques chez les patients suivis pour IH, les kératites et le syndrome sec étaient les manifestations les plus

fréquemment retrouvées [3]. Notre étude qui a également objectivé une prédominance de la sécheresse oculaire suivie de la conjonctivite. **Conclusion :**
Notre étude vient appuyer l'importance du suivi ophtalmologique chez les patients atteints d'IH afin de dépister les atteintes mineures et de prévenir ainsi les complications irréversibles.

2. Y'a t-il une discrimination de genre dans le soutien social et familial chez les patientes avec génodermatoses ?

S.Aouali (1); N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)

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

(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier

Introduction :

Les génodermatoses sont des maladies génétiques à expression cutanée ou cutanéoviscérales connues pour leur impact important sur la qualité de vie. Ce sont des maladies lourdes nécessitant une prise en charge et un suivi régulier. Leur caractère affichant fait que les patients souffrent de stigmatisation et d'exclusion sociale. En plus du fardeau financier et la marginalisation, s'ajoute la discrimination de genre, Ce qui rend la femme atteinte de génodermatose victime d'une discrimination multiple ou intersectionnelle.

L'objectif de notre travail est de dévoiler les aspects de discrimination de genre qu'éprouvent les femmes atteintes d'une génodermatose.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude transversale incluant toutes les patientes âgées de plus de 15 ans, présentant une génodermatose, suivies au service de dermatologie au CHU Mohammed VI d'Oujda. Nous avons exclu les patientes présentant des malformations congénitales ou un retard mental.

Au cours de notre enquête, nous avons utilisé un questionnaire composé de 11 questions portant sur le niveau socio-économique, la fratrie, le support émotionnel, financier et le ressenti de discrimination de genre.

Résultats :

Nous avons colligé 20 patientes atteintes de génodermatose, l'âge moyen était de 26,85 ans. Soixante pour cent des patientes étaient suivies pour une neurofibromatose de type 1 (NF1), 20% étaient atteintes d'une sclérose tubéreuse de Bourneville (STB), 15% étaient suivies pour une ichtyose et une seule patiente était atteinte du Syndrome de Gorlin-Goltz. Quarante pour cent des patientes avaient au moins un frère atteint de la même pathologie.

Soixante pour cent des patientes parvenaient d'un faible niveau socio-économique. Uniquement 20% des femmes de notre échantillon ont pu intégrer un parcours universitaire. L'âge moyen à la première consultation était de 21 ans. Quarante pour cent des patientes attestent ne pas être soutenues émotionnellement par leurs familles, et bien plus encore 66,66 % n'avaient pas le soutien financier de leurs proches. Soixante pour cent des femmes de notre échantillon déclarent être victime de discrimination de genre au sein de leurs familles. Quatre-vingts pour cent des patientes affirment que leurs plaintes ont été déjà banalisées à cause des

stéréotypes du genre. Les trois quarts de nos patientes pensent que les hommes atteints de la même pathologie supportent mieux leur maladie. Enfin 85% des femmes atteintes de génodermatose suivies dans notre service pensent qu'elles auraient eu plus d'attention et de support s'elles étaient de sexe masculin.

Discussion :

Les génodermatoses sont des maladies rares, affichantes avec une charge psychique importante. Le quotidien des patients atteints génodermatose n'est pas toujours facile. Quelques études se sont intéressées par les problèmes psychosocioéconomiques des patients présentant une NF1[1], un albinisme[2] ou une ichtyose[3]. Toutes ces études convergent à une conclusion commune indiquant que les génodermatoses exposent à une franche stigmatisation et marginalisation sociale. Cependant, les particularités de la femme atteinte de génodermatose n'ont jamais été abordées.

Notre étude révèle plusieurs aspects de discrimination de genre à l'égard des femmes atteintes de génodermatose. La défaillance du soutien psychologique et social ainsi que les stéréotypes sexistes font que les femmes vivent leurs maladies plus péniblement comparées aux hommes. La discrimination contre les personnes atteintes de génodermatoses ajoutée aux attitudes préjudiciables fondée sur le sexe constituent une discrimination intersectionnelle mettant les patientes sous une double pression psychologique.

Conclusion :

Malgré les efforts fournis, quelques attitudes indiquent que la discrimination de genre reste encore enracinée dans notre société. Cette discrimination ne fait qu'empirer le quotidien d'une population déjà vulnérable comme celle des génodermatoses, d'ou l'intérêt d'une éducation effective et d'une mobilisation sociale visant à rétablir l'estime de ces femmes en situation particulière.

3. La dysplasie ectodermique anhidrotique : à propos de 2 cas

C. CHAAYBI, W.KOJMANE, S. CHAOUKI, M. HIDA

Service de Pédiatrie, Hôpital mère-enfant, CHU HASSAN II Fès

INTRODUCTION :

La dysplasie ectodermique anhidrotique est une génodermatose rare à transmission le plus souvent récessive liée à l'X, dont l'incidence est estimée à 1/100 000 naissances. Le tableau clinique est secondaire à des anomalies des tissus dérivant de l'ectoderme, associant une absence totale ou partielle des dents, des poils, des cheveux et des glandes sudoripares avec une dysmorphie faciale typique. Les personnes atteintes ont tendance à présenter des hyperthermies, parfois malignes, pouvant être responsables de complications neurologiques de gravité variable.

OBSERVATION N 1 :

Il s'agit d'un nourrisson de 2 ans, sans antécédents familiaux particuliers, ayant comme antécédents personnels une fièvre récurrente. Le nourrisson a présenté à l'âge de 3 mois un état

de mal convulsif fébrile suivi d'un coma post critique, il a été intubé ventilé et mis en incubateur. Les crises sont devenues polymorphes avec une composante myoclonique et sont devenues rebelles à toute thérapeutique. L'hypothèse d'une maladie métabolique, d'une encéphalite herpétique et de crises migrantes malignes a été évoquée. Le nourrisson a bénéficié d'un EEG révélant un aspect entre encéphalopathie épileptique avec suppression bruste et syndrome de West, d'une IRM cérébrale objectivant une atrophie fronto-temporale modérée, d'un examen cytologique et biochimique du LCR normal et d'une chromatographie des acides aminés plasmatiques et urinaires sans anomalies. Le nourrisson est vu chez nous en consultation de neuropédiatrie à l'âge de 5 mois, l'examen clinique a objectivé un nourrisson dysmorphique avec une peau très claire, fine et sans poils, des cheveux et des sourcils clairsemés, il avait un mauvais contact avec une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique, des myoclonies erratiques étaient fréquentes au cours de l'examen. Le diagnostic suspecté est celui d'une dysplasie ectodermique anhidrotique compliquée d'une encéphalopathie aigue hyperthermique que l'étude génétique a confirmé par la mise en évidence du variant c.1142G>A, p.(Gly381Glu) à l'état hémizygote dans l'exon 10 du gêne EDA, survenue de novo puisque cette variation n'a pas été retrouvée chez les parents. L'évolution a été faite vers le tableau d'une paralysie cérébrale mixte avec épilepsie, puis le décès.

OBSERVATION N 2 :

Il s'agit d'un nourrisson de sexe féminin, né de parents consanguins de premier degré, âgé de 7 mois admis pour crises convulsives dans un contexte de fièvre. Le bébé avait eu un bilan infectieux et une ponction lombaire qui sont revenus négatifs. Deux mois plutard, le nourrisson revenait dans le même tableau clinique et de nouveau l'enfant a eu un bilan infectieux exhaustif revenant négatif. La constatation d'une dysmorphie faciale associée à une peau claire avec des cheveux et des sourcils clairsemés a fait évoquer le diagnostic d'une dysplasie ectodermique anhidrotique compliquée d'une crise convulsive hyperthermique est retenu. L'étude génétique n'est pas encore réalisée chez l'enfant.

CONCLUSION :

Malgré la rareté de cette maladie, Il est essentiel de savoir la reconnaître très tôt afin d'éviter l'hyperthermie, cause potentielle de retard mental voir de décès.

4. Epidermodysplasie verruciforme familiale : à propos d'un cas

F.chahboun, M.alj, M.Eljazouly, S.chiheb[*]

Service de dermatologie, hôpital universitaire international cheikh Khalifa Casablanca
Service de dermatologie, Chu Ibn rochd

Introduction :

L'épidermodysplasie verruciforme ou maladie de Lutz-Lewandowski est une génodermatose rare, caractérisée par une sensibilité anormale du revêtement cutané à certains types de papillomavirus. Elle peut être familiale dans 25% des cas ou acquise.
Nous rapportons un cas d'épidermodysplasie verruciforme familiale évoluant depuis des années et avec aggravation des lésions après traitement d'une hémopathie maligne .

Observation :

Mr M.R âgé de 66 ans. Était admis en hématologie pour leucémie lymphoïde chronique, présentait depuis plusieurs années des lésions cutanées polymorphes faites de verrues vulgaires et planes au niveau palmoplantaire et des macules pigmentées pityriasis versicolor like au niveau du tronc L'interrogatoire trouvait la notion de cas similaires dans la fratrie, et la notion d'aggravation des lésions palmoplataires ainsi que l'apparition de nouvelles lésions maculeuses pigmentées au niveau du tronc et du dos après traitement de la leucémie.
L'examen clinique ne trouvait pas de lésions nodulaires tumorales.

Le diagnostic d'épidermodyspasie verruciforme familiale était retenu.
Le traitement a reposé sur un traitement local à base de retinoides avec des séances de cryothérapie pour les verrues palmoplantaires.

Discussion :

L'épidermodysplasie verruciforme est une maladie multifactorielle faisant intervenir des virus spécifiques, des facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux.
L'infection est habituellement disséminée et d'évolution chronique.
En l'absence de thérapeutique spécifique, il faudra traiter systématiquement les lésions pré-épithéliomateuses et cancéreuses, selon les modalités habituelles et à la demande les lésions bénignes. Aucun traitement antiviral n'a montré son efficacité dans l'éradication de l'infection HPV. La photoprotection et la surveillance régulière des patients sont impératives pour prévenir et prendre en charge au plus vite les carcinomes cutanés.

Conclusion :

L'épidermodysplasie verruciforme est une maladie chronique, actuellement incurable, pour laquelle seuls des traitements préventifs des complications et des traitements symptomatiques des lésions peuvent être proposés.

4. Maladie de hailey-hailey étendue : confrontation clinico-dermoscopique

M. Asermouh ; C. Aït Khabba ; Z. Mehsas ; N. Ismaïli ; M. Meziane ; L. Benzekri ; K. Senouci
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina , Université Mohammed V Souissi, Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

INTRODUCTION

La maladie de Hailey-Hailey est une génodermatose acantholytique rare. Sa présentation clinique est hétérogène et les diagnostics différentiels sont multiples. Bien que le diagnostic

positif repose essentiellement sur l'histologie, la dermoscopie reste une technique non invasive qui peut orienter le diagnostic.

OBSERVATION

Il s'agit d'un homme âgé de 52 ans, admis au service de dermatologie pour une éruption cutanée érosive et douloureuse, évoluant par poussée / rémission depuis 4 ans. L'examen physique trouvait des plaques annulaires érythémateuses avec une bordure vésiculopustuleuse et croûteuse, touchant le tronc et les grands plis. La dermoscopie a objectivé des zones irrégulières de couleur blanc-rosé séparées par des sillons roses avec par endroits des zones blanches disposées en nuage. Des vésiculopustules flasques donnant un aspect de tissu froissé, et des vaisseaux polymorphes à distribution périphérique ont également été observés. La dermoscopie de l'ongle a révélé des bandes blanches longitudinales. L'examen histologique a montré une acantholyse intéressant toute la hauteur du corps muqueux réalisant l'aspect d'un mur de briques ébranlé sans signe de dyskératose.
Devant ces critères cliniques, dermoscopiques et histologiques, le diagnostic de la maladie de Hailey-Hailey a été retenu.

COMMENTAIRES

La maladie de Hailey-Hailey est une affection cutanée héréditaire, à transmission autosomique dominante, caractérisée par la survenue récurrente de lésions bulleuses érosives et verruqueuses au niveau des zones de flexions.
La forme étendue est inhabituelle, et n'a été décrite que chez certains patients dans la littérature. Plusieurs facteurs ont été incriminés, notamment le phénomène de Koebner et l'infection. Cette forme pose également un problème de diagnostic différentiel avec les autres dermatoses bulleuses et surtout celles avec une disposition annulaire comme le cas de notre patient, chez qui la présentation clinique était atypique mais l'examen dermoscopique avait montré des signes habituels de la maladie de Hailey Hailey.

CONCLUSION

La reconnaissance clinique de la maladie de Hailey Hailey peut être généralement facile, mais dans certains cas de présentation inhabituelle comme la nôtre, la dermoscopie peut être très utile pour le diagnostic.

5. Incontinentia pigmenti : série de 6 cas

S.Essaddouki, F Z.El fatoiki, H.Skalli, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie
Hôpital universitaire CHU Ibn rochd Casablanca

Introduction

L'Incontinentia pigmenti (IP), également connue sous le nom de syndrome de BlochSulzberger, est une génodermatose dominante rare liée au chromosome X qui est principalement létale pour les hommes. Il s'agit d'une affection multisystémique, ectodermique et mésodermique, accompagné de caractéristiques dermatologiques, neurologiques, dentaires et oculaires. Nous rapportons six nouveaux cas.

Materiels et méthodes

Six patients, 5 filles et 1 garçon, atteints d'incontinencia pigmenti ont été recueillis. L'âge moyen était de 16 mois. Il n'y avait pas d'antécédents pathologiques particuliers, notamment aucun cas similaire dans la famille. La consanguinité était retrouvée chez 2 patients. Ils consultaient pour des lésions vésiculeuses, pigmentées et verruqueuses. L'examen clinique montrait une éruption vésiculo-pustuleuse typique des 4 membres rapportée chez deux patients, des lésions hyperpigmentées chez deux patients, des lésions hypopigmentées sur le membre inférieur chez un patient et des plaques verruqueuses sur les extrémités supérieures chez un patient .Les lésions étaient disposées selon les lignes de Blaschko . Une dentition anormale était notée chez deux patients. Les paramètres vitaux étaient normaux, sans fièvre. L'examen neurologique et ophtalmologique était sans particularité. Le bilan infectieux, inflammatoire et immunologique était négatif, à l'exception d'une éosinophilie périphérique. Une biopsie à l'emporte-pièce réalisée sur une lésion a montré, dans l'épiderme, une acanthose légère, des foyers de spongiose éosinophile et des kératinocytes dyskératosiques occasionnels. Parallèlement, le derme présentait un infiltrat de lymphocytes et d'éosinophiles. Sur la base du tableau clinique et de l'examen histologique, nous avons posé le diagnostic de l'IP. La prise en charge impliquait la participation d'une équipe multidisciplinaire avec un suivi régulier. Aucun traitement particulier n'a été administré pour les lésions cutanées.

Discussion

L'Incontinentia pigmenti est une génodermatose rare liée à l'X, dont seulement 900 à 1200 cas ont été rapportés dans la littérature. La particularité de notre travail est lié à la rareté de cette génodermatose ainsi de mettre en évidence ses principales caractéristiques cliniques et de pouvoir établir le diagnostic à chaque phase afin de garantir une prise en charge adéquate de l'enfant et une information appropriée à leur famille sur les phases ultérieures de la maladie et les éventuelles anomalies des autres systèmes de l'organisme, mais aussi de souligner l'importance d'une prise en charge interdisciplinaire au cas par cas, incluant le conseil génétique.

7. Des neurofibromatoses type 1 compliquées de tumeurs malignes atypiques

S.Bouabdella 1 ; A.Khouna 1; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2.

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique. Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier.

Introduction :

La neurofibromatose de type 1 (NF1) est l'une des maladies génétiques congénitales les plus répandues. Parmi ses complications, on note la dégénérescence tumorale. Nous rapportons les complications tumorales atypiques diagnostiquées chez 5 patients suivis pour une NF 1.

Observations :

Observation 1: La première tumeur était un sarcome des parties molles de la paroi abdominale antérieure développé durant la grossesse chez une patiente de 24ans porteuse d'une NF1.

Observation 2 : Une transformation sarcomateuse métastatique d'un neurofibrome plexiforme de la cuisse conduisant au décès d'un patient de 40 ans présentant une NF 1.

Observation 3 : Une femme de 60 ans, suivie pour une NF 1, présentait des tumeurs

gastrointestinales stromales (GIST) multiples pour lesquelles elle a été opérée avec une bonne évolution à 12mois.
Observation 4 : Un patient de 41 ans, suivi pour une NF1, a présenté une GIST kystique mimant une hydatidose. **Observation 5 :**
Une femme de 40ans, suivie pour NF1, a été admise pour une dyspnée avec à l'imagerie une masse thoracique. La résection de la masse et l'étude anatomopathologique ont mis en évidence un sarcome des tissus mous thoracique.

Discussion :
La NF1 est est la génodermatose la plus fréquente. Son incidence, son pronostic et ses mécanismes génétiques ont fait l'objet de nombreuses publications. Les patients atteints de NF 1 ont quatre fois de risque de développer une pathologie tumorale. Elle prédispose au développement de tumeurs bénignes (neurofibromes) mais aussi de tumeurs malignes. Les tumeurs fréquemment observées sont le mélanome, le phéochromocytome, le carcinome médullaire de la thyroïde, le gliome des voies optiques, la leucémie et le cancer du sein. La transformation sarcomateuse, retrouvée chez 3 de nos patients, reste exceptionnelle. Le risque de dégénérescence sarcomateuse de neurofinromes plexiformes justifie l'exérèse de la lésion aussi complète que possible. Il convient de réaliser une surveillance clinique et radiologique des patients, au moins annuelle jusqu'à l'âge de dix ans, puis régulières. L'association des GIST à la NF1 est établie, mais les différents aspects physiopathologiques, cliniques et thérapeutiques n'ont pas été étudiés. Nous pensons que la compréhension du développement de ce type de tumeurs chez les patients avec une NF1 permettrait un meilleur traitement et un meilleur suivi.

Conclusion :
Le développement de tumeurs malignes au cours de la NF1 souligne l'importance de conseils de prévention ainsi que du suivi régulier des patients atteints de cette maladie.

8. La maladie d'Urbach-Wiethe associée à la maladie cœliaque : à propos d'un cas

Biygjoine ; l. Bendaoud; S. Amal; O. Hocar
Laboratoire bioscience et santé FMPM
Service de dermatologie et vénéréologie
Faculté de médecine et de pharmacie – Marrakech-Maroc

Introduction
La maladie d'Urbach-Wiethe est une génodermatose autosomique récessive rare, caractérisée par des dépôts hyalins au niveau de la peau et les muqueuses de divers organes.

Observation :
Il s'agit d'un patient âgé de 23 ans. Ayant comme antécédents une anémie chronique sous supplémentation en fer. L'histoire de la maladie remonte à l'âge de 22 ans. Le patient rapporte qu'il avait un œdème péri orbitaire et frontal prurigineux, indolore évoluant par poussée et rémission incomplète avec des épigastralgies récurrentes sans autres signes associés notamment pas de dyspnée ni dysphagie ni dysphonie. L'examen dermatologique montre la présence d'un œdème facial prédominant en périorbitaire et au niveau frontal infiltré. Des papules blanc jaunâtres, translucides, vésicule like en regroupement linéaire au niveau facial et le long des lobules d'oreilles. L'examen ORL nasofibroscopique a objectivé

un épaississement du cavum non suspect, l'examen ophtalmologique a objectivé une blépharite, la FOGD a objectivé une pangastrite érythémateuse avec plis duodenaux légerement éffacés avec à la biopsie duodénal : atrophie villositaire totale de stade 3C selon la classification de Marsh modifié et à la biopsie gastrique : pangastrite chronique modérée d'activité modérée non atrophique folliculaire minime sans métaplasie intestinale ni dysplasie avec la présence d'Hélicobacter pylori, absence de signe de malignité. L'examen neurologique, cardiaques est sans anomalies. L'étude anatomopathologique a montré des dépôts hyalins. Sur le plan thérapeutique, Un traitement à base d'acitrétine à la dose de 0.5mg/kg/jour a été instauré.

Discussion :

La hyalinose cutanéo-muqueuse également appelée maladie d'Urbach-Wiethe ou lipoïdoprotéinose est une affection rare. Il s'agit d'une maladie de surcharge liée à des mutations du gène ECM1. Elle se caractérise par un dépôt d'une substance amorphe hyaline au niveau de la peau. Le diagnostic de maladie d'Urbach-Wiethe a été évoqué par l'association de signes cutanés et conforté par l'examen histopathologique. Des manifestations extra-cutanées peuvent également survenir en particulier neurologiques, ophtalmique sous forme d'une blépharose moniliforme qui est quasi-pathognomonique. Un cas de nécrose pharyngée a été décrit. Vu la rareté de l'affection, le traitement n'est pas codifié. Des améliorations ont été rapportées avec les rétinoïdes après plusieurs mois d'utilisation, la D-penicillamine et la dimethylsulfoxide. **Conclusion :**

Notre observation est originale par l'association de la hyalinose cutanée avec la maladie coeliaque, qui n'a pas été décrite à notre connaissance.

10. Le pseudoxanthome élastique : une nouvelle observation

A.Kerouach, F.Hali, F.Marnissi, S.Chiheb
Service de Dermatologie, Service d'anatomie pathologique
CHU Ibn Rochd , Casablanca ,Maroc

Introduction :

Le pseudoxanthome élastique (PXE) est une pathologie héréditaire du tissu conjonctif caractérisée par une calcification et une fragmentation progressive des fibres élastiques, affectant principalement la peau, la rétine et les parois artérielles, nous rapportons une nouvelle observation **Observation :**

Il s'agit d'un patient âgé de 30 ans qui avait développé à l'âge de 11 ans des lésions cutanées à type de petites papules jaunâtres de 5 mm de diamètre localisées au niveau des faces latérales du cou, les ceux axillaires et l'abdomen. Les papules sont alignées et mieux visibles lorsque l'on étire la peau. L'ensemble forme un aspect caractéristique en «peau d'orange». Une notion de cas similaire dans la famille (le grand frère et l'oncle) a été rapportée. Une biopsie cutanée d'une papule avait objectivé une élastorrhexie associant une fragmentation des fibres élastiques, qui prennent un aspect pelotonné, et une minéralisation de celles-ci, en faveur d'un pseudoxathome élastique

Le patient présente également un strabisme interne avec notion de baisse de l'acuité visuelle depuis l'âge de 25 ans, l'examen ophtalmologique avait objectivé un aspect de stries angoïdes rétiniennes caractéristique de la pathologie. L'exploration vasculaire n'avait pas révélé d'anomalies

La prise en charge s'est basée particulièrement sur la surveillance et le suivi de l'atteinte oculaire et cardiovasculaire qui conditionnent le pronostic fonctionnel et vital du patient

Discussion :

Nous décrivons à travers notre observation une maladie rare du tissu élastique, le PXE qui constitue une affection métabolique et génétique rare, décrite à la fin du 19e siècle sous le nom de pseudoxanthoma elasticum, de transmission autosomique récessive, due à des mutations du gène ABCC6. Un défaut des protéines ABCC6 fonctionnelles conduit à une minéralisation et une fragmentation des fibres élastiques.

Les signes dermatologiques sont importants à connaître, car ils sont les premiers à apparaître, peuvent révéler la maladie et de ce fait continuer les investigations à la recherche de manifestations ophtalmogiques et cardiovasculaire pouvant engager le pronostic fonctionnelle et vital du patient.

11. Maladie de Darier vésiulo-bulleuse mimant une maladie de Hailey-Hailey

C. Aït Khabba ; Z.Mehsas ;M. Asermouh ; N. Ismaïli ; L. Benzekri ; M. Meziane ; K. Senouci
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina , Université Mohammed V Souissi, Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Introduction :

La maladie de Darier ou Darier-White est une génodermatose acantholytique et dyskératosique , prédominant sur les zones séborrhéiques. La forme vésiculo-bulleuse est rare .

Nous rapportons un cas de maladie de Darier vésiculo-bulleuse mimant une maladie de HaileyHailey.

Observation :

Patiente âgée de 72 ans, suivie en médecine interne depuis 2008 pour polyglobulie de Vaquez sous hydroxycarbamide qui présentait une dermatose vésiculo-bulleuse prurigineuse évoluant depuis 04 ans . A l'examen clinique on retrouvait des plaques papulo-vésiculeuses intéressant tous les plis : inguinaux , axillaires , inter-fessier, cou et le corps avec des bulles palmoplantaires et pustules au niveau des plis axillaires, le signe de nikolsky était négatif. L'examen des ongles des pieds objectivait une alternance de bandes longitudinales rouges et blanches .La biospie cutanée mettait en évidence des micro-abcès sous cornés associés à des cellules acantholytiques et dyskératosiques compatibles avec une maladie de Hailey-Hailey avec IFD était négative . La patiente fut mise sous doxycyclines à raison de 200mg/j et émollient . Devant la non amélioration une 2ème biopsie a été faite objectivant une acantholyse focale avec la formation de fentes supra-basales , une dyskératose avec présence de corps ronds et des grains compatible avec une maladie de Darier ,l' IFD était négative. La patiente fut mise sous isotrétinoïne à raison de 0,5 mg/kg par jour associé à du calcipotriol crème avec bonne évolution clinique. Un bilan paranéoplasique a été fait et qui était sans anomalies. Discussion :

La maladie de Darier (MD) est une génodermatose de transmission autosomique domiante liée à des lésions intrinsèques des systèmes d'adhésion interkératinocytaires due à la mutation du gène ATP2A2 .

La lésion élémentaire est la « papule cornée » qui confluent en nappes brunâtres, papulokératosiques et croûteuses,très souvent prurigineuses prédominant sur les zones séborrhéiques associées à des lésions unguéales et muqueuses .
Les formes vésiculobulleuses sont rares et peuvent prêter à confusion avec une maladie de Hailey-Hailey (MHH) , ou même un pemphigus ou faire craindre une surinfection virale.
Histologiquement, les fentes suprabasales acantholytiques peuvent être vues dans les deux troubles, mais dans MHH les fentes intra-épidermiques sont plus étendues et l'acantholyse est suprabasale. De plus, la prédominance des kératinocytes dyskératosiques dans la MD est une caractéristique histologique distinctive.
Le Traitement de référence repose sur les rétinoïdes oraux associées à des crèmes émollientes plus ou moins kératolytiques sans oublier de tenir compte du risque de surinfection des lésions macérées .

Conclusion

Le diagnostic de la MD vésiculo-bulleuse est difficile compte tenu du chevauchement histologique et clinique avec MHH. En cas de doute ,le diagnostic moléculaire est obligatoire.

12. L'érythrokératodermie variable : 2 nouveaux cas.

H .Moata[1], F .Elfatoiki [1], H .SKalli[1] , F .Hali[1], S .Chiheb[1] .
1 Service de dermatologie vénérologie, chu ibn rochd. Casablanca. Maroc.

I. INTRODUCTION :

L'érythrokératodermie variable (EKV) est une maladie génétique rare à expression cutanée, due à un trouble de la kératinisation. Cette affection peut être très invalidante et affichante. Nous rapportons 2 nouvelles observations d'EKV chez 2 enfants.

II. Observation :

Observation 1 :

Enfant de 3 ans, était vu en consultation pour des lésions squameuses diffuses fixes apparues vers l'âge de 3 mois. L'enfant avait une histoire familiale de kératodermie palmo-plantaire chez la famille paternelle, sans notion de consanguinité. L'examen montrait des placards érythémateux squameux, annulaires, sur les quatre membres et le visage, à disposition relativement symétrique. Il existait une kératodermie palmoplantaire en ilots, associée à des lésions débordant sur le dos du pied et des mains. L'examen anatomopathologique cutané trouvait une acanthose et une papillomatose associées à une hyperkératose orthokératosique. La confrontation anatomoclinique était en faveur d'une EKV .Un traitement par acitrétine à la posologie de 0,5 mg/kg par jour a été instauré avec une bonne évolution.

Observation 2 :

Nourrisson âgée de 22 mois, née de parents non consanguins était vue en consultation pour des lésions diffuses prurigineuses des membres évoluant depuis l'âge de 4 mois. L'examen retrouvait des placards érythématosqameux pigmentés hyperkératosiques bien limités de disposition relativement symétrique localisées sur les quatre membres. Le tableau clinique était compatible avec une EKV. La confirmation génétique n'a pas été proposée par manque de moyens. Un traitement topique par émollients et kératolytiques (urée à 5%) a été proposé.

III. Discussion :

L'érythrokératodermie variable (EKV) est une génodermatose rare , associée à une mutation des gènes codant pour les connexines 31 et 30.3. La clinique est évocatrice par l'association de plaques érythémateuses hyperkératosiques bien limitées persistantes et de placards érythémateux fugace . L'histologie cutanée n'est pas spécifique . Une confrontation anatomoclinique aboutit au diagnostic . Le traitement de référence repose sur les rétinoïdes par voie orale.

12. Un cas d'homocystinurie révélé par des signes cutanés

F.Chekairi* 1, F.Elfatoiki 1, I.Chahid2, H.Skali1, F.Hali1, S.Chiheb 1
1Dermatologie et vénéréologie , 2Pédiatrie , CHU ibn rochd , Casablanca , Maroc

Introduction:

L'homocystinurie est une maladie métabolique rare de transmission autosomique récessive, conduisant à une accumulation anormale d'homocystéine et de ses métabolites dans le sang et les urines. Nous rapportons un cas d'homocystinurie révélé par des signes cutanés.

Observation:

Une patiente de dix-sept ans a été admise au service de dermatologie pour une éruption cutanéomuqueuse associée à un érythème malaire. Elle avait des antécédents de retard mental, de crises convulsives, de retards de croissance staturo-pondéral et pubertaire.

L'examen physique trouve un érythème malaire, des cheveux clairs et fins, une peau fine et dyschromique. L'évaluation ophtalmologique était normale. Il n'y avait pas de signes de scoliose à l'examen musculo-squelettique et une ostéodensitométrie a montré une légère ostéoporose généralisée.

Il y avait une sensibilité abdominale à la palpation, un angioscanner a révélé des thromboses vasculaires dans l'aorte abdominale et l'artère rénale gauche.
L'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale n'a montré aucun signe de vasculite ni de thrombose.

L'association des antécédents de retard mental, de crises convulsives et de retard de croissance staturo-pondéral aux thromboses vasculaires et aux signes dermatologiques a suggéré le diagnostic d'homocystinurie.

Le bilan biologique a révélé un taux élevé d'homocystéine sérique, un test génétique est en cours. La patiente a été traitée avec une forte dose de pyridoxine orale, de l'acide folique et une supplémentation en vitamine B12.

Discussion:

Dans la majorité des cas, l'homocystinurie est causée par le déficit en cystathionine bêta- synthase (CBS) dû à des mutations d'un gène qui régule sa production.
Les quatre systèmes de l'organisme généralement touchés sont les yeux, le système nerveux central, le squelette et le système vasculaire. Un diagnostic précoce peut prévenir les complications thromboemboliques graves.

Bien que peu fréquents, des signes cutanés ont été rapportés chez des personnes atteintes d'homocystinurie, révélant le diagnostic dans notre cas.

15. La porphyrie érythropoïétique congénitale : à propos d'un cas

I.BEJJA, H.Baybay, C.Jroundi, Z.Douhi, S.Elloudi, FZ.Mernissi
Service de dermatologie, CHU HASSAN II de Fès **Introduction :**

La porphyrie érythropoïétique congénitale (PEC) est une génophotodermatose secondaire à un déficit en uroporphyrinogène III synthase conduisant à une accumulation de porphyrines, responsable ainsi d'une hémolyse chronique et d'une photosensibilité cutanée sévère.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un enfant âgée de 2ans issue d'un mariage consanguin de premier degré qui présentait depuis sa naissance des urines rouges colorant en rose ses couches. A l'âge d'un an, suite à l'exposition solaire, elle a développé des lésions bulleuses tendues à contenu hémorragique reposant sur une peau saine intéressant les zones photo-exposées laissant des cicatrices pigmentées séquellaires associées à une hypertrichose plus marquée au niveau temporo-malaire.

L'examen de la cavité buccale a trouvé une érythrodontie associée à une fluorescence rose spontanée des urines à la lumière de WOOD.

Le diagnostic d'une PEC a été évoqué, confirmé par le dosage des porphyrines mettant en évidence un taux élevé des uroporphyrines et coproporphyrines I dans les urines. La patiente et sa sœur ont bénéficié d'un immunophénotypage HLA classe I et candidate à une éventuelle allogreffe.

Discussion :

La porphyrie érythropoïétique congénitale (maladie de Günther) est une génophotodermatose bulleuse à transmission autosomique récessive liée à un déficit en uroporphyrinogène III synthase responsable ainsi d'une accumulation des isomères I d'uroporphrine et coproporphyrine dans les tissus.

Le tableau clinique de notre patiente correspond aux manifestations décrites dans la littérature qui apparaissent depuis la période néonatale par des urines rouges fluorescentes. Les zones photoexposées sont le siège d'une photosensibilité avec une fragilité cutanée excessive laissant place à des érosions faisant le lit des infections à répétition et des cicatrices pigmentées et/ou atrophiques avec une évolution destructrice et mutilante au niveau du visage et des extrémités responsable ainsi d'importants troubles fonctionnels.

Les dépôts de porphyrines dans l'émail et la dentine sont responsables d'une coloration rouge ou brune des dents de lait, fluorescentes à la lumière de Wood traduisant une érythrodontie caractéristique de la PEC, bien illustrée dans notre cas.

Le dosage des porphyrines dans les urines révèlent une augmentation des uroporphyrines et coproporphrines (le plus souvent isomère I) traduisant un déficit en uroporphyrinogène III synthase, aussi retrouvées dans les érythroblastes médullaires, les hématies et dans les selles.

Aucun traitement systémique n'a fait preuve de son efficacité, les mesures de photoprotection, le charbon par voie orale, les transfusions itératives plus ou moins une splénectomie sont des alternatives thérapeutiques préventives en attendant une allogreffe et c'est le cas pour notre patiente. **Conclusion :**

La PEC est une maladie rare avec une évolution mutilante du visage et des extrémités avec risque d'hémolyse sévère pouvant engager le pronostic vital du patient et dont l'allogreffe de la moelle osseuse constitue le seul traitement curatif.

L'identification de mutations responsables de déficit enzymatique est actuellement possible par les techniques de biologie moléculaire permettant ainsi une enquête familiale dans le cadre du conseil génétique chez les familles à risque.

Mots clés : Porphyrie, érythropoïétique, congénitale, érythrodontie

16. Xeroderma pigmentosum compliqué de Lésions tumorales de la langue : à propos d'un cas

N.BENNOUNA, F.Z ELFETOIKI, F.HALI, H.Skalli, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc.

INTRODUCTION
Xeroderma pigmentosum (XP) est une génodermatose rare caractérisée par la survenue dès l'enfance de tumeurs cutanées.
Nous rapportons un cas rare d'une tumeur du bord antérieur de la langue chez une patiente de 10 ans suivie pour XP.

OBSERVATION
Une fille de 10 ans atteinte de XP, issus d'un mariage consanguin, et ayant des antécédents de carcinomes basocellulaires du visage opérés il y'a 2 ans, avec à l'interrogatoire une notion de morsure la langue il y' a 4 mois, a présenté une tumeur de la partie antérieure de la langue évoluant depuis 2 mois saignante au contact.
L'examen clinique retrouvait deux lésions tumorales nodulaires situés au bord antérieure de la langue, mesurant respectivement 2 cm et 3 cm chacune.
L'examen histopathologique des deux formations nodulaires avait retrouvé un tissu de granulation polymorphe, comportant de nombreux vaisseaux néoformés en éventail vers la surface épidermique révélant un granulome pyogénique sans signe de malignité.

DISCUSSION
L'incidence des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale tend à être plus élevé dans les populations atteintes de XP, toutefois le granulome pyogénique doit être pris en compte dans le diagnostic différentiel des tumeurs de la langue chez les patients atteints d'XP.
Très peu de cas de granulomes pyogéniques mimant des carcinomes épidermoïdes ont été rapportés, par conséquent une biopsie est nécessaire pour l'analyse histopathologique afin d'éviter les retards diagnostic et d'améliorer le pronostic en cas de tumeurs malignes.

17. Insensibilité congénitale à la douleur compliquée d'ostéomyélite et d'amputation : à propos d'un cas

Naji Chadia, Bendaoud Layla, Hocar O, Amal S
Service de dermatologie et vénérologie CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc
Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad
Laboratoire bioscience et santé Fmpm **Introduction** :

L'insensibilité congénitale à la douleur (ICD), également connue sous le nom de neuropathie sensorielle et autonome héréditaire de type IV, est une maladie génétique autosomique récessive rare causée par des mutations du gène SCN9A. Elle se caractérise par une incapacité à percevoir la douleur présente dès la naissance en raison de l'absence ou du dysfonctionnement des nocicepteurs.

Objectif : Nous rapportons l'observation d'un enfant de 11 ans qui présente une insensibilité congénitale à la douleur.

Observation :
Adolescent de 11 ans, issu d'un mariage consanguin, suivi pour une ostéomyélite de la jambe gauche compliquée d'une amputation. Il présentait depuis l'âge de 1 an une insensibilité à la douleur. La famille rapporte une notion de mutilations post-traumatiques et de retard psychomoteur. L'examen retrouvait une mutilation des phalanges distales des deux mains avec une kératodermie palmoplantaire diffuse. L'examen de sensibilité était normal. Le traitement repose sur des mesures prophylactiques, ainsi que sur la sensibilisation du patient et de sa famille aux mesures pour éviter les traumatismes.

Discussion :

L'insensibilité congénitale autosomique récessive à la douleur est une maladie rare, affectant très peu d'individus, mais avec une distribution mondiale. Certains cas de consanguinité ont été décrits chez les patients atteints. Cliniquement, elle est caractérisée par trois signes cliniques : insensibilité à la douleur, incapacité à transpirer et retard mental.

L'approche thérapeutique est encore en évolution et reste controversée. Les options thérapeutiques se limitent au traitement des symptômes et à la protection contre l'automutilation, les fractures et les infections des plaies, qui peuvent conduire à l'amputation.

La meilleure approche thérapeutique pour les patients atteints de cette maladie semble être basée sur des mesures prophylactiques telles que des appareils orthodontiques pour la mise en charge précoce des fractures non chirurgicales et un suivi précis pour éviter les complications manquantes.

16. Maladie de Darier et cancer du sein : une vraie association ou un incident fortuit ?

A.Kerouach, F.Hali , F.Marnisi , S.Chiheb
Service de Dermatologie, Service d'anatomie pathologique
CHU Ibn Rochd , Casablanca ,Maroc

INTRODUCTION :
la maladie de Darier est un trouble rare de la kératinisation ayant une origine génétique, son association à des néoplasies diverses était notifiée, nous en rapportons un nouveau cas
OBSERVATION :
Il s'agit d'une patiente agée de 67 ans , sans antécédents pathologiques notables , qui vient d'etre diagnostiquer d'un carcinome du sein, adressée à notre consultation pour le diagnostic et la prise en charge d'une dermatose prurigineuse évoluant depuis l'âge de 25 ans qui évolue par poussée rémission et pour laquelle la patiente n'a jamais consulté , l'interrogatoire avait objectivé une notion d'aggravation de la dermatose après le diagnostic de sa néoplasie . L'examen dermatologique avait objectivé des papules croûteuses de quelques millimètres de diamètre, kératosiques, de couleur brun jaunâtre, confluantes pour former des plaques verruqueuses siégeant principalement au niveau des zones séborrhéiques notamment les grands plis , la région présternale et le cuir chevelu . Une biopsie d'une papule avait montré un épiderme hyperothokératosique formant des bouchons cornés, avec un décollement suprabasal acantholytique focal compatible avec la maladie de Darier. L'initiation de la chimiothérapie associé à un traitement symptomatique a base de corticoïdes locaux ont permis une résolution quasi complète de sa dermatose.
DISCUSSION :
La maladie de Darier est une affection héréditaire chronique de transmission autosomique dominante de pénétrance et d'expressivité variables, dont le gène est localisé sur le chromosome 12q23-24.1 (gène ATP2 A2). Nous présentons à travers notre observation une association exceptionnelle de la maladie de Darier et le cancer du sein, cette dyskératose rare a été associée à des néoplasies notamment de l'estomac et de l'œsophage comme etant un phénomène paranéoplasique, qui pourrait être expliquée par une susceptibilité génétique démontrée pour certaines génodermatoses

17. Épidermolyse bulleuse héréditaire au maroc: à propos de 44 cas

N.BENNOUNA, F.Z ELFETOIKI, F.HALI, H.Skalli, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc.

Introduction :
Les épidermolyses bulleuses héréditaires (EBH) constituent un groupe hétérogène de maladies génétiques rares, affectant la cohésion dermo-épidermique, aboutissant ainsi à la formation de bulles et d'érosions cutanées et muqueuses, localisée ou généralisée.

L'objectif de notre travail est l'étude de caractéristiques épidémio-clinique des EBH au service de dermatologie du CHU de Casablanca.

Matériel et méthode :
Étude rétrospective sur une durée de 9 ans, allant de janvier 2013 à avril 2021, colligeant les cas d'EBH pris en charge au service de dermatologie du CHU de Casablanca. Les données ont été analysées avec le logiciel Epi-info version 3.5.1.

Résultats :
44 cas ont été colligés, dont 20 de sexe masculin et 24 de sexe féminin avec un sex-ratio de 0,83. La moyenne d'âge était de 69,9 mois, allant de 0 à 23 ans. La consanguinité était présente dans 32 cas (72%), un cas similaire dans la fratrie dans 17 cas (38%).

Les cas d'EBH se répartissaient en : EBH simple dans 15 cas (60%), EBH dystrophique dans 7 cas (28%), et EBH jonctionnelle dans 3 cas (12%).

Les lésions comportaient des érosions et des bulles dans la totalité des cas, des grains de milium dans 15 cas (34%), atrophie et cicatrices dystrophiques dans 16 cas (36%), hyperpigmentation dans 7 cas (16%), alopécie dans 2 cas (4,5%), une kératodermie palmo-plantaire dans 1 cas (2,2%).

L'atteinte était diffuse dans 16 cas (36,3%), avec atteinte muqueuse dans 16 cas (36,3%) et une atteinte unguéale dans 19 cas (43,1%) et des anomalies dentaires dans 9 cas (20,4%). Les complications étaient l'infection dans 9 cas (20,4%), anémie dans 10 cas (22,7%), contracture en flexion des membres dans 2 cas (4,5%), syndactylie dans 5 cas (11,3%), retard staturopondéral dans 8 cas (18,1%), syndrome inflammatoire chronique dans 2 cas (4,5%) compliqué d'amylose.

6 patients sont décédés dans des tableaux de dénutrition et surinfection (13,6%) et 6 ont été perdus de vue (13,6%).

Les parents ont été impliqués dans les soins et éduqués, aucun parent ne connaissait la maladie auparavant. 30% des enfants étaient dépendants de leurs parents pour leur activité quotidienne et ne s'intégraient pas avec les enfants de leur âge. 21 patients (47,7%) n'étaient pas scolarisés à cause de leur maladie.

Discussion :
Les EBH sont un ensemble de pathologies rares et hétérogènes posant des difficultés diagnostiques et de prise en charge dans notre contexte, les complications infectieuses sont fréquentes notamment chez le nouveau-né, La prévention par le conseil génétique devrait être une étape fondamentale de la prise en charge.

En conclusion, nous avons pu retenir certaines particularités à travers notre série, la consanguinité très fréquente, les complications nutritionnelles et infectieuses menant parfois au décès. Le pronostic varie considérablement et dépend à la fois du sous-type d'EBH et de l'état général du patient d'ou la nécessite d'une prise en charge multidisciplinaire.

Dermatologie et COVID19

1. Aggravation de dermatoses bulleuses auto-immunes après le vaccin covid 19 : à propos de deux cas.

F.chahboun, M.alj, F.agharbi, M.eljazouly ,S.chiheb
Service de dermatologie, hôpital universitaire international cheikh Khalifa Casablanca

Introduction :

En 2021, une nouvelle phase de la pandémie de la Covid 19 a été entamée, plusieurs vaccins ont été approuvés, cependant de nombreux effets secondaires ont été rapportés notamment dermatologiques. Nous rapportons deux cas d'aggravation de dermatose bulleuses autoimmune après la vaccination contre la covid 19.

Observations :
Cas 1 : Mr B.J âgé de 36 ans, allergique à la pénicilline, suivi depuis environ plusieurs mois pour un pemphigus séborrhéique avec blanchiment stable sous DDS, avait présenté une éruption cutanée bulleuse érosive diffuse deux semaines après sa vaccination contre la Covid 19 évoluant dans contexte apyrétique sans notion de prise médicamenteuse ni d'herpes précéssif . Le bilan biologique était sans particularités. Le patient a été mis sous traitement local avec bonne évolution .

Cas 2 : Mr N.M âgé de 73 ans Diabétique type 2 sous ADO, suivi pour une dermatose bulleuse avec atteinte muqueuse non documentée traitée par corticothérapie orale avec une bonne évolution , avait présenté 10 jours après sa vaccination Covid 19 une éruption cutanée généralisé.
L'interrogatoire ne rapportait pas la notion de prise médicamenteuse, ni de signes fonctionnels d'appel d'une néoplasie sous-jacente.

L'examen dermatologique notait un aspect polymorphe fait de lésions bulleuses tendues a contenu liquidien clair et hémorragique , reposant sur une peau saine et érythémateuse par endroit, des érosions post bulleuses diffuses à toute la surface corporelle, associés à un signe de nikolsky positif
Plusieurs diagnostic ont été discutés : pemphigus vulgaire, pemphigus paranéoplasique, Toxidermie, Aggravation d'une DBAI préexistante après vaccin Covid 19.

Un bilan paranéoplasique a été réalisé ne révélant pas d'anomalie notable.

Discussion :

De nombreux effets secondaires cutanés de gravité variable ont été décrits à la suite de la vaccination contre la covid 19 : les réactions au site d'injections immédiates ou retardés étaient les plus fréquemment décrits.
Une série d'autres manifestations dermatologiques variable ont été rapportées à type de rashes cutanés, d'urticaire, de lésions pernio-like, de lichen plan, d'érythème polymorphe, d'eczéma, et d'aggravation de dermatose préexistante.

Nos patients illustrent un effet secondaire cutané peu décrit de la vaccination par réactivation immunologique d'une pathologie auto-immune préexistante.

Conclusion :

Bien que les vaccins jouent un rôle déterminant dans la lutte contre la pandémie, d'importantes lacunes subsistent, notamment en ce qui concerne la compréhension des mécanismes physiopathologiques entre ces vaccins et les effets secondaires cutanés qui leur sont associés.

3. Incidence et pronostic de la COVID-19 chez les patients suivis pour pemphigus et pemphigoïde bulleuse : étude rétrospective comparative

I. Moubine[1], F. Hali[1], S. Housbane[2], S. Chiheb[1]
[1]Service de Dermatologie et de Vénéréologie de Casablanca
[2]Service d'Informatique Médicale de Casablanca

Introduction:
L'infection par le SRAS-CoV-2 s'est rapidement propagée dans le monde. Les maladies bulleuses auto-immunes sont associées à un risque plus élevé d'infections. Le but de cette étude est de comparer les caractéristiques de l'infection au COVID-19 chez les patients suivis pour pemphigus et pemphigoïde bulleuse.
Patients et méthodes :
Il s'agit d'une étude comparative rétrospective réalisée dans le service de dermatologie et vénéréologie de Casablanca au Maroc. Les patients atteints de pemphigoïde bulleuse et de pemphigus d'âge et de sexe comparables suivis entre janvier 2015 et janvier 2021 ont été inclus dans cette étude.
Résultats :
Quatre-vingt-un patients ont été inclus dans cette étude. Trente (37%) patients étaient suivis pour une pemphigoïde bulleuse et cinquante et un (63%) patients suivis pour un pemphigus. Les caractéristiques démographiques et la durée de la maladie étaient comparables dans les deux groupes ($p>0,05$). L'hypertension et le diabète étaient plus fréquents chez les patients atteints de pemphigoïde bulleuse ($p<0,05$). Huit (27%) patients suivis pour pemphigoïde bulleuse ont signalé un contact avec des patients confirmés COVID-19, sept (87,5%) d'entre eux ont été atteint de la COVID-19 tandis que seize (31%) patients suivis pour pemphigus ont signalé un contact avec des patients confirmés COVID-19, neuf (56%) d'entre eux ont été atteints de la COVID-19 ($p>0,05$). Les symptômes légers à modérés : symptômes pseudogrippaux, toux, fièvre légère, anosmie, agueusie ont été présents dans les 2 groupes ($p> 0,05$).
Cinq (71%) patients suivis pour pemphigoïde bulleuse ont présenté des symptômes sévères : pneumonie avec insuffisance respiratoire versus un (11%) patient suivi pour pemphigus ($p<0,05$). Le pourcentage moyen d'atteinte pulmonaire était de 68 % chez les patients suivis pour pemphigoïde bulleuse contre 29 % chez les patients suivis pour pemphigus ($p<0,05$). Quatre (57%) patients suivis pour pemphigoïde bulleuse ont été pris en charge dans un service de soins intensifs contre un (11%) patient atteint de pemphigus ($p<0,05$). Tous les patients atteints de pemphigus ont été guéris contre trois (43 %) patients atteints de pemphigoïde bulleuse ($p<0,05$).
Discussion :
Bien que l'âge avancé et les comorbidités telles que l'hypertension et le diabète représentent des facteurs de risque majeurs pour une forme grave de la COVID-19, le rôle de l'immunosuppression est controversé. Dans notre étude, nous n'avons pas pu conclure que les stéroïdes systémiques et les agents immunosuppresseurs prédisent une maladie COVID-19 sévère, car les patients atteints de pemphigus dans notre étude étaient plus souvent sous ces traitements et n'ont pas développé plus de formes sévères de la COVID-19. Une étude

précédente a révélé que la mortalité associée au COVID-19 était significativement élevée chez les patients atteints de PB. Dans notre étude, les patients atteints de PB avait significativement plus de comorbidités telles que l'hypertension et le diabète, ce qui peut expliquer l'évolution sévère du COVID-19 dans ces cas.
Conclusion :
Les stéroïdes systémiques et les agents immunosuppresseurs ne prédisposent pas à une évolution sévère du COVID-19. Par conséquent, la suspension de ces traitements n'est pas conseillée. Les patients atteints de pemphigoïde bulleuse doivent être étroitement surveillés en raison de leur âge avancé et de leurs comorbidités.

3. La desquamation acrale, complication tardive de la COVID-19

Z. Zeggwagh, S. Kerroum, N. Ismaili, M. Meziane, L. Benzekri, K. Senouci Dermatologie et Vénérologie, Hopital Ibn Sina - Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction: Depuis l'identification du SARS-CoV-2 en 2019, de multiples manifestations cutanées ont été décrites au cours de la COVID-19 telles les éruptions morbilliformes, urticariennes ou vésiculaires et les dermatoses vasculaires (pseudo-engelures, purpura, livédo). Une manifestation tardive a aussi été décrite qualifié de syndrome inflammatoire multisystémique de type Kawasaki chez les enfants et récemment chez les adultes. Parmi les lésions tardives, nous rapportons deux cas ayant développé une autre lésion tardive à type de desquamation acrale après la résolution de la COVID-19.

Observation n°1: Mme ZAZ, 65 ans, traitée pour un cancer du sein en 1995 et suivie pour une hypothyroidie, a présenté en juillet 2021 des céphalées intenses et des myalgies dans un contexte fébrile. L'examen clinique a révélé une tachypnée à 30c/min sans signe de lutte ni de choc. La SpO2 a été de 90% nécessitant la mise sous oxygène. La rtPCR SARS-CoV-2 a été positive. La CRP a été à 16,2 mg/l et le reste du bilan biologique normal. La TDM thoracique a révélé des atélectasies apicales. L'évolution a été marquée par l'apparition d'un purpura pétechial à J+2 ayant regressé en 3 jours puis d'une anosmie. La patiente a été sevrée de l'oxygène à J+9. A J+16, une desquamation sans érythème est apparue au niveau de la pulpe des doigts des 2 mains sans effluvium télogène ni de lignes de beau et d'évolution favorable.

Observation n°2: Mme LA, 62 ans, traitée pour diabète de type 2 sous insuline, a présenté en août 2021 des céphalées avec asthénie, toux sèche, dyspnèe à l'effort, myalgies et arthralgies dans un contexte fébrile. A l'examen, la patiente a été tachypnéique à 28 c/min avec une SpO2 à 90% mal supportée ayant conduit à l'admission en réanimation et oxygénation par masque à haut débit en alternance avec la ventilation non invasive. La rtPCR COVID-19 a été positive, la CRP à 80 mg/l et les Ddimères à 750 ng/ml. Sur la TDM, l'atteinte pulmonaire a été estimée à 50%. L'évolution est marquée par l'amélioration respiratoire. Deux semaines après la sortie de la réanimation, la patiente a présenté une desquamation palmo-plantaire non prurigineuse d'évolution favorable sous émollient.

Discussion : Un événement systémique soudain telle qu'une maladie virale peut souvent perturber la croissance des kératinocytes de la peau. Cela peut s'expliquer par la réponse inflammatoire systémique virale accrue conduisant à une anergie du cycle cellulaire ou à l'arrêt des cellules à division rapide. Ces processus inflammatoires augmenteraient la dégradation des cornéodesmosomes entraînant une desquamation ultérieure et l'apparence physique d'une desquamation sèche acrale observée chez nos 2 patientes. Il est important

d'informer les patients que ces changements cutanés finiront par s'améliorer et que les apparences de base seront restaurées. Étant donné que les manifestations cutanées peuvent être le seul symptôme présent chez 12 % des patients COVID-19, la poursuite des notifications est justifiée pour cerner complètement le spectre de ces manifestations.

Conclusion : Dans le contexte de la pandémie actuelle, l'apparition d'une desquamation acrale devra faire penser à une manifestation post-COVID-19 et inciter à rassurer le patient de la bénignité de la symptomatologie.

4. Un cas d'une Dermatose à IgA linéaire survenant après le vaccin AstraZeneca® anti Covid 19

A.Kerouach ,F.Hali, H.Alataouna, A.miftah, S.Chiheb , H.Lakhdar
Service de Dermatologie , centre d'anatomie pathologique , Service de pharmacologie et toxicologie
CHU Ibn Rochd , Casablanca , Maroc

Introduction

La dermatose à IgA linéaire (DigAL) est une éruption vésiculobulleuse sous-épidermique à médiation immunitaire caractérisée par des dépôts linéaires d'IgA au niveau de la zone de la membrane basale. La plupart des cas sont idiopathiques, mais les médicaments, les infections, les traumatismes cutanés et les tumeurs malignes sont des inducteurs potentiels de la DigAL. Nous rapportons le premier cas d'une dermatose à IgA linéaire survenant après le vaccin Astrazeneca® anti Covid 19 chez un patient adulte.

Observation

Il s'agit d'un patient agé de 61 ans qui a présenté une éruption bulleuse 3jours après la deuxième dose du vaccin Astrazeneca®.L'examen histopathologique avait objectivé une bulle sous-épidermique et un infiltrat dermique superficiel composé de polynucléaires neutrophiles et de quelques éosinophiles et l'immunofluorescence directe avait monté des dépôts fins et linéaires d'IgA +/- IgG, C3 le long de la membrane basale dermo-épidermique confirmant ainsi le diagnostic de DigAL. En raison du délai entre la prise du vaccin et l'apparition de l'éruption, il a été considéré que le vaccin Astrazeneca® anti covid 19 peut induire une DigAL avec, ce qui a été confirmé par l'enquête pharmacologique.

Discussion

Le vaccin Astrazeneca® anticovid 19, comme d'autres agents exogènes tels que les médicaments et les infections, peut déclencher une auto-immunité chez des individus génétiquement susceptibles. Comme cela a été suggéré dans la DigAL induite par les médicaments, les cellules T spécifiques du vaccin et leurs cytokines peuvent jouer un rôle important, car les interleukines IL-4, IL-5, IL-6, IL-10 et le facteur de croissance transformant β augmentent la synthèse d'IgA. Néanmoins, nous souhaitons alerter les cliniciens sur la possible survenue d'une DigAL post vaccin anti covid 19.

5. Dress syndrome post vaccin *ChAdOx1 nCoV-19* : à propos d'un cas

F.AMAKHA[1], H.MARGHADI[1], O.HOCAR[1], S.AMAL[1] S.KHATEM[2], S.ZAOUI[2]

Service de dermatologie –vénéréologie [1], Service de Pharmacologie et Toxicologie [2], CHU Mohammed VI, laboratoire bioscience et santé. Université Cadi Ayyad, FMPM. Marrakech. Maroc.

Introduction : DRESS syndrome est une toxidermie sévère, potentiellement mortelle, associant un ensemble de manifestations cliniques et biologiques. Les vaccins destinés à prévenir l'infection par le SRAS-CoV-2 sont considérés comme l'approche la plus prometteuse pour enrayer la pandémie et font l'objet d'efforts vigoureux. À la fin de 2020, plusieurs vaccins étaient disponibles pour être utilisés dans différentes régions du monde. Le vaccin ChAdOx1 COV 19 faisait partie des premiers vaccins utilisés. Nous rapportons un cas de Dress syndrome comme effet secondaire cutané du vaccin *ChAdOx1 nCoV-19* (AstraZeneca®).

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 42 ans, il a consulté pour un rash maculeux, prurigineux, évoluant dans un contexte de fièvre, installé deux semaines après la première dose du vaccin *ChAdOx1 nCoV-19* (AstraZeneca®), sans aucune prise médicamenteuse. L'examen clinique a objectivé, un rash étendu, un œdème du visage et une douleur abdominale, sans adénopathies ni hépatosplénomégalie. Le bilan biologique a objectivé une éosinophilie sévère et une lipasémie à 189UI/L. Le reste du bilan biologique était normal. La radiographie thoracique était normale, le scanner abdominale était en faveur d'une pancréatite stade A de Balthazar. Une étude de la pharmacovigilance était faite et l'imputabilité du vaccin *ChAdOx1 nCoV-19* (AstraZeneca®) dans notre cas était prouvée. Le patient était mis sous Corticothérapie générale, antihistaminique, un repos digestif et inhibiteur de la pompe à protons.

6. Effets secondaires cutanées du vaccin ASTRAZENECA

Expérience du service de Dermatologie du CHU Hassan 2 de Fès.

El bennaye H (1), Douhi Z (1), Elloudi S (1), Baybay H (1), Mernissi FZ (1)

Introduction :
Le développement d'un vaccin sûr et efficace contre la COVID-19 est devenu une priorité mondiale. Avec l'augmentation de l'administration des vaccins, la connaissance et la compréhension des effets indésirables est essentielle.

But :
Connaitre les principaux effets secondaires cutanés du vaccin ASTRAZENECA, comment les prévenir et les gérer.

Matériels et méthodes :
Etude prospective étalée sur une période de 2 mois, menée au centre hospitalier Hassan 2, Fès- Maroc, incluant les personnels hospitaliers ayant reçu deux doses du vaccin ASTRAZENECA.

Résultats : Nous avons colligé 764 cas. L'âge moyen était de 31.74 ans. 56,5% étaient des femmes.
59,6% avaient des antécédents dont 25,1% avaient été infecté par le virus, 0,8% hypertendus, 1,6% diabétiques, 9,4% atopiques, 0,1% suivi pour une cardiopathie, 0,3% avaient des antécédents de maladies thromboemboliques, 0,3% avaient déjà présenté une réaction allergique au vaccin et 0,1% avaient déjà reçu une injection de produits de comblements. Tous étaient stables sur le plan hémodynamique et respiratoire après l'administration du vaccin. Sur le plan cutané, 28,4% ont présenté des effets indésirables. Les effets secondaires collectés étaient locaux : une rougeur (1,4%), un gonflement (1,3%), une induration (2,6%), une sensibilité et douleur au site d'injection (26,4%), une douleur étendue à tous le bras (1,6%), une chaleur (2%), ou à distance du site d'injection : un œdème scrotal (0,1%), un rash (0,4%), un prurit (0,1%), un herpès labial (0,1%) et une éruption acnéiforme du visage

(0,3%). La totalité du personnel a été traité en ambulatoire, la gestion était symptomatique par traitement local et antihistaminiques ou spécifique en fonction de l'étiologie avec une bonne évolution. Aucune contre-indication n'a été retenue concernant l'administration de la deuxième dose.

Discussion :

Les effets secondaires les plus fréquents du vaccin ASTRAZENECA sont bénins et de courte durée.

La majorité des effets indésirables étaient d'intensité légère à modérée et disparaissaient généralement quelques jours après la vaccination. Par rapport à la première dose, les effets indésirables signalés après la deuxième dose étaient plus légers et moins fréquents.

Les effets indésirables cutanés les plus fréquemment rapportés ont été les suivants : une sensibilité, une douleur, une chaleur, un érythème, un gonflement, un prurit ou une ecchymose au point d'injection.

Conclusion :

Alors que le monde lutte contre le COVID-19, les dermatologues jouent un rôle essentiel en soutenant les efforts de vaccination, en rassurant les patients sur les effets indésirables potentiels et en renforçant la surveillance continue de la sécurité des vaccins.

8. Erythème noueux post vaccin antiCOVID-19 :3 cas

C.Marmech (1); F.Hali (1) ; H.Alatawna (2) ; S.Chiheb(1)
(1) : Service de Dermatologie vénérologie CHU Ibn Rochd , (2) : centre d'anatomie pathologique Ibn zohr ; Casablanca ; Maroc

Introduction :

L'érythème noueux (EN) est une réponse d'hypersensibilité retardée due à plusieurs étiologies dont les infections et les vaccins. De rares cas d'EN post COVID-19 ont été récemment signalés, mais aucun EN due aux vaccins antiCOVID-19 n'a été documenté. Nous rapportons 3 cas d'EN post vaccination antiCOVID-19.

Observation :

Trois patientes, ayant respectivement un cancer du sein en rémission, une cardiopathie et une tendinite,ont consulté pour des nodules douloureux des membres, évoluant depuis un mois. Les âges étaient de 66, 62 et 46 ans. L'enquête a retrouvé la survenue de l'EN respectivement de 2 ,4 et de 3 jours après la deuxième injection du vaccin 'Astrazeneca'. Aucune patiente ne rapportait d'épisode infectieux precessif. L'examen physique retrouvait des dermohypodermites érythémateuses des 4 membres chez l'une des patientes et des 2 membres inférieurs uniquement chez les 2 autres. Certaines lésions avaient un aspect régressif selon la couleur de la biligénèse. Leurs diamètres variaient de 2 à 3 cm .Il n'y avait pas d'adénopathies palpables. Les bilans biologiques et radiologiques étaient sans particularités. La biopsie cutanée était realisée chez 1 patiente montrant une hypodermite septale fibrosante sans atteinte vasculaire associée à un infiltrat granulomateux dermohypodermique suggérant un EN. Les patientes ont reçu un traitement symptomatique fait de vitamine C, antihistaminique et dermocorticoïdes avec légère amélioration.

Discussion:

L'EN est la forme clinique la plus fréquente d'hypodermite aiguë chez les femmes entre 20 et 40 ans. Dans notre cas, l'apparition de l'EN était tardive dans 2 cas. Les manifestations typiques de l'EN sont des nodules érythémateux, douloureux, bilatéraux ,principalement sur les membres inférieurs. Chez une patiente les lésions étaient situées sur les 4 membres. L'EN

se résout habituellement spontanément en 8 semaines. Le diagnostic est habituellement clinique mais dans certains cas douteux, une biopsie peut être nécessaire montrant une inflammation de la jonction dermohypodermique contenant des neutrophiles et des éosinophiles, se transformant en un infiltrat de lymphocytes et d'histiocytes . Des granulomes histiocytaires, connus sous le nom de granulomes radiaux de Miescher, peuvent être trouvés comme dans chez notre patiente.
Chez nos malades, l'administration récente du vaccin a déclenché l'EN. A notre connaissance, aucune association antérieure entre l'EN et le vaccin COVID-19 n'a été rapportée ce qui rend notre observation intéressante.

Conclusion :

Nous rapportons trois cas exceptionnels d'EN survenant après la vaccination antiCOVID-19. De plus en plus de personnes vont se faire vacciner. Les cliniciens doivent donc être attentifs aux effets secondaires des vaccins antiCOVID-19, notamment aux manifestations cutanées.

8. *Un cas rare d'érythrodermie psoriasique post vaccin Covid*

K.OUJENNANE[1.2], R. KAOUA[1.2] , K.EL MACHICHI[1.2] , S.AMAL[1.2], O.HOCAR[1.2]
[1] service de dermatologie, CHU Mohammed VI , Marrakech
[2] Laboratoire Bioscience et santé , FMPM université Caddi Ayyad, Marrakech

Introduction :

Le vaccin SARS-CoV-2 est un vaccin inactivé contre le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère. Les effets secondaires graves du vaccin contre le coronavirus restent très rares. Au fur et à mesure que le nombre de personnes vaccinées augmente, les effets indésirables rares apparaissent. Nous rapportons ici le deuxième cas d'érythrodermie psoriasique post vaccinale qui a été admis dans notre service(le premier cas a été décrit en Turqie).

Observation :

Un patient âgé de 47 ans, ayant comme ATCDs un psoriasis en gouttes depuis 6 ans sous traitement local en cas de poussée, se présentait aux urgences dermatologiques pour des lésions érythérmato-squameuses généralisées, 10 jours après la prise de la première dose de vaccin contre le covid (Sinopharm). L'examen dermatologique a révélé une érythrodermie sèche avec une kératodermie palmo-plantaire. Le bilan biologique a révélé un diabète de découverte fortuite et le reste du bilan étiologique était négatif. Le patient a été mis sous traitement local avec méthotrexate avec une très bonne amélioration .

Discussion :

Le "psoriasis vaccinal" est une affection rare décrivant un psoriasis consécutif à une vaccination. Il a été rapporté que la vaccination et l'immunothérapie peuvent provoquer des réactions psoriasiques. Le mécanisme possible pourrait être lié à l'activation des cellules Th1 et Th17 et productrices des cytokines TNF-α, IFN-γ, IL-12, IL-22 et IL23 qui provoquent des réactions cutanées psoriasiques. Seulement quelques observations de psoriasis vaccinal ont été rapportées : Un cas de psoriasis en gouttes après l'administration intravésicale de BCG pour traiter un cancer de la vessie et d'autres cas de poussées de psoriasis après la vaccination contre la grippe H1N1.

Onsun et al ont rapporté un cas d'un patient de 72 ans atteint de psoriasis qui a développé une poussée de psoriasis pustuleux généralisé après l'administration de CoronoVac (Sinopharm), le patient a été mis initialement sous acitrétine (25 mg/j) sans aucune amélioration puis L'infliximab en perfusion intraveineuse à 5 mg/kg avec une rémission complète.

Apres ces deux observations de poussée graves de psoriasis après d'administration de CoronoVac (Sinopharm) chez des patients connus psoriasiques , on peut conclure l'obligation de faire prudence et surveillance des patients psoriasiques en cas d'administration de vaccin SARS – CoV 2.

13. Érythème polymorphe post vaccin COVID 19

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

Introduction:

L'érythème polymorphe est une dermatose éruptive aigue qui se manifeste par des lésions en cocardes typiques intéressants la peau et les muqueuses.
Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 66 ans présentant un érythème polymorphe suite au vaccin COVID 19.

Observation :

Patient âgé de 66 ans, tabagique chronique, sans antécédent d'aphtose buccale ni de prise médicamenteuse, qui avait présenté une éruption cutanée diffuse 2 jours après sa deuxième dose du vaccin COVID 19 associée à des céphalées et de sensations fébriles.
L'examen dermatologique retrouvait des lésions maculo-papuleuses en cocarde confluentes par endroit, centrées par des bulles, localisées au niveau du dos, du tronc et des dos des mains, associées à des érosions muqueuses nasales et à des lésions urticariennes diffuses. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire minime et les sérologies herpétiques étaient négatives. La TDM thoracique n'avait pas objectivé d'anomalies. Un traitement par antihistaminique et corticoïdes a été instauré avec bonne évolution clinique
.

Discussion :

L'originalité de notre observation est la rareté de l'érythème polymorphe post vaccin COVID 19.

L'érythème polymorphe est une réaction d'hypersensibilité à médiation immunologique le plus souvent post infectieuse essentiellement à virus herpès simplex ou à Mycoplasma pneumoniae. Cependant certaines revues sur des cas isolés ou de petites séries ont démontrées que certains vaccins peuvent être incriminés notamment les vaccins contre l'hépatite B, la rubéole, HPV, la grippe, les oreillons … Ainsi que des cas isolés d'érythème polymorphe ont été décrits comme effets secondaires nouvellement analysés du vaccin le COVID 19.

Dans notre cas, devant l'absence de facteurs étiologiques, nous avons impliqué le vaccin COVID 19 dans la survenue de l'érythème polymorphe.

14. Fasciite de Shulman post vaccin COVID 19

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

Introduction:

La fasciite de Shulman ou à éosinophiles est une maladie du tissu conjonctif rare, décrite par Shulman en 1974, caractérisée par un œdème symétrique, induré et douloureux et un épaississement de la peau et des tissus mous. Le diagnostic est évoqué par la clinique, conforté par l'IRM et confirmé par l'histologie.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 66 ans qui a présenté une fasciite de Shulman suite au vaccin COVID 19.

Observation :

Patiente âgée de 60ans, ayant comme antécédent une hypertension artérielle équilibrée sous traitement, qui avait présenté, 10 jours après sa deuxième dose du vaccin contre le COVID 19, un prurit intense compliqué de lésions hyperpigmentées indurées au niveau de la ceinture pelvienne s'étendant progressivement sur l'ensemble du corps.

L'examen clinique retrouvait des lésions scléreuses, hyperpigmentées, confluentes, infiltrées, symétriques et entendues, épargnant le visage et les extrémités , associées à un œdème bilatéral au niveau des deux membres inférieurs sans notion d'atteinte muqueuse ni d'atteinte viscérale décelables.

Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire minime avec une hyperéosinophilie importante à 2950/ul et des anticorps antinucléaires positifs à 640.

La biopsie cutanéo-fascio-musculaire objectivait une fibrose importante s'étendant à l'hypoderme d'aspect sclérodermique associée à un infiltrat inflammatoire périvaculaire riche en lymphocytes et en polynucléaires éosinophiles.

L'aspect IRM était en faveur d'un épaississement avec infiltration œdémateuse des parties molles et des fascias musculaires superficiels et profondes.

La patiente a bénéficié d'un traitement de prednisone à dose de 1 mg/kg/jour associé au méthotrexate 10 mg/semaine.

Discussion :

L'originalité de notre observation est la rareté de la fasciite de Shulman et son association au vaccin COVID 19.

La fasciite de Shulman est un syndrome sclérodermiforme rare pouvant survenir à tout âge. Le début est souvent brutal, un facteur déclenchant comme un effort physique intense ou un traumatisme est noté chez 30 à 46% des patients.

Cependant très peu de cas de fasciite de Shulman post vaccinale sont rapportés dans la littérature dont l'étiopathogénie demeure toujours inconnue, bien qu'un mécanisme autoimmunologique soit présumé. Ceci est dû à la présence d'hypergammaglobulinémie, à la réponse aux stéroïdes et à la présence de facteur rhumatoïde, d'anticorps antinucléaires et de complexes immuns dans certains cas.

15. Granulome annulaire post vaccin anti covid 19

H.DOUMA, O.LAFDALI, O.HOCAR, S.AMAL
SERVICE DE DERMATOLOGIE VENEROLOGIE
CHU MOHAMED VI, MARRAKECH
Laboratoires biosciences et santé

Introduction :

Le granulome annulaire (GA) est une dermatose inflammatoire bénigne et d'étiologie inconnue. Son diagnostic est clinique.
On distingue différentes formes de granulomes annulaires : le GA localisé, généralisé, perforant et sous-cutané.
Nous rapportons le cas d'un granulome annulaire survenant chez un patient âgé de 55ans, après le vaccin covid 19 (ASTRAZENECA). **Observation :**
Il s'agit d'un patient âgé de 55ans, sans antécédents pathologiques particuliers, ayant reçu la 1ere dose du vaccin anti covid 19 il y a un mois, trois jours après le patient a présenté des lésions annulaires *à* centre clair et *à* bordure érythémateuse et surélevée, initialement localisée au niveau du site vaccinal et secondairement généralisée, sans autre signes associés
Le diagnostic d'un granulome annulaire a été retenu sur des critères cliniques et histologiques.
Discussion :
La relation de causalité entre granulome annulaire et le vaccin anti covid 19 peut paraître évidente lorsque l'éruption débute sur le site vaccinal mais elle n'est pas facile à prouver. Le diagnostic repose essentiellement sur l'absence d'autre étiologie de granulome annulaire et sur des délais compatibles. Quand une vaccination semble être à l'origine d'un granulome annulaire, on peut évoquer le rôle du traumatisme initial lié à l'injection, et surtout, l'inoculation de l'antigène capable d'initier une réponse immunitaire pouvant prendre l'aspect de plusieurs syndromes cutanés et en particulier d'un granulome annulaire chez des sujets y étant prédisposés. En pratique, le diagnostic de granulome annulaire après le vaccin anti covid 19 ne peut être retenu qu'après avoir écarté une piqûre d'insectes, les traumatismes, les infections virales, un désordre métabolique ainsi que la prise médicamenteuse. L'association aux néoplasies et au diabète a été rapportée.
La régression spontanée est la règle, dans des délais prolongés de quelques mois à quelques années
Une démarche clinique et paraclinique est essentielle devant toute éruption qui s'étend après ce vaccin. Il s'agit d'une complication bénigne, ne nécessitant pas de traitement, et ne contreindiquant pas la prise de la 2eme dose du vaccin.
Conclusion :
Le granulome annulaire est une maladie dermatologique bénigne et fréquente, dont la physiopathologie reste floue et l'étiologie inconnue. Le diagnostic est souvent évident à l'examen clinique mais une biopsie peut aider à la certitude du diagnostic.
La survenue d'un granulome annulaire suite au vaccin anti covid 19 est peu documentée dans la littérature, il s'ajoute à la liste des dermatoses induites par ce vaccin.

12. **Diagnostic d'infection au COVID-19 chez un patient atteint de lymphome B cutané compliqué d'un syndrome d'activation macrophagique**

Introduction

S. Zakaryaa, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie; CHU Ibn Rochd; Casablanca.

L'infection par le virus SRAS-COV-2 a entraîné une pandémie depuis Mars 2020 dont les formes graves peuvent se manifester par un "Syndrome de choc cytokinique". Le Lymphome B cutané est une prolifération de lymphocytes matures B représentant environ 25% de l'ensemble des lymphomes cutanés.

Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une pathologie proliférative non maligne rare affectant les macrophages activés présentant l'antigène et entraînant une hémophagocytose. Nous rapportons le cas d'un patient diagnostiqué porteur de lymphome B cutané associé à une infection Covid-19 compliqués d'un SAM.

Observation

Un patient âgé de 40 ans sans antécédents pathologiques particuliers s'est présenté pour des lésions papulo- nodulaires érythémateuses au niveau de l'hémithorax gauche à caractère évolutif remontant à 7 mois avant son admission précédées d'un prurit chronique depuis 10 ans auparavant associé à des éruptions papuleuses érythémateuses. L'examen clinique a retouvé un patient conscient stable sur les plans hémodynamique et respiratoire, fébrile à 39 degré, altéré sur le plan général. A l' examen dermatologique a été noté un placard papulo-nodulaire érythémato- violacé au niveau de l'hémithorax gauche en dehors de l'aréole mammaire entouré de multiples papules érythémateuses avec intervalle de peau saine. L'examen abdominal a également révélé une hépatomégalie. La biopsie cutanée a révélée un lymphome B folliculaire CD20+ à predominance à grandes cellules. Le PET-scanner a révélé des metastases hépatiques et osseuses. Devant la fièvre, l'asthénie, myalgies une PCR COVID-19 a été réalisée revenant positive. Le bilan biologique a révélé une anémie normochrome normocytaire, une lymphopénie, un taux de ferritinémie très élevé; LDH: 547UI/l associés à une cytolyse hépatique, cholestase et une hyponatrémie. Le patient a été adressé à un service COVID pour prise en charge de son infection COVID-19 avec bonne amélioration clinique rapportée puis au service d'hématologie pour prise en charge thérapeutique du lymphome B cutané.

Discussion

Un déficit immunitaire préexistant au SAM, retrouvé dans 60 % des cas environ, suggère un rôle important du statut immunitaire sous-jacent dans la physiopathologie du SAM. Les lymphocytes T activés, essentiellement de profil Th1, produisent de façon incontrôlée de grandes quantités de cytokines (IFNgamma, TNFalpha, macrophage colonystimulating factor ou M-CSF) qui stimulent la réponse macrophagique avec phagocytose des éléments figurés du sang et production d'autres cytokines (tumornecrosis factor (TNFalpha) par les macrophages activés qui semble par ailleurs exercer un rétrocontrôle positif sur les lymphocytes T, entretenant ainsi une suractivation délétère du système immunitaire.

Conclusion

Le syndrome d'activation macrophagique est une entité clinico-biologique reflétant une réponse inflammatoire importante pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Il résulte d'anomalies de régulation de la réponse immunitaire et peut être primitif ou secondaire à de multiples affections auto-immunes, infectieuses dont l'infection au COVID- 19 ou à des hémopathies malignes dont les lymphomes.

Le diagnostic repose sur l'association de signes cliniques et biologiques, non spécifiques, imposant une enquête étiologique exhaustive.

L'infection au virus SRAS-COV2 peut être fatale notamment lorsqu'elle survient sur un terrain d'immunodépression (hémopathie maligne dans ce cas) ; tous d'eux pouvant se compliquer d'un syndrome d'activation macrophagique (SAM). C'est ce qui fait l'originalité de ce cas.

13. Le pemphigus à l'ère de la pandémie COVID-19 : Des chiffres rassurants et un vécu difficile.

S.Aouali (1); I.Ouadi (1) ; N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)

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

(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier

Introduction :

Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune grave. Bien que sa mortalité ait beaucoup diminuée avec l'émergence de nouvelles thérapeutiques, elle reste une pathologie fatale qui nécessite un traitement rapide et efficace. La pandémie COVID-19 a mis le dermatologue devant un véritable dilemme entre un bon contrôle de la maladie et une redoutable immunodépression.

Les répercussions psychiques et le retentissement sur le quotidien des patients atteints de pemphigus restent toujours négligés.

Le but de cette étude est de décrire l'évolution et le vécu des patients suivis pour un pemphigus au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda au cours de la pandémie COVID-19.

Matériels et méthodes :

Une étude transversale descriptive réalisée en Aout 2021, incluant tous les patients suivis pour un pemphigus au service de dermatologie d'Oujda durant la période Avril 2014-Aout 2021.

Nous avons exclus les patients décédés, perdus de vue ou injoignables.

Les patients ont été contactés, Nous avons utilisé un questionnaire portant sur l'adhérence au traitement, la régularité de suivi, le respect des mesures de prévention, l'hésitation face à la vaccination anti SAR Cov2, la crainte de l'infection et son retentissement sur leurs vie quotidienne. Et dans le but d'évaluer les troubles de sommeil, nous avons utilisé le score de sévérité de l'insomnie (ISI).

Résultats :

Nous avons colligé 53 patients suivis pour un pemphigus au service de dermatologie d'Oujda durant la période Avril 2014- Aout 2021.

Vingt trois patients ont participé à l'étude. L'âge moyen était de 57 ans. Nous notions une prédominance masculine avec un sex-ratio Homme/Femme à 1,3.

Soixante quatorze pour cent des patients souffraient d'un pemphigus vulgaire, 21,73% étaient suivis pour un pemphigus superficiel et un seul patient avait un pemphigus paranéoplasique. La durée moyenne de l'évolution de la maladie était de 3,88 ans. Quant à leur prise en charge thérapeutique (Les traitements arrêtés ou administrés au moment de l'étude), tous les patients étaient mis sous corticothérapie générale, 17,39% étaient mis sous Azathioprine, 13% sous mycophénolate mophétil et 1 patient sous Cyclophosphamide. Le

Rituximab était administré chez 69,56% des malades, et 4 patients avaient bénéficié d'un traitement par les échanges plasmatiques.

Au moment de l'étude, presque 87% des patients étaient en rémission.

La majorité de nos patients (86,95%) avaient réussi à rester adhérents à leurs traitements pendant la pandémie COVID19, et les 2/3 se présentaient régulièrement aux consultations de suivi.

Plus de la moitié des malades ont été vacciné contre le SARS Cov2 (56,52%) et 26% exprimaient une méfiance et une hésitation à la réalisation du vaccin. Sept patients ont été déjà infectée par le virus, aucun cas d'infection grave ou de décès n'a été noté.

Presque la moitié des patients respectaient les mesures sanitaires de prévention et de distanciation sociale.

Les ¾ de nos patients admettaient avoir ressenti un sentiment de peur de la contamination par le coronavirus, qu'ils liaient essentiellement à leurs états sanitaires fragiles. Parmi ces patients, 88,23% ont attesté que cette peur impacte négativement leur humeur, leurs activités et leurs relations.

Enfin 39,13% des patients présentaient une insomnie clinique modérée à sévère selon le score ISI, avec un score moyen de 11,3.

Discussion :

La pandémie COVID-19 a constitué un véritable défi pour la prise en charge des maladies auto-immunes. Entre l'induction d'une immunodépression et la gestion du risque de contamination, le médecin se retrouve devant un grand dilemme. Le pemphigus en présente le parfait exemple. Etant donné son caractère fatal, la prescription d'un traitement efficace reste la seule issue. L'expérience de notre service reflète l'évolution des patients suivis pour un pemphigus en situation pandémique.

L'utilisation de traitements immunomodulateurs a fait le sujet d'une grande discussion dans la communauté scientifique, et les avis en divergent. Une étude a montré que les patients suivis pour des dermatoses bulleuses sous Rituximab ont un risque plus élevé de développer une infection sévère par rapport aux sujets sains (1). Etant un anticorps monoclonal anti-CD20, le Rituximab affecte l'immunité humorale et la reconstruction de l'immunité des cellules B prend plusieurs mois ce qui peut poser de graves problèmes pour les patients qui contractent le COVID-19 (2). Cependant, contrairement aux lymphocytes T, le nombre de lymphocytes B ne s'est pas avéré être un facteur pronostic pour l'infection COVID-19 (3). En outre, dans une étude cohorte multicentrique incluant des patients atteints de sclérose en plaques, l'utilisation de traitements immuno-modulateurs, tel que le Rituximab, a été associée à un risque moindre d'infection COVID-19 grave (4). Dans notre série, 69, 56% des malades avaient pris du Rituximab et aucun cas d'infection grave n'a été répertorié ce qui appuie l'usage de ce traitement dans les conditions actuelles.

Quant à la vaccination COVID-19, compte tenu de l'expérience avec les vaccins inactivés au cours du traitement par un anti-CD20, une nouvelle étude recommande la vaccination des patients sous Rituximab 12 à 20 semaines après la fin d'un cycle de traitement ou d'espacer son administration (5).

D'une autre part, à notre connaissance notre étude est la première à s'intéresser au vécu des patients atteints de pemphigus durant la pandémie COVID-19. Connaissant leurs états sanitaires fragiles et devant l'explosion du nombre quotidien des contaminations, leur santé mentale, activités quotidiennes, leurs relations et leur qualité de sommeil ne peuvent que détériorer.

Conclusion :

Le pemphigus est une maladie auto-immune grave d'évolution mortelle. C'est une pathologie qui nécessite une prise en charge rapide et efficace. Notre étude expose des résultats encourageants quant à l'évolution des malades atteints de pemphigus sous traitement dans le contexte de la pandémie COVID-19, et souligne l'importance de la mise en place d'un dispositif d'accompagnement et d'écoute à l'intention des patients.

18. Lichen plan déclenché par la vaccination anti COVID-19

S.FARAS, B. BENNOUR, O. HOCAR, S.AMAL

Dermatologie, CHU Mohammed VI de Marrakech, Laboratoire bioscience et santé , Faculté de Médecine de Marrakech, Université Cadi Ayyad , MARRAKECH, Maroc **Introduction :**

Depuis que la compagne de la vaccination contre la pandémie de COVID-19 a commencé, les manifestations dermatologiques sont de plus en plus remarquées comme des effets secondaire à l'administrationdes différents vaccins COVID-19, les réactions locales sont les plus fréquentes, suivies des éruptions urticariennes et morbiliforme, récemment deux cas de poussée de lichen plan a été signalée après injection de vaccin anti COVID-19pfizer(1).

Nous rapportons un cas de lichen plan apparu pour la première fois après administration du vaccin anti COVID-19 Sinopharm **Observation :**

Patiente âgée de 57ans, diabétique et hypertendue sous traitement, suivie pour polyarthrite rhumatoïde sous corticothérapie, qui présente des lésions papuleuses prurigineuses, siégeant initialement au niveau des 2 membres inferieurs évoluant 1 semaine après l'injection de la 1ere dose de vaccin anti COVID-19 type Sinopharm puis devenant généralisées après la 2ème dose du même vaccin

A l'interrogatoire la patiente n'est pas suivie pour une dermatose, n'a pas présenté un épisode infectieux, ni de prise médicamenteuse récente Examen cutané :

Présence de papules érythémateuse, en relief bien limitée polygonales, brillante a la lumière, prurigineuses, surmontée de squames blanchâtres, dont l'aspect dromoscopique a montré les stries de Wickham, sans autres atteinte muqueuses ou phanérienne.

Une biopsie cutanée a objectivé une hyperplasie épidermique, la couche basale est vacuolisé par endroit, la jonction dermo-épidermique est le siège d'un infiltrat inflammatoire lymphohistiocytaire en faveur de lichen plan

La patiente a été traitée par des dermocorticoïdes de classe forte avec bonne évolution

Discussion :

Le lichen plan est une dermatose auto immune à médiation cellulaire T pouvant toucher la peau et /ou les muqueuses, d'origine incertaine, Cette affection a été liée aux infections, médicaments et vaccins. Ici, Il s'agit d'un cas rare de lichen plan déclenché par l'administration de vaccin anti COVID-19. En effet, la vaccination est responsable d'une réponse cellulaire Th1 et donc d'une sécrétion de diverses cytokines qui pourraient jouer un rôle clé dans le développement de cette affection, mais la physiopathologie reste encore à découvrir(2). Cliniquement, il se présente sous forme d'une éruption prurigineuse de papules violacées, brillantes, polygonales, à surface plane recouvertes de fines stries blanchâtres (stries de Wickman). Les papules peuvent confluer en plaques. Il y a fréquemment un phénomène de Köbner à l'origine de lésions de disposition linéaire secondaire au prurit.

Les dermatologues ont un rôle crucial dans le diagnostic des complications cutanées liées à la vaccination par COVID-19 en raison de son développement extrêmement rapide et urgent qui a fait

que ces vaccins ont été diffusés dans le monde entier sans qu'une étude sur les effets secondaires à long terme ne soit faite(3). Néanmoins, ces réaction cutanées sont dans la majorité autolimitées et devraient rassurer la population sur les profils de sécurité de ces vaccins et leur bénignité et ne doivent pas décourager la vaccination contre un virus potentiellement mortel.

19. Manifestations cutanées associées au COVID-19

Sokaina Chhiti, Hanane Baybay, Fatima zahra Hashas, Zakia Douhi, Sara Elloudi, Fatima Zahra Mernissi. Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction :

Des manifestations cutanées variées survenant lors d'infection par le SARS-CoV-2 ont été rapportées depuis Mars 2020. Nous rapportons l'expérience du service de dermatologie de CHU Hassan II de Fès au cours de cette pandémie.

Matériels et méthodes :

Etude prospective menée par le service de dermatologie CHU Hassan II Fès depuis le début de la pandémie incluant 24 patients présentant des manifestations cutanées liés au COVID- 19.

Résultats :

Le diagnostic de COVID-19 était confirmé (RT-PCR et/ou sérologie positive) dans 23 cas, et un cas avec sérologie et PCR COVID négatives dont 11 femmes, 11 hommes et 02 enfants avec une moyenne d'âge de 35 ans (1 an - 70 ans). Un seul patient a bénéficié d'une biopsie cutanée révélant une vascularite leucocytoclasique. Parmi ces patients, 13 étaient traités en ambulatoire, 09 étaient hospitalisés à l'unité COVID-19 et 2 étaient admis en réanimation. Les principales manifestations cutanées : 04 éruptions érythémateuses maculo-papuleuses, une éruption érythémateuse maculo-vésiculeuse, 07 engelures, 04 urticaires, un cas de phénomène de Raynaud, 02 érythèmes polymorphes, 02 syndrome kawazaki- like, 02 vascularites acrales, 3 nécroses acrales et 4 réactivations d'herpès oral chez les patients de réanimation. 06 patients avaient présenté deux manifestations cutanées concomitantes.

Discussion

Les manifestations cutanées restent rares au cours du SARS-COV-2. Peu de cas ont été rapportés de manières sporadiques. Les premières données ont été recueillies par Recalcati et all. Sur 88 patients testés positifs, 20,4% avaient développé des manifestations cutanées [1]. Cependant, dans notre expérience, Il est difficile de déterminer une véritable incidence de l'infection et donc l'incidence des manifestations cutanées car seuls les patients ayant des symptômes respiratoires graves étaient dépistés au début de la pandémie. C'est pourquoi l'incidence observée est sous-estimée.

L'incidence des éruptions cutanées semble faible, l'étude de Paulo Ricardo Criado et al réalisée, on ne retrouve pas plus de 600 cas rapportés de manifestations cutanées sur plus 4 millions de patients atteints du SARS-COV-2. Cela peut être expliqué par une sous notification des cas de manifestations cutanées devant la gravité moindre.

Les manifestations sont variées et polymorphes : exanthème, urticaire, livedo, purpura, vascularite, nécrose, érythème polymorphe, maladie kawazaki-like, sweet-like avec une prédominance des pseudo-engelures inhabituellement fréquentes en cette saison et d´apparition tardive chez des sujets jeunes souvent asymptomatiques avec des PCR majoritairement négatives raison pour laquelle certains auteurs les considèrent comme une réaction retardée de l´infection par le COVID-19 [2,3]. Une patiente de notre série avait présenté des

pseudoengelures 15 jours après son séjour en réanimation et un seul cas avait la PCR négative. Un article récent a conclu que l'infection par le COVID -19 pourrait être un facteur de risque de réactivation d'Herpesviridae chez des patients gravement malades [4], tel le cas chez 04 patients de notre série. Pour l´érythème polymorphe, l´origine médicamenteuse a été souvent discutée devant l´apparition tardive des lésions en post infectieux et après négativation de la PCR [5], tel le cas d'une patiente de notre série.
Les enfants ne constituaient qu'une faible proportion des patients atteints de COVID-19, qui a été initialement rapporté à 1,7% [6]. Dans notre série, 02 enfants avaient présenté un syndrome kawasaki-like avec une évolution favorable **Conclusion :**
En conséquence, les médecins doivent être vigilants et conscients de ces signes cutanées qui peuvent alerter précocement la gravité de l'infection ainsi que de redresser rétrospectivement son diagnostic.

16. Masque acne et covid19 : etude chu casablanca.

N. Bennouna, F-Z. Elfatoïki, F. Hali, H. Dahbi Skali, S. Chiheb
Service de dermatologie et vénéréologie. CHU Ibn Rochd. Casablanca. Maroc

Introduction :
Le port d'un masque facial permet d'éviter la propagation du virus et entraîne une diminution du nombre de cas de covid19.
Maskné terme inventé lors de la pandémie COVID-19, pour désigner l'acné liée au port d'un masque, fait référence à l'acné mécanique, précédemment décrite chez les professionnels de santé, mais actuellement généralisée à l'ensemble de la population.
L'objectif de notre étude est d'étudier les caractéristiques épidémio-clinique du masque acné au chu de Casablanca.

Matériel et méthodes :
Cette étude rétrospective a été réalisée sur une période de 5 mois, allant de décembre 2020 à avril 2021, collectant 20 cas d'acné secondaire au port d'un masque dans notre service de dermatologie.
Les critères d'exclusion étaient les patients atteints de dermatoses faciales autres que l'acné. Un questionnaire standardisé a été développé et la sévérité de l'acné a été jugée selon les recommandations du SDF 2015 et les données ont été analysées avec le logiciel Epi-info version 3.5.1.

Résultats :
Au total, vingt cas ont été colligés, dont 6 hommes et 14 femmes avec un sex-ratio de 0,42. L'âge moyen était de 23,50 ans, allant de 20 à 27 ans. Les professionnels de santé représentent 65% des cas.
Les patients avaient des antécédents d'hyperséborrhée dans 6 cas (30%), d'acné dans 3 cas (15%), les deux dans 6 cas (30%) et sans antécédent dans 5 cas (25%). Le type de masque utilisé était un masque chirurgical dans 11 cas (55%), un masque FFP2 dans 8 cas (40%) et N95 dans un seul cas (5%).
Une durée de port du masque supérieure à 8 heures dans 14 cas (70%), entre 4 et 8 heures dans 6 cas (30%) et aucun des 20 patients n'a rapporté une durée de port du masque inférieure à 4 heures.

Une aggravation de l'acné préexistante a été rapportée dans 7 cas (35%) et une apparition primaire dans 13 cas (65%). Une acné mixte a été notée chez tous les patients.
Les cas d'acné se répartissaient en : acné Légère dans 03 cas (15 %), acné moyenne dans 11 cas (55%), et acné sévère dans 6 cas (30%).

Discussions : Bien qu'il y ait des effets secondaires inévitables lors de l'utilisation prolongée d'un masque, le port d'un masque est l'une des approches essentielles pour réduire la propagation du virus covid19.
Le Maskne est probablement un trouble d'occlusion folliculaire lié au stress mécanique dû à la pression, occlusion, frottement et aussi au déséquilibre du microbiome causé par la chaleur, pH et humidité. Il convient de noter que non seulement le port prolongé des masques faciaux peut affecter les poussées d'acné, mais également le type de masque porté.
Des recommandations telles que des pauses fréquentes, un remplacement régulier du masque chirurgical après 4 heures et une application d'une crème hydratante peuvent atténuer les effets du port du masque à long terme et en particulier pour le personnel soignant.

17. Maladie de Kawasaki post covid 19 : à propos d'un cas

S.BELGUENANI, S.AMAL ,O.HOCAR , Service de dermatologie et de vénérologie du CHU Mohammed VI
D.Kaouani ,N.Elhamdi ,M.BOUSKRAOUI ,G.DRAISS ,N.RADA ,K.EL FAKIRI service de pédiatrie A DU chu Mohammed VI
Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech , Université Caddi Ayyad .
Laboratoire biosens et santé

Introduction :

La maladie de Kawasaki est une vascularite fébrile aiguë systémique du jeune enfant et du nourrisson qui affecte les vaisseau de moyen et de petit calibre .sa gravité est liée au fait qu'un pourcentage non négligeable des patients non traités (25 à 30%) ont des séquelles cardiovasculaires ,notamment des anévrismes coronaires .

Les enfants ne représentent qu'un petit pourcentage des cas d'infection aiguë par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) et, en général, ils éprouvent des symptômes légers à modérés ou sont asymptomatiques [1][2]. Cependant, des cas de syndrome inflammatoire post infectieux, qui ont un lien temporel avec la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), ont été observés chez des patients pédiatriques à travers tout monde. La fièvre caractérise ce syndrome, mais les manifestations se situent dans un spectre qui varie entre la fièvre seule et une atteinte multisystémique dès l'arrivée ou par la suite. La fièvre et l'hyper inflammation, la maladie de Kawasaki (MK) et le choc typique ou atypique en forment les trois grandes catégories. Les principales caractéristiques cliniques peuvent être apparentées à celles de la MK et du syndrome de choc toxique. (1 ,2)

Observation :

Une enfant âgé de 09 ans ,sans aucun antécédents ,hospitalisé en service de pédiatrie pour bilan étiologique d'une fièvre prolongée évoluant de plus de 10 jours ,rebelle aux antipyrétiques

,l'avis dermatologique a été sollicité pour suspicion d'un syndrome de Kawasaki atypique .l'examen général trouve un patient conscient et stable sur les plans hémodynamique et respiratoire ,fébrile a 38,9°c ,l'examen dermatologique trouve une éruption cutanée généralisée faite de micropapules non folliculaires(figure 1) épargnant le visage ,associée un œdème des mains et des pieds(figure 2) ,l'examen des muqueuses note une conjonctivite bilatérale (figure 3),une chéilite et une rougeur persistante du pourtour de la langue , l'examen ganglionnaire met en évidence des adénopathies dont la plus grande cervicale mesurant 2 cm et plusieurs autres notamment spinales , axillaires et inguinales .les examens biologiques ont révélé un syndrome inflammatoire important avec une hyperleucocytose à 20110 ,une CRP à 290 ,une anémie hypochrome microcytaire : hémoglobine :10 ,une thrombocytose a 564000 et une hyperéosinophilie à 2030 ,un ECG et ETT ont été réalisés revenant sans anomalies . Le diagnostic de la maladie de Kawasaki a été posé devant : la fièvre prolongée , l'éruption cutanée ,la conjonctivite bilatérale , la chéilite et la langue framboisée ,œdème des mains et des pieds et l'adénopathie cervicale , le patient a reçu une corticothérapie orale suite à la non disponibilité des immunoglobulines en intrahospitalier.

Après reprise de l'interrogatoire avec la mère ,elle nous avait informé qu'elle et son fils avaient eu les symptômes de l'infection covid 19 trois semaines auparavant mais qu'ils n'avaient pas réalisé de test PCR .

Discussion :

Récemment, on a commencé à observer une maladie hyperinflammatoire chez un petit nombre d'enfants dans le monde. Les enfants éprouvent des symptômes qui ressemblent à ceux de la maladie de Kawasaki, y compris une fièvre prolongée, une conjonctivite, une enflure des mains et des pieds et des douleurs abdominales. Dans de très rares cas, l'enfant éprouve des symptômes d'état de choc, c'est-à-dire que sa tension artérielle est très basse.

Un article publié récemment dans la revue scientifique The Lancet (Verdoni et al,2020) incluait un tableau descriptif de 10 cas qui présentaient des symptômes de maladie de Kawasaki atypique admis dans un hôpital pédiatrique tertiaire de Bergamo, en Italie du 18 février au 20 avril 2020.Cinq de ces enfants se sont présentés en choc nécessitant une réhydratation . deux des 10 enfants ont reçu un diagnostic positif pour la Covid 19 et les 8 autres ont reçu un résultat positif pour les anticorps contre le SARScov-2 .Dans cette étude Verdoni et ses collaborateurs ont comparé ces cas pédiatriques a tous les patients ayant reçu un diagnostic positif de la maladie Kawasaki entre le 1er janvier 2015 et le 17 février 2020 ,l'incidence des cas entre le 18 février et le 20 avril 2020 était 30 fois plus élevé que la moyenne mensuelle observée durant les 5 dernières années (3).

D'autres rapports ont été émis par les instances gouvernementales et internationales :

A la fin du mois d'avril 2020 ,une alerte du NHS England au Royaume Uni rapportait une petite hausse dans les nombre d'enfants en état critique ,dont plusieurs avaient été confirmé positifs pour la Covid-19.Ces cas présentaient des caractéristiques communes à une maladie de kawasaki et un syndrome de choc toxique(4)

En date du 10 mai 2020 ,l'état de New York rapportait au total 85 cas sous investigations sur son territoire ,principalement d'âge scolaire ,avec des symptomes similaires à une maladie de kawasaki atypique ou à un syndrome similaire à un choc toxique,possiblement du à la covid 19.Trois décés ont été confirmés en lien avec le syndrome et 2 décés sont sous investigation.

18. Un cas de morphée post-vaccin Covid 19

N.Khedim, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie, CHU IBN Rochd, université Hassan II, Casablanca

Introduction:
La morphée témoigne d'une fibrose du derme et parfois des tissus sous-jacents sans cause reconnue. Plusieurs facteurs sont incriminés dans sa survenue, mais les formes post-vaccinales restent rares.
Nous rapportons un cas de morphée post vaccin covid 19.
Observation :
Patiente âgée de 59 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, ayant présentée 3 semaines après le vaccin anti Covid 19 une induration cutanée en plaque en regard de l'abdomen et chez qui l'examen clinique retrouvait des plaques blanches nacré légèrement infiltrées, scléreuse à la palpation mesurant 4 cm de diamètre avec des plaques pigmentée par endroit en regard de l'abdomen et des cuisses sans autres signes associés. L'examen anatomopathologique d'une biopsie a objectivé un aspect de morphée. Le bilan biologique était normal notamment le bilan immunologique. La patiente a été mises sous corticothérapie par voie orale à 30mg/j (0.5mg/kg /j), Méthotrexate à 15 mg/j et traitement adjuvant avec une bonne évolution clinique.

Discussion :
L'intérêt de notre observation réside dans la nouveauté des facteurs de survenue durant les circonstances actuelles.
Chez l'adulte, un facteur médicamenteux a été invoqué dans quelques observations avec des lésions localisées aux points d'injection (vitamine K, vitamine B12, pentazocine..) ou à distance (bisoprolol, bléomycine, peplomycine, D pénicillamine, balicatib, interleukine 2 recombinante, L-5-hydroxytryptophane et carbidopa...). Peu de cas de morphée post vaccinales on été décrits et aucun cas post Covid 19 n'a été rapporté à notre connaissance. Un effet profibrotique, ischémique ou toxique de ces médicaments a été évoqué pour expliquer leur possible effet inducteur de morphées. Le traitement repose sur sous-type clinique et de l'extension de l'atteinte. Notre patiente a été mise sous corticothérapie par voie orale et Méthotrexate avec une bonne évolution clinique.

19. Pelade et COVID 19 : possible association ?

F. BENHAYOUN, F. HALI, S. CHIHEB

Introduction

Depuis le début de la pandémie, de nombreuses manifestations cutanées associées au COVID-19 ont été rapportées par la littérature. Cependant les manifestations phanériennes demeurent rares. Nous rapportons un cas de pelade universelle secondaire à une infection au SARS COV 2.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 46 ans, ayant comme antécédents une polyarthrite rhumatoïde sous salazopirine, un goitre multi hétéro nodulaire thyroïdectomisée en 2011, qui consultait pour une chute de cheveux généralisée à tout le corps évoluant depuis 3 mois.

L'examen clinique retrouvait une alopécie non cicatricielle du cuir chevelu et des sourcils, une dépilation de tout le corps et des cils, et des dépressions ponctuées des ongles avec ligne de beau au niveau du 4e doigt gauche. La trichoscopie montre des poils en points d'exclamation, poils blancs, poils plicaturés, et des points noirs. La biopsie cutanée a montré cinq follicules de type télogène dont certains sont miniaturisés, une dilatation de l'ostium pilaire avec un bouchon corné et présence d'un infiltrat lymphocytaire autour d'un bulbe pilaire. Le diagnostic de pelade universelle a été posé. Le bilan thyroïdien était normal, et le bilan immunologique était négatif.

Par ailleurs la patiente rapportait une notion de syndrome grippal deux semaines avant le début de la symptomatologie et une notion de contact avec des cas de COVID positifs mais une PCR COVID n'a pas été réalisée. Nous avons réalisé une sérologie COVID 19 revenant en faveur d'une infection au SARS COV 2 ancienne avec des Ig G positifs à 13,20. La patiente a été mise sous minoxidil, dermocorticoïde, bolus de corticoïdes, et la LED avec une bonne amélioration et début de repousse de poils au niveau du cuir chevelu, des sourcils et des cils.

Trois mois après la patiente fut vaccinée contre le COVID 19, puis une semaine après la 2e dose la patiente perd toute la repousse qu'elle a eue malgré la poursuite du traitement.

Discussion et conclusion

L'intérêt de notre observation est de mettre en évidence l'association possible entre l'infection COVID 19 et la pelade d'une part, et entre le vaccin COVID 19 et la pelade d'autre part.

La pelade est une maladie auto-immune inflammatoire qui peut être due à des facteurs environnementaux chez des patients génétiquement prédisposés comme le stress, l'infection virale, vaccin, ou troubles hormonaux.

Même s'il n'y a pas de lien direct établi entre la pelade et l'infection SARS COV2 mais l'intervalle de temps très court entre les deux suggérait une possible corrélation entre eux.

Cependant le lien entre pelade et infection virale ou vaccin a été suggéré par de nombreux auteurs particulièrement le CMV, EBV, et le vaccin de HVB.

20. Exanthème généralisé post vaccin COVID: pas toujours une réaction cutanée postvaccinale

S.Bellasri; R. Chakiri
Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Introduction :
L'exanthème généralisé est une éruption cutanée diffuse, d'apparition brutale et transitoire, peut être isolé ou accompagné d'une symptomatologie variée. On distingue trois formes sémiologiques différentes: l'exanthème roséoliforme ou rubéoliforme fait de petites macules rosées, l'exanthème morbilliforme fait de macules et de papules rouges, et l'exanthème scarlatiniforme fait de plaques diffuses rouge vif.
Nous rapportons une observation d'un exanthème morbilliforme généralisé chez une femme de 81 ans apparu environ une semaine après sa première dose de vaccin anti covid.

Observation :
Il s'agit d'une femme âgée de 81 ans, hospitalisée au service de cardiologie pour décompensation d'une insuffisance cardiaque globale. Notre avis dermatologique était sollicité pour suspicion de réaction cutanée post vaccinale type exanthème généralisé apparue une semaine après sa première dose du vaccin anti covid. L'histoire de la maladie remontait à deux semaines par l'apparition progressive d'une éruption cutanée généralisée non prurigineuse, précédée d'une fièvre élevée accompagnée d'arthralgies diffuses.
L'examen général trouvait une patiente consciente, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. L'examen dermatologique objectivait un exanthème morbilliforme généralisé fait de macules et de papules purpuriques par endroits, s'étendant aux paumes des mains et épargnant la face.
Les caractéristiques de cet exanthème nous ont orienté vers la suspicion d'une rickettsiose et nous ont poussé à rechercher la tâche escarotique. Ainsi, l'escarre d'inoculation a été effectivement trouvé en regard du creux axillaire gauche.
Devant cet aspect clinique, une sérologie des rickettsioses par immunofluorescence indirecte a été demandée, et a confirmé le diagnostic avec des Ac anti-rickettsia conorii IgG à 512 et IgM à 512.
La prise en charge thérapeutique était immédiate et à base de doxycycline 200mg/j pendant 10j et une pommade cicatrisante pour l'escarre d'inoculation.

Discussion:
La FBM est une infection bactérienne due à la rickettsia conorii, transmise par la tique brune du chien, Rhipicephalus sanguineus. Après une piqûre de tique infectante, l'incubation dure entre 4 à 10 jours. Ensuite l'affection débute bruyamment par l'apparition d'une fièvre élevée (39-40 C) accompagnée d'arthromyalgies et de céphalées. Sur le plan dermatologique, une éruption érythémateuse maculo papuleuse, parfois purpurique, pouvant confluer en plaques, généralisée avec espaces de peau saine, n'épargnant pas les paumes et les plantes, apparaît 2 à 4 jours après le début de fièvre : Il s'agit de l'exanthème caractéristique de la FBM. Il est accompagné dans la plupart des cas par une escarre d'inoculation au niveau du site de la piqûre qui est aussi caractéristique de cette affection.
Des atteintes oculaires à type de conjonctivites, uvéites et choriorétinites sont à rechercher. Les formes sévères de la maladie représentent 5 à 15% des cas avec des atteintes neurologiques et

des défaillances multi viscérales, elles surviennent sur des terrains particuliers notamment les personnes âgées, les immunodéprimés et les patients présentant un diabète ou un déficit en G6PD.
Le diagnostic différentiel peut se faire avec les autres étiologies infectieuses de l'exanthème généralisé (rougeole, infections à méningocoque,à Epstein-Barr Virus, à cytomégalovirus, à Entérovirus, dengue, septicémies à gonocoque, à staphylocoque doré…), la toxidermie médicamenteuse, les rashs cutanés post vaccin anti-COVID en cette période de pandémie. La confirmation de l'infection repose actuellement sur la sérologie par immunofluorescence indirecte qui demeure le test de référence permettant de détecter les IgG et les IgM dirigés contre les rickettsioses du groupe boutonneux, quoiqu'il reste un outil diagnostique plutôt tardif tenant compte du délai de la séroconversion qui ne survient en générale qu'entre J7 et J15 du début des symptômes.
Le traitement de référence est la doxycycline 200 mg/j pour une durée moyenne de 5 à 7 jours. Il doit être poursuivi 48 h après obtention de l'apyrexie.

Conclusion :
La FBM reste une affection assez fréquente dans notre contexte, il ne faut pas hésiter à l'évoquer devant toute fièvre éruptive. Un examen dermatologique s'impose pour poser le diagnostic et éliminer d'autres étiologies notamment l'éruption post-vaccinale en cette période de pandémie.

21. Pseudo engelure et vascularite acrale : s'agit-il d'une infection au covid 19 ?

Sokaina Chhiti, Hanane Baybay, Fatima zahra Hashas, Zakia Douhi, Sara Elloudi, Fatima Zahra Mernissi. Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction :

Différents types de manifestations cutanées de COVID-19 ont été décrit mais les lésions acrales sont les plus fréquemment rapportées, leurs mécanismes physiopathologiques et le rôle, direct ou indirect, du SARS-CoV-2 dans leur pathogenèse sont encore débattus.

Observation :

Patiente de 71 ans, suivie pour un syndrome myélodysplasique, admise dans un tableau de fièvre, frisson et toux, l'examen trouvait une patiente fébrile, polypneique, tachycarde, désaturait à 88 % d'où une TDM thoracique urgente a objectivé une atteinte pulmonaire à 20% au covid 19 puis fut hospitalisé à l'unité covid. L'examen clinique trouvait des pseudo engelures et des multiples papules purpuriques indolores, nécrotiques, hémorragiques, au niveau des pieds évoluant 5 jours avant son admission, avec une insuffisance respiratoire, hépatique, rénale et hématologique. La PCR et la sérologie COVID 19, VIH, et les hépatites étaient négatives. L'angioscanner avait éliminé une embolie pulmonaire. La patiente a été mise sous oxygénothérapie, ceftriaxon, corticothérapie orale, azithromycine, vitaminothérapie, diurétique avec une amélioration clinique et biologique après 10 jours. Vu cette évolution favorable et rapide sous traitement, le diagnostic le plus probable était une infection au COVID 19 avec PCR et sérologie négatives.

Discussion :

La première manifestation cutanée associée au COVID-19 avec des caractéristiques purpuriques a été rapportée par Joob et al [1,2]. Ces lésions sont susceptibles d'être très rares, représentant 8,2 % dans l'étude italienne, et qui surviennent plus fréquemment chez les patients âgés atteints de COVID-19.
Le purpura et les engelures reflètent la présence de changements vasculaires probablement dus aux dommages directs des cellules endothéliales par le virus ou aux réponses inflammatoires dérégulées de l'hôte induites par COVID-19. Dans les cas les plus sévères, une nécrose aiguë étendue et une coagulopathie sévère peuvent être observées [3].
La présence des engelures en l'absence d'exposition au froid et de signes évidents de COVID19 ont soulevé la question si ces manifestations étaient réellement associées à l'infection par le COVID-19 ? [4] comme c'était le cas chez notre patiente. Actuellement, il n'y a pas de lien évident entre les engelures et l'infection par le SRAS-CoV-2. Mais il pourrait être une manifestation cutanée tardive du COVID-19 pauci- ou asymptomatique, due à une réponse immunitaire intense (sécrétion excessive d'interféron ?) Ou probablement une conséquence indirecte de la pandémie et les mesures de confinement ? [5]
Les lésions cutanées associées à cette infection peuvent imiter ou ressembler à d'autres affections bien connues [6].
Dans notre cas, l'évolution clinique et biologique favorable et rapide au traitement contre l'infection au covid-19 ont permet une présomption diagnostique.

Conclusion :

Le lien de causalité entre le SARS-COV-2 et les manifestations cutanées reste à démontrer par des études appropriées. Dans notre cas, l'épreuve thérapeutique et l'évolution clinique ont permet de retenir l'infection au COVID-19 avec une PCR et sérologie COVID négatives.

22. Pustulose exanthématique aigue généralisée potentialisée par l'infection au SARS-COV 2

F. BENHAYOUN[1], F. EL FETOIKI[1], A. MEFTAH[2], H. SKALLI[1], F. HALI[1], S. CHIHEB[1] [1]

Service de dermatologie et vénèrologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

[2] Département de pharmacologie, faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Maroc

Introduction

La pustulose exanthématique aigue généralisée (PEAG) fait partie des réactions cutanées graves le plus souvent d'origine médicamenteuse. Néanmoins, l'infection virale a été incriminée dans la survenue de ces réactions cutanées aux médicaments. Nous rapportons un cas d'une PEAG potentialisée par l'infection au SARS-COV2.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 54 ans, ayant comme antécédents pathologiques un diabète type 2 depuis 6 ans sous antidiabétiques oraux.

Qui a été victime d'une brulure du 2e degré (SC 25%), pour laquelle elle a été mise sous flucloxacilline et serrapeptase. 25 jours après la patiente a présenté une surinfection de sa brulure et elle a été mise sous amoxicilline-acide clavulanique et cétirizine.

Trois jours après le traitement par amoxicilline-acide clavulanique et cétirizine, soit 28 jours après flucloxacilline et serrapeptase, la patiente a présenté des plaques érythémateuses prurigineuses surmontées de pustules avec comme point de départ l'abdomen et les grands plis, puis généralisés au reste du corps, sans signe respiratoire, évoluant dans un contexte d'asthénie et de sensation fébrile.

L'examen clinique à l'admission a objectivé un érythème généralisé surmonté de pustules non folliculaires (SC 80%), sans atteinte des muqueuses.

La biopsie cutanée a objectivé des pustules spongiformes intra épidermiques. Le derme était le siège d'une congestion capillaire, avec présence de quelques éosinophiles en perivasculaire.

Ainsi nous avons retenu une pustulose exanthématique aigue généralisée.

L'étude de l'imputabilité par la méthode actualisée de Bégaud a révélé un score I5B4 pour l'Amoxicilline-acide clavulanique et la cétirizine et un score de I4B2 pour le Flucloxacilline et la Sérrapeptase.

L'évolution après 3 jours de l'admission a été marquée par un décollement cutané avec un aspect en linge mouillé intéressant la face dorsale de la jambe droite (SC 5%), ainsi que l'apparition de toux et de dyspnée dans un contexte de fièvre à 39°C. Nous avons suspecté une infection Covid 19. La TDM thoracique a objectivé des plages en verres dépolis. Le test PCR au SARS-COV 2 a été positif.

La patiente fut transférée en réanimation Covid pour prise en charge. Elle a présenté une détresse respiratoire SaO2 à 80%, avec une instabilité hémodynamique puis fut intubée et sédatée. La patiente décéda en réanimation Covid.

Discussion

Nous décrivons une présentation inhabituelle d'une PEAG, qui a été potentialisée par l'infection Covid 19, suite à un traitement par amoxicilline acide clavulanique, cétirizine, flucloxacilline et serrapeptase.

L'intérêt de notre observation est de souligner la possibilité de synergie entre le SARS-COV2 et médicaments, et ainsi rechercher une infection à Covid 19 devant toute toxidermie dont le délai de survenue est peu ou incompatible et/ou d'évolution sévère.

23. Réactions cutanées post vaccin Covid-19

O.K.Idrissi, F.Z. El Fatoiki, H.D.Skalli, F.HALI, S,Chiheb
Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Morocco

Introduction :

L'apparition de la COVID-19 et son impact sur la santé mondiale ont rendu le développement de vaccins crucial afin d'éviter un taux de mortalité élevée.

Il existe 3 principaux types de vaccins dans le monde: Les vaccins à l'acide ribonucléique messager, à vecteurs adénoviraux dont AstraZeneca et à virus entier inactivés dont Sinopharm.

L'objectif était de recenser les différentes manifestations cutanées apparues après vaccin COVID-19 utilisés au Maroc (AstraZeneca et Sinopharm)

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude prospective entre Février et Mai 2021 des patients ayant consulté pour une réaction cutanée post vaccinale au service de dermatologie et vénérologie de l'hôpital universitaire Ibn Rochd.

Des éléments anamnestique concernant l'âge, le sexe, le délai d'apparition après la première ou la deuxième dose et le type du vaccin ont été collecté. Un examen clinique minutieux a été effectué. Quatre patients ont bénéficié d'une biopsie cutanée.

Résultats :

Un total de 34 patients a été recensé. 19 patients ont reçu le vaccin AstraZeneca et 15 ont bénéficié du Sinopharm.

L'âge moyen était de 47,8 ans. Une prédominance féminine (70,5%) a été notée. 21 patients (61,7%) avaient développés des réactions après la première dose. Le délai moyen de survenu des réactions était de 3,7 jours. 8 patients avait fait des réactions dites immédiates (< 4h).

Les réactions étaient réparties comme suit : urticaire (n=8), angiœdème (n=3), prurit(n=5), érythème noueux (n=3), herpes (n=2), zona (n=2), exanthème maculo-papuleux (n=2), vascularite à type d'urticaire fixe (n=2), érythème polymorphe (n=1), DRESS syndrome (n=1), toxidermie lichénoide (n=1), réaction anaphylactique (n=1), éruption varicella-like (n=1), éruption annulaire généralisée (n=1), poussée d'un lupus cutanée (n=1), psoriasis vulgaire (n=1), pemphigoide bulleuse (n=1), fasciite de Shulman (n=1).

Discussion :

Les manifestations cutanées de la COVID-19 ont été bien documentées et comprennent des éruptions morbilliformes, urticariennes, varicelliformes, vasculopathiques et des lésions type engelure. On en sait moins sur les effets indésirables cutanés des vaccins contre la COVID-19. Dans le peu d'études publiées, en particulier concernant les vaccins à ARNm, certaines de ces manifestations sont apparues après la vaccination.

Les réactions localisées au site d'injection, immédiates ou retardées, sont les plus fréquemment rapportées. Ce n'est pas le cas de note étude. Ceci est probablement dû au fait que les patients négligent ou ne consultent pas pour ce type de réactions.

L'urticaire, l'angioedème, le prurit et le rash morbiliforme étaient fréquent ce qui est les cas de notre étude.

Il est important de distinguer les réactions d'hypersensibilité immédiate qui surviennent dans les 4 premières heures suivant l'injection, de celles survenant 4 heures après, particulièrement pour l'urticaire et l'œdème de Quincke, qui sont des contre-indications potentielles pour une 2ème dose de vaccin.

24. Réactions cutanées aux différents types de masques durant la pandémie COVID 19

K.BARBRI F.HALI S.CHIHEB

INTRODUCTION

Le port de masques est l'une des principales mesures sanitaires mises en place lors de la pandémie de COVID-19 pour réduire le risque de propagation. Cependant, il peut provoquer divers problèmes cutanés au niveau du visage et leur incidence peut différer selon le type de masque utilisé.

Objectif : L'objectif principal de cette étude était de déterminer et de comparer les incidences des réactions cutanées indésirables pour les types de masques utilisés par le personnel de santé mais aussi la population générale pendant la pandémie de COVID-19. **Matériels et méthodes**

Il s'agit d'une étude analytique transversale réalisée entre janvier 2021 et avril 2021 au niveau CHU de Casablanca au sein du service de dermatologie et de vénérologie. Des questionnaires ont été auto-administrés avec recueil des réponses d'une façon anonyme.

RESULTATS ET DISCUSSION

Au total, 542 participants ont rempli les questionnaires. La plupart étaient des femmes (68 %) avec une moyenne d'âge de 30 ans (64 %), les hommes représentaient 32% avec une moyenne d'âge de 31 ans (51%). Le type de peau le plus courant était la peau normale (34 %) suivi de la peau mixte (29%), la peau grasse (21%) et en dernier la peau sèche (16%) avec une prédominance du phototype trois (40%). Le produit le plus utilisé était la crème hydratante (48%). La plupart des participants ont porté des masques faciaux pendant plus de 4 heures et moins de 8heures par jour (54%). Quant au type de masque, 300 participants (55%) portaient des masques chirurgicaux, tandis que 140 participants (26%) portaient des

masques en tissu. Seuls 102 participants (19 %) utilisaient des masques FFP2 ou N95 pendant la pandémie majoritairement à raison de 90% était personnel de santé. Au total, 170 participants (31 %) se sont plaints de réaction cutanée indésirable suite à l'utilisation de masques La poussée d'acné représentait la plus grande proportion de rapports (39 %), suivie par le prurit (27%) et La pigmentation (9%). Les autres réactions cutanées comprenaient une éruption érythémateuse (8%), une douleur (7%), un eczéma de contact (6%), une aggravation de dermatoses préexistantes (3%).

La situation de la pandémie de COVID-19 est très répandue et touche toutes les populations à travers le monde. Le Maroc est le premier à fabriquer des masques chirurgicaux et à les exporter vers différents pays. La recommandation du port du masque hygiénique en usage général a été annoncée au Maroc afin de prévenir la propagation du virus pendant la pandémie depuis fin mars 2020. Dans la pratique dermatologique, on a remarqué qu'il y avait des réactions cutanées indésirables liées au port du masque. Ceci est devenu un objectif pour étudier la prévalence des réactions cutanées indésirables liées au port du masque et les facteurs de risque possibles pour prévenir l'apparition de réactions cutanées indésirables liées au masque puisqu'il y a toujours un besoin actif de porter un masque facial pendant cette pandémie de COVID-19.

En comparant les réactions cutanées indésirables entre les différents types de masques, l'incidence des réactions cutanées indésirables liées à l'utilisation de masques chirurgicaux était plus élevée que celle des masques en tissu pour chaque type de réaction cutanée indésirable, avec des différences statistiquement significatives pour l'acné, le prurit et la pigmentation. La plupart des masques chirurgicaux sont généralement composés de 3 à 4 couches de tissu, complétées par 2 feuilles filtrantes.4 En comparaison, les masques en tissu sont fabriqués à partir de divers textiles, tels que le coton, le polyester ou la soie, Le plus grand nombre de couches dans les masques chirurgicaux peut produire un effet d'occlusion plus prononcé que les masques en tissu.

Parmi les 4 types de masques, l'utilisation de masques N95 et FFP2 a montré l'incidence la plus élevée pour seulement 3 types de réactions cutanées : poussée acné, douleur aux bords du masque et aggravation de dermatoses préexistantes. L'incidence des réactions cutanées indésirables courantes liées à l'utilisation du masque N95, telles que l'acné, était plus faible que pour les 2 autres types de masque. Les facteurs associés aux réactions cutanées indésirables ont été analysés. Le fait d'être une femme, d'avoir un âge entre 20-29ans, d'avoir la peau grasse, d'avoir de l'acné avant de commencer à porter des masques, l'utilisation de crème hydratante et de porter des masques pendant de longues durées (> 4 heures par jour) étaient significativement associés aux réactions cutanées. Il est intéressant de noter que la réutilisation du masque n'a pas augmenté le risque de réactions cutanées, alors que la réutilisation avec nettoyage a semblé réduire le risque. Si la réutilisation du masque est inévitable, un nettoyage préalable devrait réduire le risque de réactions cutanées.

CONCLUSION

En conclusion, cette étude a révélé et comparé les incidences des réactions cutanées indésirables résultant de l'utilisation de 4 types de masques dans la vie quotidienne. Nos données indiquent que les poussées d'acné sont la réaction la plus fréquente et que les masques en tissu sont ceux qui présentent le plus faible taux de réactions cutanées.

24. Psoriasis et Covid : à propos d'un cas

NAJI C, Oujennane K, Hocar O, Amal S

Service de dermatologie et vénérologie CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc **Introduction :**

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique et multisystémique, plusieurs facteurs peuvent le déclencher ou l'aggraver, y compris certains médicaments.

Nous rapportons l'observation d'une patiente qui a présenté un psoriasis exacerbé par la prise de l'hydroxychloroquine suite à l'infection par covid 19.

Observation

Une patiente de 48 ans, suivie pour psoriasis depuis 20 ans, se présente pour une poussée du psoriasis pustuleux associée à des arthralgies. A l'examen, elle présentait des lésions érythémato-squameuses parsemées de pustules au niveau des coudes, des genoux, des cuisses, des deux régions lombaires et de l'abdomen, le reste de l'examen somatique objectivait un intertrigo sous mammaire gauche. Un traitement local à base de dermocorticoïdes, antimycosique sur l'intertrigo associés à l'isotrétinoine par voie orale était initié. L'évolution était bonne avec disparition de la majorité des lésions cutanées.

A j7 d'hospitalisation, la patiente présentait une fièvre aigue associée à une toux sèche, un test d'amplification en chaîne par polymérase (PCR) pour le SARS-CoV-2 (COVID-19) a été fait avec un résultat positif, un isolement et un traitement selon le protocole national de l'infection Covid 19 était initié, y compris l'hydroxychloroquine à la dose de 200mg*3 par jour. A j10 la patiente présentait une poussée de son psoriasis faite de lésions pustuleuses sur un fond érythémateux intéressant les deux membres supérieurs, les cuisses, le tronc, l'abdomen et le cou. Biologiquement, un syndrome inflammatoire majeur avec une protéine C réactive (CRP) à 332, L'hydroxychloroquine a été arrêté, avec traitement local et reprise de méthotrexate injectable à la dose de 12.5 mg par semaine. L'évolution était marquée par une desquamation généralisée accompagnée d'une apyrexie et d'une normalisation progressive du bilan biologique. Un fond d'érythème généralisé persistait pendant plusieurs jours. Une guérison était obtenue au bout de deux semaines.

Discussion :

L'exacerbation du psoriasis chez cette patiente peut être expliquer par plusieurs facteurs, d'une part, cela peut être dû à l'effet inhibiteur de l'hydroxychloroquine à une activité transglutaminase épidermique, ce qui conduit à une rupture initiale de la barrière épidermique, de plus, l'hydroxychloroquine peut promouvoir la production de l'IL-17 via la libération d'IL-23 dépendante de p38, entraînant une croissance accrue des kératinocytes. D'autre part, les patients atteints de l'infection à coronavirus 2019 (SARS-CoV2), qui ont été signalés récemment, ont augmenté les concentrations plasmatiques des cytokines liées à l'inflammation, y compris les interleukines 2, 7 et 10 et TNF alpha, avec diminution de l'expression de l'IFN gamma conduisant à un orage cytokinique, l'augmentation de ces cytokines dans le COVID-19, qui sont également accusées dans l'étiopathogenèse du psoriasis, peut suggérer que le COVID-19 peut être une nouvelle entité qui exacerbe le psoriasis.

Conclusion :

Les patients atteints du psoriasis doivent être conscients que l'infection par le SARS-CoV-2 peut entraîner une poussée de psoriasis, qui peut survenir en raison de l'arrêt des traitements contre le psoriasis, du traitement du COVID-19 avec des médicaments antipaludiques, ou en raison du déclenchement de l'inflammation dans le cadre de la maladie COVID-19.

25. Engelures associées à la Covid-19

Dr Kerroum S., Dr Zeggwagh Z., Pr Ismaili N., Pr Benzekri L. , Pr Meziane M. , Pr Senouci K. Dermatologie et Vénérologie, Hôpital Ibn Sina –Université Mohammed V, Rabat, Maroc. **Introduction**

Le virus SARS-CoV-2 est un nouveau virus émergent responsable d'une pandémie mondiale. De nombreuses manifestations dermatologiques associées ont été décrites comprenant des lésions à type d'engelures. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant des engelures à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2. **Observation**

Il s'agit d'une patiente de 24 ans ,sans antécédent pathologique notable et sans notion préalable d'acrosyndrome ou d'exposition au froid qui présente à 10 jours de son infection par le virus SARS-CoV-2 des engelures avec un aspect de doigts légèrement boudinés, érythémateuxviolacés et douloureux. Ces lésions ont disparu spontanément au bout de quelques semaines et n'ont pas récidivé. A noter que cette patiente n'a pas présenté de forme grave de la Covid-19 avec des signes respiratoires légers.

Discussion

Les engelures sont des lésions inflammatoires rouges à violacées qui apparaissent sur la peau des extrémités. Notre patiente présentait ces engelures uniquement au niveau des doigts. Il s'agit d'un signe caractéristique des maladies associées à une dérégulation des interféronopathies de type 1.

Lors de l'infection par le SARS-CoV-2, ces engelures sont la conséquence d'un phénomène immunitaire lié à la réaction virale et selon les données de la littérature, l'apparition d'engelures

est liée à une réponse immunitaire très importante survenant le plus souvent chez des sujets jeunes, sans tares associées. La présence d'engelures est donc associée significativement à moins d'hospitalisations.
Une forte réponse à l'interféron de type I dont les engelures sont l'expression clinique, pourrait favoriser une clairance rapide du virus, évitant les formes graves de la maladie. C'est le cas de notre patiente qui a présenté une forme légère du SARS-CoV-2.

Conclusion

Les engelures ont constitué la plus fréquente des manifestations cutanées associées à la Covid19, elles seraient en rapport avec une forte réponse antivirale. Elles surviennent principalement chez les sujets jeunes.

27. Zona après l'administration du vaccin ChAdOx1 nCoV-19

S.Ibzer,F.Amakha,O.Hocar,S.Amal
Dermatologie-vénérologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Laboratoire de bioscience et santé FMPM Marrakech, Maroc

Introduction:

La nouvelle infection par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) a récemment été déclarée pandémie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).En réponse à la propagation mondialedu virus, de nombreux vaccins contre le SRASCoV-2 ont été développés, comme le vaccin ChAdOx1 nCoV-19. Bien que ce vaccin ait un bon profil de sécurité, ses effets secondaires ne sont pas encore complètement caractérisés. Nous décrivons onze cas de zona après vaccination.

Matériel et Méthodes : De Mars à Mai 2021, onze cas de zona après vaccinationont été observés dans notre institution.
Résultats: Sur les onze patients atteints de zona, 6 étaient des hommes et 5 des femmes. L'âge moyen des patients était de 56,8 ans. A l'exception d'un patient qui avait des antécédents d'hypertension et d'un autre qui était diabétique, aucun des patients n'avait d'antécédents médicaux. L'atteinte thoracique était la plus fréquente, suivie par l'atteinte du trijumeau. Neuf patients ont développé l'éruption après la première dose du vaccin et 2 patients après la deuxième dose. Tous les patients ont reçu du Valaciclovir (3g/jour) pendant dix jours avec un traitement symptomatique. Un seul patient a été hospitalisé et traité par Ceftriaxone (2g/jour) pendant 10 jours en association avec la gentamicine (160 mg/jour) pendant 3 jours. L'évolution était sans complication pour 10 patients, un patient a développé un syndrome régional complexe.

Discussion: Le Zona est une ganglioradiculite postérieure aiguë, due à la réactivation du virus zona-varicelle (VZV) resté latent dans les neurones des ganglions nerveux. Il est particulièrement fréquent au cours des hémopathies malignes, des cancers, des déficits immunitaires, notamment le VIH, et des traitements immunosuppresseurs ; l'immunité à médiation cellulaire jouant un rôle important dans la défense antivirale. Une infection par le zona a également été observée dans plusieurs cas de COVID-19. Ceci pourrait être expliqué par la diminution du nombre absolu de lymphocytes, secondaire à l'infection par la COVID19.Dans la littérature, hormis la réactivation du zona après la vaccination contre la varicelle, il existe très peu de publications associant la vaccination et la survenue du zona. Jusqu'à présent, l'infection par le zona n'a pas été signalée comme étant un effet indésirable

du vaccin contre la COVID-19. Il est possible que l'infection par le zona observée chez nos patients ait été causée par l'immunomodulation induite par le vaccin, car le moment de l'infection a coïncidé avec l'administration du vaccin.

Conclusion:

Notre étude suggère que l'immunomodulation secondaire à l'administration du vaccin contre la COVID-19 peut augmenter le risque d'infection par le zona. Cependant, ces cas ne prouvent pas la causalité et des études approfondies sont nécessaires pour élucider le lienpossibleentrelavaccinationcontrelaCOVID-19etlaréactivationdel'infection VZV.

28. *Syndrome de Sweet post Covid 19*

I.Chikhaoui[1], G.Basri[1], M.Faik[1],FZ.Agharbi[1], S.Chiheb[1-2]

[1]Service de dermatologie de l'hôpital cheikh Khalifa, faculté de médecine UM6SS [2] Université Hassan II, faculté de médecine et de pharmacie

Introduction :
Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophilique aigue fébrile. C'est la plus fréquente du groupe des dermatoses neutrophiliques et elle se présente sous différentes formes cliniques. Elle est souvent idiopathique mais peut accompagner une atteinte infectieuse ou un syndrome paranéoplasique.

L'émergence de l'infection covid 19 a révélé plusieurs manifestations cutanées parmi lesquels le syndrome de Sweet. Nous en rapportons un cas **Observation :**
Une patiente de 61 ans sans antécédents particuliers qui présentait trois semaines après une infection covid 19 simple faite de fièvre, toux myalgies et sans syndrome respiratoire sévère, des plaques érythémateuses œdémateuses violacées douloureuses et non prurigineuses au niveau des mains et des pieds évoluant depuis quelques jours.
Le bilan biologique avait retrouvé un syndrome inflammatoire avec une CRP à 105 mg/l et une hyperleucocytose à prédominance neutrophile. Le dosage des ASLO était négatif.
L'examen anatomopathologique d'une biopsie cutanée a retrouvé un infiltrat inflammatoire neutrophilique dermique sans vascularite
Un syndrome de Sweet post covid fut retenu devant les éléments clinique et anatomopathologique
Un traitement par colchicine fut démarré avec une nette amélioration. **Discussion :**
Plusieurs cas de manifestations cutanées ont été recensés avec l'infection covid ,telles les éruptions varicelle like , les urticaires ou encore les engelures, dont le lien de causalité n'a à ce jour pu être démontré.
Deux cas de syndrome de sweet post covid ont été rapportés dans la littérature dont un avec une chronologie similaire à celle de notre patiente : à savoir l'apparition d'un syndrome de sweet trois semaines après l'infection covid19.(1)(2)

Conclusion :
Des manifestations cutanées sont de plus en plus rapportées en association avec l'infection par le SARS-CoV-2 dont le syndrome de Sweet . Leur physiopathologie reste obscure.

29. Un nouveau cas de toxidermie lichénoïde induite par l'Allopurinol et aggravée par la vaccination anti SARS-CoV-2

R.Bousmara, F.Hali, S.Chiheb
Service de Dermatologie-Vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction:

Présentation du cas :

Les lésions localisées initialement au niveau de l'abdomen et du tronc se sont étendues au reste du corps

Les toxidermies lichénoïdes constituent des réactions cutanées médicamenteuses rares. Celles secondaires à l'Allopurinol sont peu rapportées dans la littérature. Nous rapportons à travers cette observation, un cas très rare de toxidermie lichénoïde induite par l'Allopurinol et aggravée par la vaccination anti **SARS-CoV-2**.

Un patient âgé de 66 ans, suivi pour une goutte chronique depuis 12 ans avec une mauvaise observance. Admis pour une éruption cutanée généralisée très prurigineuse survenue 1 mois après la prise de l'**Allopurinol**. 10 jours après l'administration de la deuxième dose du **vaccin anti-COVID-19**. Devant son aggravation, il nous a été confié pour un examen spécialisé. L'examen dermatologique objectivait des lésions érythémato-papuleuses à surface brillante confluentes par endroits, généralisées, mais plus accentuées et infiltrées au niveau des membres inférieurs et des fesses sans atteinte muqueuse. Il n'y avait pas d'adénopathies ni de fièvre associée. Devant cet aspect clinique, une toxidermie était suspectée. L'enquête de pharmacovigilance incriminait l'Allopurinol. La biopsie cutanée confirmait le diagnostic. Le bilan biologique objectivait une hyperleucocytose à 12130/mm3 associée à une hyper éosinophilie à 1 160/mm3 sans atteinte organique. Le patient a été traité par dermocorticoïdes et photothérapie à UVB. L'évolution était marquée par la régression lente et progressive des lésions. patient est non encore rétabli mais en bonne évolution clinico-biologique.

Discussion :

La survenue d'une toxidermie lichénoïde sous Allopurinol est très rare, seulement quelques cas sont rapportées dans la littérature. Cet effet secondaire est plus fréquemment rapporté avec les bétabloquants, les antipaludéens de synthèse, sels d'or, pénicillamine et les thiazidiques. Les délais d'apparition sont habituellement inférieurs à 1 mois (90% dans la première année) mais peuvent être exceptionnellement longs parfois plusieurs années comme c'est le cas chez notre patient, généralement favorisée par une dose augmentée, la coadministration d'un autre médicament ou après une longue période d'arrêt. La distinction avec un lichen plan est difficile à établir. Histologiquement, les toxidermies lichénoïdes se caractérisent par une hyperkératose focale avec des interruptions de la couche granuleuse et la présence de corps colloïdes dans les couches granuleuses et cornée. Dans le derme, la présence d'éosinophiles serait spécifique car jamais observée dans le lichen plan.

Conclusion :

La toxidermie lichenoide à l'Allopurinol est certes rare et bénigne mais cette molécule est la première cause de toxidermies bulleuses graves en Europe et l'une des premières pourvoyeuses de syndrome DRESS dans le monde, ce qui souligne l'importance de rationaliser sa prescription.

30. Une rémission complète d'un lymphome cutané B folliculaire induite par la vaccination contre la COVID-19

Soraya Aouali[1], Mounia Benaakrache[1], Yousef Joudah[1], Nada Zizi[1,2], Siham Dikhaye[1;2]

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

(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier

Introduction :

Les lymphomes cutanés B primaires sont des lymphomes B non hodgkiniens classés en 3 groupes : Le lymphome cutané primaire de la zone marginale, le lymphome B à grandes cellules des jambes et intravasculaire et le lymphome centrofolliculaire. Bien que le lymphome B centrofolliculaire ait le meilleur pronostic parmi les 3 types, son traitement reste agressif.

Les avancées physiopathologiques suggèrent le rôle potentiel d'une perturbation immunitaire dans le développement des lymphomes cutanés B, ce qui a soutenu la position de l'immunothérapie dans cette indication particulière.

Nous rapportons le cas d'une rémission complète d'un lymphome cutané B folliculaire du cuir chevelu suite à la vaccination anti COVID-19, appuyant l'effet immunomodulateur du vaccin et donnant espoir à de nouvelles perspectives thérapeutiques prometteuses.

Rapport de cas :

Un patient âgé de 63 ans, sans antécédents pathologiques notables, avait présenté une large tumeur multi-nodulaire étendue sur le vertex et la région frontale. Le patient avait consulté chez un chirurgien général qui lui avait réalisé une biopsie cutanée, l'étude histologique et immunohistochimique était en faveur d'un lymphome cutané B folliculaire (Anticorps anti CD3 + ; anti CD20 + ; anti CD10+ ; anti Bcl6+, anti CD30- ; anti Bcl2 avec un faible marquage cellulaire par les anticorps anti Ki67), et le patient était référé dans notre formation pour une prise en charge adaptée.

Pendant ce temps là, le patient avait reçu sa première dose du vaccin anti SARS-Cov2 de type Oxford-AstraZeneca, curieusement il avait présenté une régression spectaculaire de sa tumeur avec persistance d'un placard érythémateux non infiltré du cuir chevelu. L'examen clinique du patient après la 2ème dose du vaccin avait objectivé une très nette amélioration avec une réduction encore plus importante de la taille et l'intensité du placard érythémateux résiduel.

Une 2ème biopsie cutanée a été réalisée sur le placard érythémateux résiduel après régression tumorale qui avait montré un tissu fibreux cicatriciel sans signes de malignité. La numération formule sanguine, le taux de lactate déshydrogénase et la biopsie ostéo-médullaire étaient tous sans anomalies.

L'étude génétique par réarrangement des chaines lourdes n'a pas été réalisée. Dans le cadre du bilan d'extension et à fin d'éliminer une localisation secondaire d'un lymphome ganglionnaire, un scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien a été réalisé qui avait montré

un infiltrat réticulo-micronodulaire lobaire supérieur et inférieur droit sans autres lésions suspectes. Une bronchoscopie avec biopsie n'avait pas objectivé de cellules tumorales. Une tomographie par émission de positrons n'avait pas trouvé de foyer hypermétabolique viscéral ou ganglionnaire. Par conséquent, le patient était déclaré guéri. L'examen clinique du patient était sans anomalies après 6 mois de suivi. **Discussion :**

Une rémission complète d'un lymphome B folliculaire suite à une infection intercurrente a été déjà rapportée (1).

Durant la pandémie COVID-19, quelques cas de rémission de processus lymphomateux au décours d'une infection COVID-19 ont été rapportés.

Federico pasin et al (2) avait rapporté un cas de rémission d'un lymphome NK durant l'infection COVID-19, avec une rechute suivant la guérison de son infection. Ce rapport de cas souligne l'effet oncolytique du virus en induisant la libération de cytokines proinflammatoires, connue sous le nom de 'tempête cytokinique', qui peut avoir une activité anti-tumorale.

Un second rapport de cas, publié par Sarah Challenor et al (3), d'un homme âgé de 61 ans suivi pour un lymphome hodgkinien stade IIIs, avait montré une réduction tumorale clinique et scannographique 4 mois après une infection COVID-19.

Un autre cas d'un patient âgé de 61 ans, suivi pour un lymphome folliculaire, avait montré une rémission complète de sa maladie suite à l'infection COVID-19 (4), appuyant l'hypothèse de l'effet oncolytique du virus.

Nous rapportons le premier cas de rémission d'un lymphome suite à l'administration d'un vaccin anti SARS-Cov 2.

Le vaccin Oxford-AstraZeneca consiste en un adénovirus codant pour la glycoprotéine spike du SARS-Cov 2 doté d'un rôle stimulant pour le système immunitaire. Il a été largement utilisé dans plusieurs pays avec de rares effets indésirables (5). Il stimule une réponse immunitaire similaire à celle induite au cours de l'infection. Son activité oncolytique peut conduire à la découverte de nouvelles pistes thérapeutiques prometteuses.

Conclusion :

Notre rapport de cas est le premier à décrire une rémission complète d'un lymphome cutané B folliculaire après la vaccination anti COVID-19 avec un recul de 6 mois. Cette observation peut ouvrir grandes portes à des avancées physiopathologiques et thérapeutiques révolutionnaires en matière de lymphomes.

31.Érythème polymorphe post vaccin ChAdOx1 nCoV19 : A propos de deux cas

S.Kabbou , F.Marraha ,I. Al faker ,H. Chahoub , N.Rahmani, Y. Benyemna , Y. Rkiek , S.Gallouj

Service de dermatologie et vénérologie

CHU Tanger

Introduction:

Depuis l'identification du SARS-CoV-2 en 2019 , le développement de vaccins est devenu crucial afin d'éviter un taux de mortalité élevée.
Le vaccin ChAdOx1 COV 19 faisait partie des premiers vaccins utilisés ,notamment chez le personnel de santé. Nous rapportons deux cas d'érythème polymorphe comme effet secondaire cutané du vaccin ChAdOx1 nCoV-19 (AstraZeneca®).

Observation :

Cas N 1 :

Patient âgé de 25 ans, ayant comme antécédent une infection covid 19 depuis 3 mois , qui avait présenté une éruption cutanée diffuse 14 jours après la 1er dose du vaccin COVID 19 associée à un syndrome grippal.
L'examen dermatologique retrouvait des lésions arrondies en cocarde confluentes par endroit, centrées par des bulles, localisées au niveau du tronc et des pieds et des mains, associées à des érosions de la muqueuse buccale.
Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire minime .
Un traitement par antihistaminique et corticoïdes a été instauré avec bonne évolution clinique .

Cas N 2 :

Patient âgé de 24 ans, sans antécédent particulier , qui avait présenté une éruption cutanée diffuse 15 jours après la 1er dose du vaccin COVID 19 associée à une fièvre et des céphalées.
L'examen dermatologique retrouvait des lésions maculo-papuleuses et purpuriques en cocarde confluentes par endroit, , localisées pricipalement au niveau plantaire et au niveau du tronc, associées à des érosions de la muqueuse buccale.
Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire minime .
Un traitement par corticoïdes avec un traitement antiseptique local a été instauré avec une bonne évolution clinique .

Discussion :

Plusieurs manifestations cutanées post vaccin COVID-19 ont été documentées et comprennent l'urticaire, l'angioedème, le prurit et le rash morbiliforme , dans notre cas c'est l érythème polymorphe qui représente une entité rare .
L'érythéme polymorphe (EP) est une reaction d'hypersensibilité cutanéo-muqueuse se manifestent par des lésions bulleuses et nécrotiques. Il a été décrit pour la premiére fois par Hebra en 1870 .
plusieurs étiologies ont été identifiées pricipalement l'infection HSV et Mycoplasma pneumoniae mais de nombreuses autres infections virales et bactériennes ont été mises en cause . Plus rarement des vaccins ont été incriminés (vaccin contre la grippe , HPV , hépatite B …)

Chez nos deux cas, et devant l'absence d'autre facteurs étiologiques, nous avons incriminé le vaccin COVID 19 dans la survenue de l'érythème polymorphe.

Dermatopédiatrie

1. Angiomatose bacillaire révélant un déficit immunitaire primitif chez un nourrisson

O.K.Idrissi, F.Z. El Fatoiki, H.D.Skalli, F.Hali, S,Chiheb
Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Morocco

Introduction

L'angiomatose bacillaire est une maladie infectieuse vasculo-proliférative rare qui peut toucher de nombreux organes. Elle a été décrite chez les patients immunocompétents et immunodéprimés, principalement chez les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience.

Nous rapportons un cas d'angiomatose bacillaire révélant un déficit immunitaire primitif chez un nourrisson

Observation :

Nous rapportons le cas d'un nourrisson âgé de 21 mois ayant comme antécédents une consanguinité premier degré et un frère décédé à un jeune âge avec notion d'infections ORL et respiratoires à répétition et une diarrhée chronique. Le patient présentait des lésions cutanées évoluant depuis 2 semaines. L'examen dermatologique retrouvait des lésions nodulaires d'allure hémorragiques à bordure violacée siégeant au niveau du poignet gauche et de la paupière inférieure droite. Par ailleurs, le nourrisson avait une pâleur cutanéomuqueuse, des adénopathie axillaire et une hépato-splénomégalie.

L'hémogramme retrouvait une pancytopénie. Au myélogramme, il y avait une agranulocytose avec à la biopsie ostéomédullaire une hypoplasie granuleuse.

L'étude histologique a montré un épiderme acanthosique avec hypergranulose, le derme était oedémato – congestif fait d'infiltrat inflammatoire polymorphe avec une prolifération vasculaire, compatible avec une angiomatose bacillaire. Et la culture au niveau tissulaire nous a permis de retenir le diagnostic. La sérologie du virus de l'immunodéficience humaine était négative et le bilan du déficit immunitaire était en faveur d'un déficit lymphocytaire primitif en cours de détermination.

Nous avons donc retenu le diagnostic d'angiomatose bacillaire sur un terrain de déficit immunitaire primitif et le nourrisson a été mis sous macrolides au long cours. **Discussion :**

L'originalité de notre travail réside dans la rareté de l'angiomatose bacillaire d'autant plus sur un terrain de déficit immunitaire primitif chez un nourrisson.

En effet, l'angiomatose bacillaire a été décrite pour la première fois chez des patients séropositifs comme une infection opportuniste, elle peut rarement survenir dans le contexte d'autres affections pouvant altérer le statut immunitaire, telles que la transplantation d'organe solide. Elle est causée par des espèces du genre Bartonella, à savoir Bartonella henselae et Bartonella quintana. Les lésions cutanées de l'angiomatose bacillaire sont localisées dans diverses zones du corps. Ils se présentent sous la forme de papules ou de nodules érythémateux ou violacés, qui peuvent être croûteux ou ulcérés. L'atteinte des autres organes est souvent associée. Le diagnostic repose sur l'analyse sérologique, la culture et la biologie moléculaire dans des extraits de biopsie tissulaire par amplification en chaîne par polymérase

(PCR) en temps réel. Le traitement approprié est basé sur l'association érythromycine orale et doxycycline, mais plusieurs traitements tels que les macrolides, les aminosides, la rifampicine, la dapsone, la ciprofloxacine ont été essayés avec des résultats favorables.

2. Association d'un lichen scléro-atrphique génitale et une pelade chez un enfant.

R.Ajaaouani, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :
Le lichen scléro-atrphique est une dermatose inflammatoire chronique cutanéomuqueuse, qui touche les deux sexes mais principalement la femme en post ménopause et la fille pré pubertaire. La pelade est une maladie auto-immune affectant n'importe quelle zone pilaire à tout âge. Nous rapportons un cas de fillette qui présente un lichen scléro-atrophique génitale associée à une pelade. **Observation :**
Fillette de 8ans sans antécédent pathologique particulier, s'est présentée à la consultation pour un prurit vulvaire évoluant depuis un an. A l'examen clinique trouve un aspect blanc nacré au niveau des grandes vulves, un effacement des petites vulves avec une synéchie clitoridienne, une hyperpigmentation péri-anale entouré d'une hypo pigmentation périnéale. Il s'y associe au niveau extra génital de papules blanches nacrés en relief bien limité, localisé au niveau de l'abdomen et le tronc. On note également la présence d'une plaque alopécique au niveau de la région occipitale du cuir chevelu avec une dépilation des cils de l'œil droit et une dépilation des sourcils. L'analyse dermoscopique du cuir chevelu a montré une disparition des orifices pilaires avec présence de point jaune et des points noires en faveur d'une pelade. Une biopsie cutané a été réalisé a montré un aspect de lichen scléro-atrophique.
Le bilan thyroïdien était normal. Nous avons retenu le diagnostic d'un lichen scléroatrophique associé à une pelade, la patiente a reçu une corticothérapie locale avec stabilisation des lésions cutanées. **Discussion :**
Le lichen scléro-atrophique est une dermatose inflammatoire d'étiologie incertaine, il existe des mécanismes auto-immuns impliqués dans sa pathogénie, ce qui suggère son association souvent à d'autres maladies auto-immuns en particulier la pathologie thyroïdienne. Dans notre cas le lichen scléro-atrophique est associé à une pelade, cette dernière est une maladie auto-immune dont l'association avec le lichen plan est fréquemment rapporté dans la littérature, et même à d'autres maladies auto-immunes. Environ 25% des patients atteints d'une maladie auto-immune ont tendance a développé d'autres maladies auto-immunes supplémentaires. Des cas isolés de Co localisation de pelade et vitiligo, pelade et lichen plan ont été rapporté également dans la littérature. A notre connaissance nous rapportons le premier cas d'association lichen scléro-atrophique et pelade, cette association est expliqué par le mécanisme auto-immun impliqué dans la pathogénie de ces deux pathologies.

3. "Bathing trunk" naevus : Rapport de cas d'un nævus mélanocytaire congénital géant

R.Bousmara, F.Hali, S.Chiheb
Service de Dermatologie-Vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction:

Le nævus congénital géant correspond à une prolifération mélanocytaire bénigne, cliniquement apparente à la naissance de taille supérieure à 20 cm. C'est une affection rare, l'incidence des nævus géants est estimée à 1 par 20 000 naissances vivantes.

Présentation du cas :

Il s'agit d'un nourrisson de 2 mois, de sexe féminin, issue d'un mariage non consanguin et d'une grossesse menée à terme, qui présente depuis sa naissance une vaste nappe pigmentée de teinte brune, de grande taille, occupant plus de 40% de la surface corporelle totale, circulaire disposée en "caleçon", S'étendant du haut de sa poitrine jusqu'à ses cuisses ainsi que le dos et les fesses. La lésion est homogène de surface régulière tantôt lisse tantôt rugueuse et de contours nets, dépourvu de poils et non surmontée de nodules de prolifération, accompagnée de nombreux nævus satellites de différentes tailles dispersées sur le reste du tégument (50 satellites). Le reste de l'examen somatique notamment neurologique et ganglionnaire était sans particularité. Une tomodensitométrie (TDM) cérébrale ne montrait pas d'anomalie mélanocytaire intracrânienne.

Discussion:

Le nævus congénital géant (NCG) est une tumeur rare touchant 1 à 2 % des nouveau-nés. La localisation anatomique la plus commune est le tronc suivi par les membres, la face et le scalp. Son diagnostic est clinique : Il s'agit d'un placard cutané circonscrit de teinte brune, souvent recouvert de pilosité dense ou de nodules de prolifération et/ou accompagné de nævi satellites. Son caractère géant augmente le risque de dégénérescence en mélanome, ce risque est estimé entre 2 et 5 % le plus souvent précoce dans les 10 premières années de vie. La deuxième complication est la mélanose neuroméningée, qui peut être responsable d'une comitialité, d'un déficit intellectuel, d'une porencéphalie, d'une hydrocéphalie avec hyperpression intracrânienne. L'atteinte neurologique se manifeste généralement au cours des 2 premières années de la vie. Le risque de mélanose neuroméningée est plus élevé pour les NCG de la tête et du cou, du dos (>40cm) et lorsque le NCG est associé à plus de 20 nævi satellites.

Le traitement des NCG est très difficile. La prise en charge doit être individualisée en tenant compte des retentissements esthétiques, psychosociaux ainsi que du risque de transformation maligne.

Conclusion:

Les nævus congénitaux géants sont exceptionnels, de pronostic fâcheux et sont de prise en charge thérapeutique difficile.

4. Purpura extensif au cours d'une miliaire tuberculeuse chez un nourrisson

M. Rimaoui ; F.Hali ; S.Chiheb
Service de dermatologie , CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : La tuberculose constitue encore un fléau majeur de santé publique, responsable à l'échelle mondiale d'une morbidité et d'une mortalité importantes. La miliaire

tuberculeuse est une forme grave et rare de la tuberculose. Elle est souvent due à une dissémination hématogène du bacille de Koch et représente moins de 2 % des tuberculoses.Nous rapportons l'observation d' un nourrisson présentant un purpura extensif secondaire à une CIVD sur un terrain de miliaire tuberculeuse .

Observation : Nourrisson de sexe féminin , 3 mois , pas de notion de consanguinité , ayant comme antécédents familiaux : une mère suivie pour tuberculose pulmonaire évolutive . Le nourrisson avait présenté un tableau clinique fait de toux et de dyspnée associé à des douleurs abdominales et une diarrhée liquidienne évoluant dans un contexte fébrile . La radiographie de thorax montrait une atteinte broncho-alvéolaire bilatérale diffuse sans atteinte pleurale ni médiastinale compatible avec un aspect de miliaire. Un traitement antibacillaire a été débuté selon le régime 2RHZ/7RH adopté par le programme national de la lutte antituberculeuse .L'évolution fut marquée par l'installation d'une détresse respiratoire et d'un syndrome hémorragique fait de gingivorragie et de purpura ayant necessité la prise en charge en milieu de réanimation . L'examen clinique a objectivé : un nourrisson hypotherme , deshydraté , placard echymotique siègeant au niveau du siège , lésions petéchiales au niveau du tronc .Biologiquement : NFS :anémie : 8 g /dl , GB :
7870 ,thrombopénie : 17 000 , TP :13 %, TCA :104, fibrinogène diminué : 0 ,96 CRP :80 , une cytolyse hépatique et une fonction rénale conservée .Une sérologie HIV a été réalisé : négative .L'evolution fut marquée par le décès dans un tableau de choc septique et de CIVD Malgré les mesures de réanimation.

Discussion : Notre observation illustre les complications de la tuberculose disséminée. Une tuberculose congénitale était fortement suspectée vu la notion de tuberculose évolutive chez la mère , la symptomatologie respiratoire et l'aspect de miliaire objectivé à l'imagerie .Le traitement antibacillaire doit être démarré sans s'évertuer à rechercher une preuve bactériologique .Comme tout état infectieux sévère , la CIVD reste une complication redoutable , elle est caractérisée par une activation de la coagulation avec génération de fibrine pouvant être à l'origine de défaillances viscérales avec consommation de plaquettes et des facteurs de coagulation, eux-mêmes à l'origine de saignements . Le diagnostic différentiel des manifestations hémorragiques au cours de la tuberculose sont dominées par le syndrome d'activation macrophagique compliquant la miliaire et plus rarement les thrombopénies d'origine auto-immune. La CIVD dans ce contexte était une complication de la tuberculose miliare qui souffre toujours d'une mortalité excessive .

5. Cytostéatonécrose du nouveau né compliquée d'une hypercalcémie

I.Bahbouhi, O.Hocar, S.Amal
Service de dermatologie et vénérologie,

Introduction :

La cytostéatonécrose du nouveau-né est une hypodermite aiguë se développant chez le nouveau-né durant les premiers jours de vie, survenant le plus souvent dans un contexte d'hypoxie néonatale. C'est une pathologie bénigne, mais qui peut être potentiellement grave par ses complications, notamment l'hypercalcémie.

Observation :

Un nouveau-né de sexe féminin, issue d'un mariage consanguin de premier degré, né à terme par voie basse dans un contexte de souffrance néonatale, était admis à la naissance en néonatologie pour faible poids de naissance, glaucome congénital et hydrocéphalie triventriculaire.
Elle présentait à 3 semaines de vie de multiples lésions cutanées d'extension progressive.
L'examen trouvait un nouveau-né irritable, hypotrophe, déshydraté, avec à l'examen dermatologique de multiples nodules et placards indurés érythémato-violacés étendus à tout le corps.

Le bilan biologique trouvait un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à 38110/mm^3, des neutrophiles à 31770/mm^3 et une CRP à 15.39 avec une légère hypercalcémie à 104 mg/l (valeurs normales comprises entre 90et 100 mg/l), avec une fonction rénale normale.
La biopsie cutanée montrait un épiderme et un derme normaux, un granulome lipophagique avec foyers de nécrose adipocytaire compatibles avec une cytostéatonécrose.
Le traitement de l'hypercalcémie a consisté en une hyperhydratation intraveineuse, permettant une normalisation de la calcémie. La patiente a par la suite été perdue de vue.

Discussion :

La cytostéatonécrose du nouveau né est une entité rare, dont la pathogénie reste encore obscure, mais qui semble liée à certains facteurs.
Les principaux facteurs de risque rapportés sont : la macrosomie fœtale souvent dans un contexte de mère diabétique, l'asphyxie périnatale, l'hypothermie thérapeutique et les traumatismes tissulaires au cours de manœuvres instrumentales ou au cours de la réanimation néonatale.

Sur le plan clinique, les lésions cutanées surviennent habituellement après un intervalle libre dans les 15 premiers jours suivant l'accouchement mais peuvent apparaître jusqu'à 30 jours après la naissance. Ces lésions débutent par un érythème qui laisse rapidement place à des lésions douloureuses d'hypodermite rouge violine plus ou moins diffuses, localisées sur les fesses, les cuisses, le tronc, les membres supérieurs ou les joues.

Le diagnostic est essentiellement clinique, mais en cas de doute, une cytoponction ou une biopsie cutanée confirmeront le diagnostic.
L'évolution est généralement spontanément favorable en quelques semaines à quelques mois.
La complication à craindre est l'hypercalcémie, en particulier dans les formes disséminées car elle est corrélée à l'extension des lésions cutanées. Elle est le plus souvent asymptomatique et alors découverte dans le cadre de la surveillance de la calcémie, mais peut également être responsable d'irritabilité, hypotonie, difficultés de tétées, vomissements, ou même d'insuffisance rénale.

Sa prise en charge repose sur l'hyperhydratation et l'abstention de supplémentation en vitamine D, ou sur l'administration de biphosphonates dans les formes les plus sévères.

Conclusion :

Il est nécessaire de surveiller la calcémie de tout nouveau-né présentant des lésions cutanées évocatrices de cytostéatonécrose jusqu'à leur disparition, afin de dépister et de prendre en charge une hypercalcémie qui conditionne le pronostic de cette pathologie.

7. Cytostéatonécrose néonatale compliquée: A propos d'un cas.

H.El Halla; F.Amaaoune; R.Chakiri.
Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir.

Introduction :

La cytostéatonécrose du nouveau-né est une hypodermite aiguë, caractérisée par des nodules rouge violacé plus ou moins bien limités présents dès la naissance chez des enfants qui ont subi fréquemment un accouchement compliqué. Dans la majorité des cas, ces lésions sont limitées et bénignes, mais quelques cas ont été associés à une hypercalcémie pouvant conduire à des complications cardiaques, neurologiques, rénales, voire au décès.

Nous rapportons une observation de cytostéatonécrose compliquée chez un nourrisson de 2 mois. **Observation :**

Nourrisson de sexe féminin, âgée de 2 mois, issue d'une grossesse bien suivie compliquée d'un diabète gestationnel, âge maternel de 30 ans, accouchement à terme, par voie basse médicalisé, poids de naissance à 4,11 Kg avec notion de souffrance néonatale.

Le nourrisson a été hospitalisé au service de pédiatrie pour déshydratation aigue sur vomissements avec amaigrissement chiffré à 1 Kg, ainsi que des lésions cutanées diffuses apparues à J20 de vie.

L'examen général trouvait un nourrisson stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique, déshydraté.

L'examen dermatologique objectivait des nodules et placards indurés, érythémato-violacés siégeant au niveau du dos, cou, fesses, cuisses et des grandes lèvres avec présence d'une ulcération et issue d'un liquide clair au niveau de la cuisse gauche.

Le reste de l'examen clinique notait une xérose cutanée.

Devant cet aspect clinique le diagnostic de cytostéatonécrose a été posé.

Le Bilan biologique avait révélé une hypercalcémie à 170,14 mg/l, l'échographie rénale était en faveur d'une néphrocalcinose grade 3 avec présence d'une masse de la loge surrénalienne droite et l'échographie des parties molles avait objectivé des collections sous cutanées des régions fessières.

Un scanner abdominal avait montré un hématome calcifié de la loge surrénalienne droite. La prise en charge était la correction de l'hypercalcémie par : l'hyperhydratation, diurétique et suppression des apports calciques et en vitamine D, Cortancyl 5 mg/j.

Discussion :

La cytostéatonécrose néonatale est une panniculite rare dont la pathogénie est incomplètement connue.

Elle se développe habituellement après un intervalle libre dans les 15 premiers jours suivant l'accouchement mais peut apparaître jusqu'à 30 jours après la naissance.

Les lésions débutent par un érythème qui laisse rapidement place à des placards d'hypodermite rouge violine. Ces lésions sont souvent douloureuses. Les localisations préférentielles sont le dos, le cou et les membres supérieurs.

Les facteurs favorisant sa survenue chez notre patiente étaient: le diabète gestationnel maternel et la souffrance néonatale. Le diagnostic est le plus souvent clinique. Lorsqu'il existe un doute une biopsie cutanée confirme le diagnostic.

L'hypercalcémie est la complication la plus fréquente, Des dépôts calciques viscéraux secondaires à l'hypercalcémie ont été fréquemment rapportés. Les plus « classiques » sont les néphrocalcinoses et les lithiases rénales. D'autres complications peuvent être présentes notamment: hypertriglycéridémie, thrombopénie et hypoglycémie.
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, un régime pauvre en calcium et en vitamine D, des glucocorticoïdes, voire calcitonine, biphosphonates ou kétoconazole dans les formes les plus sévères.

Conclusion :

La cytostéatonécrose néonatale est une affection bien décrite mais rarement rencontrée en pratique courante et donc souvent méconnue par les praticiens. Elle est généralement d'évolution bénigne. La principale complication est l'hypercalcémie qui est souvent asymptomatique mais peut parfois être menaçante, justifiant une surveillance prolongée du taux de calcium, si possible jusqu'à la disparition des lésions cutanées. L'évolution vers la surinfection et l'abcédation des lésions est possible.

9. Eruption bulleuse chez un enfant : un challenge diagnostic

N.BENNOUNA, F.Z ELFETOIKI, F.HALI, H.Skalli, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc.

INTRODUCTION :

Le prurigo bulleux ou prurigo strophulus est une réaction cutanée bulleuse survenant chez les individus génétiquement prédisposés et surtout chez les enfants en zone tropicale.
Nous rapportons le cas d'une patiente de 3 ans présentant une éruption bulleuse prurigineuse.

OBSERVATION :

Un enfant de 3 ans, a consulté pour une éruption prurigineuse évoluant depuis 15 jours, compliquée quelques jours après par l'apparition de bulles.
L'examen physique a révélé de nombreuses vésicules et bulles tendues à contenu clair sur bases urticariennes, associées à des papules et des lésions d'excoriations confinées aux zones découvertes du corps.
L'interrogatoire a révélé une éruption prurigineuse papulo-urticarienne chez la mère ainsi que la sœur suite à un déménagement récent.
Devant ce tableau clinique un prurigo bulleux secondaire aux punaises de lit a été évoqué, et La patiente a donc été traitée avec du benzoate de benzyle et de la cétirizine avec très bonne amélioration ainsi qu'une désinfection complète des vêtements et de la literie. La mère a également été traitée ainsi que tous les individus en contacts étroits.

DISCUSSION :

Notre objectif est de mettre en évidence une manifestation clinique atypique du prurigo chez l'enfant secondaire aux piqûres de punaises de lit.
Les piqûres de punaises de lit peuvent revêtir un aspect différent d'une personne à l'autre expliquée par une réaction d'hypersensibilité retardée, c'est le cas chez notre patiente chez qui l'éruption était bulleuse contrairement à la mère qui a presenté une simple éruption urticarienne prurigineuse.

La réaction d'hypersensibilité retardée aux morsures d'arthropodes doit être envisagée dans le prurigo bulleux et plus particulièrement dans le cas d'une distribution linéaire des lésions. C'est pourquoi les piqûres de punaises doivent être considérées dans le diagnostic différentiel des éruptions bulleuses notamment chez l'enfant.

8. Eruption pustuleuse du visage chez un nouveau-né

N.BENNOUNA, F.Z ELFETOIKI, F.HALI, H.Skalli, S.CHIHEB

INTRODUCTION

Les dermatoses pustuleuses transitoires du nouveau-né sont fréquentes et bien connues. Nous rapportons un cas de nouveau-né de 26 jours ayant présenté une forme clinique originale d'une éruption pustuleuse du visage.

OBSERVATION

Un nouveau-né à terme âgé de 26 jours présentait à 24 jours de vie une pustulose aiguë symétrique localisée au niveau des deux joues, l'interrogatoire n'a pas révélé l'existence de facteur de risque d'infection materno-fœtale.

L'examen clinique du visage a objectivé un placard érythémateux surmontée de nombreuses pustules entourées d'un halo érythémateux, localisé de manière symétrique aux deux joues, ainsi que le front et les paupières. Il n'y avait pas de lésion du cuir chevelu, du siège ou des extrémités, ni de lésion muqueuse.

Les prélèvements cutanés éliminaient une infection bactérienne ou à *Candida albicans*. Le traitement a consisté en une simple réassurance des parents avec disparition spontanée des lésions après 2 semaines.

DISCUSSION

L'érythème toxique du nouveau-né (ETN) est une éruption pustuleuse bénigne fréquente, apparaissant entre 24^{em} et la 72^{em} heure de vie et se résout spontanément en 1 à 2 semaines. Dans les cas de nouveau-né présentant une éruption pustuleuse localisée il est important de séparer une affection bénigne comme l'ETN, des affections qui nécessitent un diagnostic et un traitement précoce et qui peuvent être différenciés par des échantillons cytologiques et bactériens.

Les cas d'ETN pustuleux avec un délai retardé comme notre patiente sont extrêmement rares. Dans ce cas, la présentation tardive de l'ETN à 24 jours peut expliquer cette manifestation atypique à prédominance pustuleuse.

Ce tableau clinique de pustulose bénigne transitoire du nouveau-né corresponds à une forme clinique originale d'érythème toxique du nouveau-né.

Il s'agit du premier cas documenté d'ETN pustuleux sévère et survenant dans un délai de 24 jours de vie.

9. Erysipèle : Entité rare d'éruption faciale chez le nourrisson

Introduction

L'érysipèle est une dermohypodermite aiguë, souvent causée par un streptocoque βhémolytique du groupe A. Elle affecte généralement les patients âgés. Les membres inférieurs sont touchés dans plus de 80 % des cas.

Nous rapportons un cas d'érysipèle de la face chez un nourrisson de 36 jours.

Observation

Nourrisson de 36 jours hospitalisé pour fièvre aiguë sans orientation clinique. Quarante-huit heures après son admission, il a développé une éruption faciale ayant commencée au niveau de la racine du nez.

L'examen trouvait un placard inflammatoire infiltré et bien limité de la joue gauche, atteignant le nez et la joue droite. Aucune porte d'entrée cliniquement décelable n'a été retrouvée.

Au bilan, il y' avait une hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles, avec une C-Réactive Protéine élevée.

Le diagnostic d'érysipèle a été retenu. Un traitement à base d'amoxicilline-acide clavulanique (50 mg/kg/jour) a été instauré avec bonne évolution clinique et biologique après 48 heures.

Discussion

L'érysipèle est une dermohypodermite bactérienne aiguë non nécrosante, relativement fréquente chez l'adulte mais exceptionnelle chez le nourrisson. Les signes classiques comprennent un placard douloureux, érythémateux, brillant, bien délimité, à expansion rapide, associé à un œdème. Le début est brusque, fait d'une fièvre de 39 à 40 °C, des frissons, un malaise et des nausées.

Les membres inférieurs sont plus souvent touchés, bien qu'une éruption faciale soit possible. Il est généralement de forme malaire ou en papillon.

Les portes d'entrée sont souvent retrouvées à type de perlèche, rhagades, plaies posttraumatiques ou piqûres d'insectes. Cependant, dans de nombreux cas d'érysipèle du visage, aucune porte d'entrée locale n'est découverte ce qui est le cas de notre patient.

Le diagnostic positif est essentiellement clinique, mais des tests biologiques notamment la numération formule sanguine et la protéine C-réactive confirment le diagnostic. Le traitement est généralement empirique, dirigé contre les streptocoques et basé sur la pénicilline.

10. Erythème induré de Bazin chez l'enfant à propos de 3 cas.

R.Ajaaouani, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb

Introduction :

L'érythème induré de Bazin (EIB) est une vascularite nodulaire survenant habituellement chez des femmes jeunes, rarement observé chez l'enfant. Cette entité pose toujours un problème quand à son origine tuberculeuse, sa prise en charge est donc non encore codifiée. L'objectif de notre étude est de préciser les caractéristiques anatomocliniques et thérapeutiques de l'EIB chez l'enfant. **Matériel et méthode :**

C'est une étude rétrospective menée de janvier 2016 à décembre 2020 incluant seulement les observations histologiquement confirmés d'EIB. **Résultats :**

Trois cas ont été colligés. Deux patientes de sexe féminin et un de sexe masculin. La moyenne d'âge était de 11,6 ans avec des extrêmes allant de 10 à 14 ans. Aucun patient n'avait des antécédents personnels ou familiaux de tuberculose. La durée d'évolution était en moyenne de 14 mois. Tous les patients présentaient des nodules inflammatoires de 2 à 5 cm de diamètre, douloureux, mobiles par rapport au plan profond avec un épiderme normal ou rouge violacé en regard, prédominant aux membres inférieurs avec une évolution vers l'ulcération dans un seul cas. Aucun patient n'a présenté un syndrome infectieux. L'intradermo-réaction à la tuberculine était positive chez un seul patient et phlycténulaire chez 2 autres. Le bilan à la recherche d'un foyer tuberculeux comprenant la recherche de BK dans les crachats et les

urines et un bilan radiologique était négatif dans tous les cas. La biopsie cutanée avait révélé des granulomes tuberculoïdes sans nécrose caséeuse dans tous les cas avec un aspect d'une vascularite leucocytoclasique sur toutes les biopsies. Un traitement antituberculeux avait été institué chez tous nos patientes. Avec une bonne évolution clinique. **Discussion :**
L'érythème induré de Bazin (EIB) est une entité rare chez l'adulte, voire exceptionnel chez l'enfant ce qui fait l'originalité de notre étude. La plupart des auteurs s'accordent à la considérer comme un état d'hypersensibilité retardée de type IV à de multiples antigènes dont le *Mycobacterium tuberculosis* est le chef de file. En effet, le bacille tuberculeux n'a jamais été isolé des nodules cutanés. Au Maroc et dans les autres pays d'endémie tuberculeuse, devant une hypodermite nodulaire chronique des membres inférieurs, en présence d'arguments en faveur d'une étiologie tuberculeuse à savoir des antécédents personnels ou familiaux de tuberculose, la notion de contage, la forte positivité de l'IDR, la présence d'un granulome tuberculoïde à la biopsie ou la mise en évidence d'un foyer tuberculeux extra cutané, doivent faire penser à l'érythème induré de Bazin et conduire à la prescription d'une antibiothérapie anti bacillaire. Quoique le diagnostic n'est pas toujours aisé chez l'enfant. L'évolution favorable sous traitement antituberculeux chez tous nos patients est un argument de plus confortant l'origine tuberculeuse.

16. Etrange éruption linéaire chez un enfant

R.Ajaaouani, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,M.Farida*, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie

*Service d'anathomopathologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :
Le lichen striatus est une éruption inflammatoire linéaire bénigne, bien limitée suivant les lignes de blaschko, touchant principalement l'enfant. Nous rapportons un cas d'une éruption linéaire révélant un lichen striatus chez un enfant.
Observation :
Un enfant de sexe masculin âgé de 6 ans suivi une conjonctivite allergique, présentait depuis l'âge de 3ans une éruption cutanée au niveau de la cuisse droite devenant prurigineuse. L'examen clinique trouvait des lésions papuleuses de couleur brune, confluentes par endroit à disposition blaschko linéaire, localisée au niveau de la face antéro-externe de la cuisse droite. Une biopsie cutanée a été réalisée était en faveur d'un lichen striatus. Le patient a été traité par des dermocorticoïdes. Avec résolution des lésions cutanées. **Discussion :**
Le lichen striatus est une entité rare fréquemment observé chez l'enfant, se présente sous forme de papule rouge brun, avec une disposition assez particulière, suivant les lignes de blaschko, touchant le plus souvent les membres. D'étiologie inconnue mais des facteurs génétiques et environnementaux peuvent déclencher l'éruption. Selon la littérature, une association lichen striatus et atopie est fréquemment décrit. Dans la plus part des cas la résolution des lésions est spontanée, le recours aux dermocorticoïdes est indiqué en cas de prurit.

12. Facteurs pronostiques de la pelade chez l'enfant : à propos de 42 cas

K.Tahri joutei hassani,H.Baybay, R.Dassouli ,S.Elloudi, Z.Douhi, FZ. Mernissi

Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction :
La pelade est une maladie auto-immune affectant les zones pilaires à tout âge. Elle est fréquente chez l'enfant et le début à un âge précoce est associé à un pronostic péjoratif. L'objectif de notre travail était d'étudier les principaux facteurs pronostiques de la pelade chez l'enfant.

Matériel et méthodes :
Nous avons mené une étude prospective colligeant tous les enfants âgés de moins de 18 ans ayant consulté au service de dermatologie du CHU HASSAN II pour une pelade. Pour chaque patient nous avons étudié les caractéristiques épidémio-cliniques et évolutives.

Résultats :
Au total, nous avons colligé 74 cas de pelade dont 42 cas (56%) étaient des enfants. L'âge moyen était de 9 ans (2-17)avec une prédominance féminine(sex-ratio à 0,4). 16% des patients avaient des comorbidités associées dont 7% avaient une atopie personnelle et 9% avaient une maladie auto-immune(MAI). Des antécédents familiaux de MAI ont été retrouvés dans 26 % des cas et d'atopie dans 4% des cas .Il s'agissait d'une pelade en plaque chez 52% des patients et d'une pelade sévère dans 48 % des cas (42% universelle , 4% ophiasique et 2% totale).64% des patients présentaient une atteinte unguéale . Le traitement était basé sur des bolus mensuels de corticothérapie intraveineuse dans 52% des cas, une corticothérapie locale dans 26% des cas ,une corticothérapie orale associée à une corticothérapie locale dans 19% des cas , et une corticothérapie orale associée au méthotrexate dans 2% des cas . On a noté une repousse complète chez 31% des patients contemporaine au traitement dans 83% des cas avec un recul moyen de 10,6 mois , une repousse complète puis rechute chez 2% des patients , une repousse partielle chez 16,5%% des patients , l'absence de réponse thérapeutique chez 38% des patients et 14,5%de patients perdus de vue. Nous avons mis une relation statistiquement significative entre la forme universelle et une mauvaise évolution de la pelade ($p = 0,015$).

Discussion :
Plusieurs études ont identifié des facteurs pronostiques associés à une mauvaise repousse en cas de pelade tels qu'une forme étendue, une longue durée d'évolution(1,2),l'atteinte unguéale, des antécédents d'atopie ou de MAI (3,4) et un jeune âge d'apparition. Goh et al(3) ont trouvé que les maladies thyroïdiennes étaient associées aux formes sévères de la pelade. Dans une série espagnole (5), seule la forme de pelade universelle et des antécédents familiaux positifs de pelade étaient associés à une mauvaise réponse thérapeutique. Acikgoz et al (6) ont décrit que la durée de la maladie (plus de 4 ans) était un facteur pronostique de mauvaise réponse thérapeutique.
Notre étude permet de confirmer la valeur prédictive péjorative de la sévérité initiale de la pelade dans l'évolution de la maladie.

Conclusion :
Plusieurs facteurs pronostiques de la pelade chez l'enfant ont été soulevés au fil des années et notre étude permet de confirmer la valeur prédictive péjorative de la forme universelle dans la réponse thérapeutique. Néanmoins, un biais de sélection peut être soulevé vu la sévérité des

cas consultant au CHU mais permet en même temps d'être plus sélectif quant aux facteurs pronostiques.

20. Fesses rouges chez le jeune enfant : n'y a-t-il que de l'irritation ?

R.Ajaaouani, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :
Les « dermites du siège » représentent un problème extrêmement, fréquent de la pathologie dermatologique du nouveau-né, du nourrisson. Dans la grande majorité des cas, elles apparaissent au niveau de la zone de contact des langes et correspondent le plus souvent à une dermatite d'irritation. Cependant, la zone des couches peut également être « le siège » d'autres affections nettement plus rares. L'objectif notre travail est d'étayer les différentes étiologies des dermites du siège. Matériels et méthodes :

C'est une étude descriptive rétrospective, réalisée entre octobre 2016 et novembre 2020, dans le service de dermatologie. Incluant tous les patients ayant une dermite irritative et âgés de moins de 2 ans.

Résultats :
90 patients était recensés. L'âge moyen était 9, 92 mois (4 semaines – 24 mois), Quarantequatre (48, 88 %) des patients étaient de sexe masculin et 46 (51, 11 %) étaient de sexe féminin. Les étiologies de l'érythème fessier était la dermatite irritatif (21cas ; 23,33%), une candidose (18 cas ; 20%), la dermatite séborrhéique (15 cas ; 16,66%), le psoriasis (15 cas ; 16,66%), syndrome mains-pieds-bouche (14 cas ; 15,55 %), acrodermatite entéropathique (1 cas), maladie de Kawasaki (3 cas), histiocytose à cellules de Langerhans (1 cas), gale (1 cas).

Discussion :
Les dermites du siège constituent un motif fréquent de consultation aussi bien en dermatologie qu'en pédiatrie. Comme le montre les résultats de notre série, les dermites irritatives du siège représentent l'étiologie la plus fréquente, cette affection fréquente semble d'origine mécanique et est essentiellement liée à la macération, l'humidité et la présence d'urine et de selles. Il faut encore signaler que, dans un certain nombre de cas, une dermite du siège peut révéler soit une dermatite de localisation atypique se rencontrant la plupart du temps en d'autres endroits du tégument ou affection dont les symptômes au niveau du siège ne sont qu'une indication pour une maladie« systémique » sous-jacente. Il devient alors indispensable de poser un diagnostic plus précis s'appuyant sur une anamnèse approfondie, une sémiologie fine des lésions cutanées, ainsi qu'une recherche de causes potentielles.

21. Gale chez le nourisson un vrai challenge diagnostic

N.BENNOUNA, F.Z ELFETOIKI, F.HALI, H.Skalli,
S.CHIHEB Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn
Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction :

La gale est une ectoparasitose de transmission interhumaine direct, due à un acarien : sarcopte scabei hominis.
Les présentations cliniques chez le nourrisson diffèrent de celles de l'adulte et sont parfois trompeuses.
Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 22 mois présentant une gale traitée initialement pour dermatite atopique.

Observation :
Nourrisson de 22 mois sans antécédents pathologique a consulté pour une éruption prurigineuse généralisée évoluant depuis 1 mois sans notion de prurit familial, traité initialement par des dermocorticoïdes sans aucune amélioration.
L'examen a retrouvé une pustulose palmo-plantaire et des nodules au niveau du dos et des plis axillaires.
La Dermoscopie a objectivé de petites structures triangulaires caractéristiques : « signe du delta ». On a réalisé un Scotch test qui était positif.
Le traitement a consisté en une application de benzoate de benzyle pendant 12 heures avec renouvellement, en plus du traitement de tous les membres de la famille avec désinfection des vêtements et de l'espace de vie.

Discussion :
L'intérêt de notre observation est de souligner les particularités cliniques chez le nourrisson pouvant conduire à des erreurs diagnostiques.
Sur le plan clinique, la gale du nourrisson est caractérisée par un polymorphisme lésionnel (vésicules, sillons, nodules, pustules), une topographie très spécifique (extrémités palmoplantaires, zones axillaires et génitales), ainsi que des modifications liées au grattage, à l'eczématisation et à l'impétiginisation pouvant mimer l'aspect d'autres dermatoses communes chez le nourrisson.
Par ailleurs il est important de bien connaître les principaux diagnostics différentiels de la gale tels que la dermatite atopique dans ce cas, pouvant être aggravés par les traitements antiscabieux.
Nous décrivons à travers ce cas l'aspect déroutant chez le nourisson nécessitant parfois une confrontation clinico-dermoscopique voir un scotch test afin de confirmer le diagnostic.

15. Le Syndrome de Sweet : dermatose rare chez l'enfant

F. BENHAYOUN, F. EL FATOIKI, H. SKALLI, F. HALI, S. CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Le syndrome de Sweet est une dermatose inflammatoire neutrophilique le plus souvent post infectieuse, et qui demeure rare chez l'enfant. Nous rapportons un nouveau cas de Syndrome de Sweet chez l'enfant.

Observation

Il s'agit d'un enfant de 15 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui présente depuis huit jours des lésions érythémateuses douloureuses au niveau des jambes et des avants bras, sans notion de prise médicamenteuse précessive. Le tout évoluant dans un contexte de fièvre et de conservation de l'état général.

L'examen clinique trouve une patiente fébrile qui présente des lésions érythémato-papuleuses infiltrées d'âges différents, confluentes par endroit, bilatérales et symétriques au niveau des deux jambes, le dos du pied et la face d'extension des avant-bras, avec des angines érythématopultacées et deux adénopathies cervicales mobiles.

Devant ce tableau on a évoqué un syndrome de Sweet, un érythème noueux, ou une vascularite.

La biopsie cutanée a objectivé un infiltrat inflammatoire fait essentiellement de lymphocytes et de polynucléaires neutrophiles en faveur d'un Syndrome de Sweet.

Le bilan biologique montre une hyperleucocytose à 10030 et une hyperneutrophilie à 7560, avec une CRP à 111,9, et des ASLO positifs à 600.

Le diagnostic de Syndrome de Sweet post infectieux a été retenu, et la patiente a été mise sous indométacine, vitamine C, amoxicilline, et le repos avec une très bonne amélioration.

Discussion et conclusion

L'intérêt de notre observation est de décrire le cas d'un Syndrome de Sweet qui est une entité rare chez l'enfant.

L'atteinte cutanée était typique, concordant avec celle décrite dans la littérature.

Les étiologies du Syndrome de Sweet sont multiples : post infectieuse, néoplasique (hémopathies malignes), avec une prédominance des causes infectieuses chez cette tranche d'âge comme le cas de notre patiente.

L'atteinte cutanée était typique, concordant avec celle décrite dans la littérature.

Le traitement de référence chez l'enfant est la corticothérapie, ou l'indométacine.

L'évolution est souvent rapidement favorable.

16. Le mosaïcisme pigmentaire de type hypomélanose d'Ito : à propos d'un cas

F.Amaaoune ; R.Chakiri
Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Introduction :
Le mosaïcisme pigmentaire de type hypomélanose d'Ito est un syndrome neurocutané congénital rare caractérisé par la présence de lésions hypopigmentées le long des lignes de Blaschko associées à des manifestations systémiques. Nous rapportons une observation chez un enfant de 12 ans. **Observation :**

Il s'agit d'un enfant de sexe masculin, âgé de 12 ans, issu d'un mariage non consanguin, ayant comme antécédents une hépatite virale B sous traitement, qui s'est présenté pour des lésions cutanées évoluant depuis l'âge de 2 ans.
L'examen général trouvait un patient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire et apyrétique.

L'examen dermatologique trouvait une alternance de bandes cutanées hypo- et normopigmentées, linéaires et curvilignes en tourbillon, suivant les lignes de Blaschko, unilatérales au niveau du tronc, l'épaule et la région lombaire gauche avec arrêt net au niveau de la ligne médiane.
Le reste de l'examen clinique était sans anomalies.
Devant l'évolution et l'aspect clinique le diagnostic de mosaïcisme pigmentaire de type hypomélanose d'Ito a été posé et l'abstention thérapeutique était donc de règle.
Discussion :
L'hypomélanose de Ito (HI) est une génodermatose décrite en 1952 par Minor Ito, caractérisée par des alternances de bandes cutanées hypo- et normopigmentees, suivant les lignes de Blaschko, uni- ou bilatérales, apparaissant en général les premières années de vie. Son incidence est estimée entre 1/8 000 et 1/10 000. Le sex-ratio est variable selon les études, mais semble équilibré.
Cette dermatose a initialement été considérée comme un navus achromique systématisé, puis appelée a tort « incontinentia pigmenti achromians » avant d'être baptisée HI. La définition d'HI en tant qu'entité propre est discutée.

La disposition en fait l'originalité, avec une confluence de petites macules réparties de façon linéaire sur les membres, en éclaboussures, en tourbillon sur le tronc, suivant les lignes de Blaschko, avec arrêt net au niveau de la ligne médiane comme c'était le cas chez notre patient.

Les lésions cutanées sont associées dans 75% à des manifestations neurologiques, oculaires et musculosquelettiques.

Plusieurs types d'anomalies cytogénétiques ont été rapportés au cours de l'HI. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un mosaïcisme concernant, soit les autosomes, soit le chromosome X.

La prise en charge est pluri-disciplinaire et si les lésions cutanées ne nécessitent pas de traitement spécifique, une prise en charge par un ophtalmologue, un neurologue ou un orthopédiste peuvent être nécessaire

Conclusion :
L'hypomélanose d'Ito est une maladie congénitale multisystémique à prédominance neurocutané. Son pronostic est bon concernant les lésions cutanées et dépend de la gravité des anomalies viscérales associées.

17. Lichen nitidus chez l'enfant : à propos d'un cas

A.Saddik, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie vénérologie
CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :
Le lichen nitidus est une dermatose inflammatoire chronique rare, dont l'étiologie reste toujours inconnue. Il se présente le plus souvent chez les enfants et les jeunes adultes. Il ne nécessite aucun traitement dans la majorité des cas car l'éruption disparait spontanément sans laisser de séquelles chez la majorité des patients. Nous présentons le cas d'un lichen nitidus chez un enfant de 8 ans.

Observation :
Enfant de 8 ans sans antécédents pathologiques particuliers ,qui présente depuis 15 jours des lésions papuleuses de couleur chair, brillantes et en forme de dôme à sommet plat ,de 1 à 2 mm de diamètre au niveau des 2 membres supérieurs et du dos, sans atteintes des muqueuses ni de phanères. Le diagnostic de Lichen nitidus a été posé cliniquement. L'enfant a été mis sous préparation à base de dermocorticoïde avec disparition des lésions dans une semaine.

Discussion :
La particularité de notre observation est liée à la rareté du Lichen nitidus dans notre population surtout chez l'enfant. Le lichen nitidus se présente généralement sous forme de papules asymptomatiques, brillantes, charnues de rose à brun foncé. Ils ont généralement un diamètre de 1 à 2 mm. Le diagnostic de lichen nitidus peut être posé cliniquement. La biopsie cutanée fournit un diagnostic définitif. Les patients sont généralement asymptomatiques et les lésions disparaissent généralement en quelques mois à un an.

18. Lichen plan généralisé de l'enfant : à propos d'un cas.

El bennaye H (1), Baybay H (1), Elloudi S (1), Douhi Z (1), Mernissi FZ (1)

Introduction :
Le lichen plan est une dermatose inflammatoire prurigineuse chronique rare. Elle survient chez 0.5 à 1% de la population adulte, très rarement chez les enfants et constitue 1 à 4% de l'ensemble des cas. La forme généralisée n'est décrite que dans quelques rapports de cas.
Observation :
Nous rapportons l'observation d'un enfant âgé de 11 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui consulte dans notre formation pour une éruption cutanée diffuse évoluant depuis 1 mois et demi. L'examen clinique retrouvait de multiples papules bien limitées de contours réguliers, à surface kératosiques au niveau du tronc et des membres ainsi que les organes génitaux externes. L'examen dermoscopique a objectivé la présence de lignes

blanchâtres brillantes reposant sur un fond érythémateux. Le reste de l'examen clinique retrouvait un réseau blanchâtre en endojugal sans autre atteinte muqueuse ou phanérienne. Une biopsie cutanée a été réalisée revenue en faveur d'un lichen plan bulleux.
Notre patient a été traité par dermocorticoïdes classe forte associés à l'acitrétin à la dose de 0.3mg/kg/j pendant 03 mois avec bonne évolution clinique.

Discussion :

Le lichen plan a une présentation hétérogène avec des manifestations cutanées, muqueuses et phanériennes variables. Classiquement, il se présente sous forme de papules prurigineuses, violacées, polygonales, à sommet plat, avec des stries de Wickham, principalement sur les faces de flexion des membres et les muqueuses orales et génitales. La maladie est généralement limitée et se résorbe en quelques mois à quelques années avec une pigmentation post inflammatoire.

Le diagnostic est clinique, la dermoscopie est d'une grande aide dans les cas douteux. Les patrons spécifiques du lichen en dermoscopie sont les stries de Wikham, les patrons vasculaires et pigmentaires.

Le recours à l'étude anatomopathologique n'est souvent pas nécessaire, se manifestant par une hypergranulose associée à une dermite d'interface.

Divers médicaments topiques et systémiques sont connus pour soulager les symptômes et accélérer la résolution, mais il n'existe pas de consensus pour le traitement chez les enfants. En première ligne, l'utilisation de corticostéroïdes topiques de classe modérée à forte est recommandée. En deuxième place, les corticostéroïdes systémiques et l'acitrecin sont proposés. L'utilisation thérapeutique de la dapsone systémique comme seconde ligne est aussi fréquemment utilisée dans cas pédiatriques. Les corticostéroïdes systémiques en courte durée ont été préférés dans les cas sévères. **Conclusion :**

Le lichen plan dans l'enfance est rare, sa présentation clinique et sa sévérité varie par rapport à l'adulte. La forme généralisée reste exceptionnelle et il n'existe que de rares cas rapportés dans la littérature. L'arsenal thérapeutique chez l'enfant est mal codifié.

19. Morphée chez l'enfant : série de 14 cas

S.Essaddouki, F Z.El fatoiki, H.Skalli, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie
Hôpital universitaire CHU Ibn rochd Casablanca

Introduction

La morphée pédiatrique est le type de sclérodermie le plus fréquent chez l'enfant et se définit comme une sclérose cutanée pouvant s'étendre au tissu sous-cutané mais sans phénomène de Raynaud ni atteinte viscérale. Certaines formes cliniques peuvent avoir un impact fonctionnel et esthétique, d'où l'intérêt du traitement au stade inflammatoire. Dans cette étude, nous décrivons les caractéristiques épidémio-cliniques, thérapeutiques et évolutives des différentes formes de patients pédiatriques atteints de morphée à travers une série de 14 cas.

Matériels et méthodes

Une étude rétrospective incluant 14 cas d'enfants atteints de morphée, âgés de 1 à 14 ans, depuis juin 2016 à avril 2021.

Résultats

Nous avons rassemblé 14 cas de morphée, dont 71,42% étaient des femmes et 28,57% des hommes. L'âge moyen était de 7,46 ans. L'âge médian au moment des premières manifestations était de 6,75 ans, avec une fourchette de 2 à 9 ans. Le sous-type de morphée en plaques était le plus fréquent (57,14 %), suivi de la sclérodermie linéaire (21,44 %), de la morphée généralisée (14,28 %) et du sous-type mixte (4,14 %). Aucun facteur déclenchant ou aggravant n'a été trouvé chez nos patients. Quatre patients (28,57%) avaient des antécédents familiaux positifs de maladies rhumatismales ou auto-immunes. Des manifestations extracutanées étaient associées chez 21,42 % des patients ; les plus fréquentes étaient : musculo-squelettiques. Seuls deux patients avaient un test immunologique positif. La biopsie cutanée confirmait le diagnostic dans 64,28 % des cas. L'IRM confirmait l'extension profonde de la morphée chez 21,42 % des patients. Cinq patients (35,71 %) ont été traités par un traitement local seul (dermocorticoïdes), et neuf patients (64,25 %) avaient bénéficié d'un traitement général (corticoïdes associés à du méthotrexate ou de la colchicine). L'évolution été jugée comme favorable. Des séquelles fonctionnelles et esthétiques étaient observées dans 78,57%.

Discussion

L'originalité de cette étude est d'illustrer les caractéristiques épidémio-cliniques, thérapeutiques et évolutives des différentes formes de patients pédiatriques atteints de morphée.

La morphée est une affection peu fréquente qui représente environ 0,2 % des patients adressés aux cliniques de dermatologie pédiatrique. Dans cette étude, la tranche d'âge était de 1 à 14 ans avec un âge moyen de sept ans, et une prédominance féminine, ce qui correspond aux rapports précédents de la littérature. L'étiopathogénie est complexe, impliquant de multiples voies inflammatoires, une prédisposition génétique et auto-immune, et des déclencheurs environnementaux. Dans notre série, l'association avec une maladie autoimmune (28,57%) soutient cette probabilité. Le choix du traitement doit dépendre du soustype et de l'extension de la morphée.

20. Nævus sébacé de Jadassohn cérébriforme : une variété clinique rare

O.K.Idrissi, F.Z. El Fatoiki, H.D.Skalli, F.HALI, S,Chiheb
Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Morocco

Introduction :

Nævus sébacé de Jadassohn est un hamartome bénin de la peau, caractérisé par une hyperplasie de l'épiderme, des follicules pileux immatures et des glandes sébacées et apocrines. Il ne survient que chez environ 0,3 % des nouveau-nés sans prédilection sexuelle. Le type cérébriforme en est une variante morphologique très rare. Nous en rapportons un cas chez un enfant de 5 ans.

Observation :

Patient âgé de 5 ans, sans antécédents pathologiques particuliers qui présente depuis la naissance une plaque alopécique de couleur rosé au niveau du cuir chevelu augmentant progressivement de taille et devenant nodulaire. L'examen dermatologique retrouvait une lésion nodulaire unique de 3 cm de grand axe brunâtre, molle, cérébriforme et bien délimitée

siégeant au niveau du cuir chevelu. Il avait plusieurs plis. Le patient a bénéficié d'une exérèse et l'étude histologique a montré une hyperplasie épidermique papillomateuse marquée avec hyperkératose et un grand nombre de glandes sébacées matures dans le derme ainsi que des follicules pileux malformés. La corrélation anatomo-clinique a permis de retenir le diagnostic d'un nævus sébacé de Jadassohn dans sa forme cérébriforme.

Discussion:

La particularité de notre étude réside dans la rareté du variant cérébriforme du nævus sébacé de Jadassohn.

Le nævus de Jadassohn est généralement présent à la naissance sous la forme d'une plaque alopécique de couleur jaune orangé avec une surface lisse sur le cuir chevelu. La lésion peut s'épaissir et devenir verruqueuse ou nodulaire à l'adolescence. La variante cérébriforme est caractérisée par de gros nodules verruqueux roses et alopéciques à surface cérébriforme. Le diagnostic est généralement posé par ses caractéristiques cliniques, cependant un examen histopathologique est obligatoire afin de parvenir à un diagnostic définitif.

Bien que le nævus sébacé soit une lésion bénigne, il peut évoluer vers un carcinome basocellulaire, un carcinome sébacé, un carcinome apocrine et un porome eccrine malin. De ce fait, l'exérèse large reste le traitement de choix et doit se faire à titre prophylactique pendant l'enfance. Un suivi clinique régulier est donc nécessaire

21. Nodules plantaires bilatéraux de nourrisson : faut-il s'inquiéter ?

F.Amaaoune ; R.Chakiri
Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Observation :
Nourrisson de sexe féminin âgé de 6mois, qui présentait depuis la naissance des lésions plantaires des deux talons. L'interrogatoire ne trouvait pas de cas similaire dans la famille. L'examen général trouvait un nourrisson stable sur le plan hémodynamique et respiratoire et apyrétique. L'examen dermatologique notait la présence de 2 nodules de couleur peau normal, molles, indolores, symétriques, mobiles, 2cm de grand axe au niveau de la région précalcanéenne des deux talons.
Une échographie des parties molles a été faite montrant une structure similaire a l'échogénécité de tissu sous cutané.
Devant l'aspect clinique, la localisation et l'aspect échographique le diagnostic de l'hamartome fibrolipomateux congénital précalcanéen (HFCP) a été posé.
Discussion :
L'hamartome fibrolipomateux congénital précalcanéen a été initialement décrit comme " papules pédieuses infantiles " en 1990 par Larralde et al. En 1996, le terme d'hamartome fibromateux congénital précalcanéen a été donné par Larregue et al.
Cliniquement, il n'existe qu'une seule lésion sur chacun des deux pieds. Il s'agit d'un nodule précalcanéen bilatéral de 0,5 à 1 cm de diamètre en moyenne, mou et mobile. Ces lésions sont totalement indolores, symétriques, recouvertes d'un épiderme de couleur normale. Généralement le diagnostic de HFCP est clinique. Si une biopsie est réalisée, l'examen histologique retrouve une hyperplasie de tissu adipeux normal, non encapsulé, les lobules étant séparés par des septas fibreux normaux, sans infiltrat inflammatoire notable.

L'échographie révèle une masse homogène d'échogénicité similaire au tissu sous-cutané comme c'était le cas chez notre patiente.
La physiopathologie des HFCP reste inconnue, cependant deux mécanismes principaux sont évoqués : la persistance d'un tissu graisseux fœtal ou une herniation du tissu graisseux à travers un défet de l'aponévrose plantaire.
Leur présence est presque toujours asymptomatique, l'abstention thérapeutique est donc de règle.

Conclusion :
Les HFCP sont des papules bénignes plantaires des nouveau-nés et des jeunes enfants, qui sont peu décrites dans la littérature, mais dont l'incidence pourrait être sous-estimée par les dermatologues et les pédiatres en raison de l'aspect parfois très discret des lésions. C'est une pathologie bénigne à connaitre pour éviter une intervention chirurgicale inutile.

22. Un cas de pelade chez un enfant suite au confinement

S.Essaddouki, F Z.El fatoiki, H.Skalli, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie
Hôpital universitaire CHU Ibn rochd Casablanca

Introduction
La pelade est une dermatose chronique inflammatoire non cicatricielle où la composante psychique revêt une importance considérable. Le confinement général dans le contexte de la pandémie de COVID19 est une situation potentiellement à risque pour les enfants ainsi sur leurs santé mentale et psychique. Nous rapportons un cas d'une fille présentant une pelade suite au confinement.

Observation
Il s'agit d'une fille âgée de 4 ans sans antécédents pathologiques particuliers. Elle consultait pour l'apparition des plaques alopéciques occipitales du cuir chevelu évoluant vers une alopécie totale puis perte des cils et des sourcils depuis 4 mois. A l'interrogatoire on notait la concomittance de l'apparition des plaques alopécique avec l'instauration des mesures très sévères du confinement. La famille rapportait un changement du comportement de leur fille lié aux restrictions imposées par le confinement et le stress majeur ressenti dans les médias. En effet, elle ne jouait plus avec ses copains et n'osait plus de se déplacer à l'intérieur de la maison toute seule. Notre patiente présentait des signes de souffrance psychique avec une angoisse, une phobie, une agressivité et un traumatisme psychique. L'examen clinique retrouvait une alopécie totale du cuir chevelu, une dépilation des 2 sourcils, des avants bras, des jambes et des cils. A l'examen dermoscopique on retrouvait une alopécie non cicatricielle avec la présence des points jaunes et des cheveux duveteux. Le diagnostic d'une pelade universelle a été retenu. La patiente a été mise sous bolus oral de Bétaméthasone 0,1mg/Kg deux fois par semaine avec un suivi régulier en pédopsychiatrie. L'évolution est stationnaire à 2 mois de recul.

Discussion
La particularité de notre cas est de souligner les effets socio psychologiques du confinement chez les enfants et l'importance des troubles dermatologiques liés à des conditions

psychiatriques révélés par la pandémie de COVID-19. Les conditions de quarantaine sont un processus difficile pour les enfants et peuvent aggraver leur état psychologique. Le confinement peut provoquer chez eux de l'angoisse, de la colère voire des phobies ou des traumatismes s'il n'est pas bien géré par les parents. Notre patiente a présenté une souffrance psychique liée à la disparition du rythme de vie régulier et au stress ressenti par ses parents et surtout par les médias. Notre cas prouve aussi l'intrication des composantes psychique et organique dans la pelade.

23. Pityriasis lichenoide chez l'enfant expérience de CHU de Casablanca.

R.Ajaaouani, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :
Le pityriasis lichénoide (PL) est une dermatose inflammatoire rare qui atteint préférentiellement les enfants et les adultes jeunes. Il n'existe pas de traitement consensuel surtout chez l'enfant. Notre objectif est de décrire les aspects cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques du Pityriasis lichenoides chez l'enfant.
Matériel et méthode :
Nous avons mené une étude rétrospective entre janvier 2018 et décembre 2020. incluant tous les patients ayant un diagnostic de Pityriasis lichenoides, dont l'âge est inferieur à18ans.
Résultat :
5 cas de PL ont été identifiés, 4 patients avec (PLC) et un avec PLEVA, 4 de sexe féminin et un de sexe masculin, la moyenne d'âge était de 6,4 ans. La durée moyenne d'évolution des lésions était de 12 mois. Pour tous les patients, il n'y avait pas de cas similaires dans la famille, ni de prise médicamenteuse, ni d'infection. La maladie a débuté pendant l'hiver ou l'automne chez tous les patients. Une distribution clinique était généralisée dans 3 cas et centrale chez 2 patients. Pour le PLC, des papules erythemato-squameuses étaient notés chez 3 patients, des plaques hypo pigmentées chez un patient et des papules nécrotiques et érythémateuses dans le PLEVA chez un patient. L'histologie a confirmé le diagnostic chez tous les malades. Pour le traitement, un patient a été traité seulement avec des émollients. Des corticoïdes topiques ont été prescrits en association avec l'érythromycine orale chez 3 patients, la clarithromycine a été utilisée chez deux patients, après échec thérapeutique de l'érythromycine. L'azithromycine a été prescrite chez un patient, deux patients ont bénéficié d'un traitement de photothérapie en association avec l'antibiothérapie. **Discussion :**
Le pityriasis lichénoïde est une maladie d'origine inconnue, caractérisé par un spectre de manifestations aiguës et chronique, qui permettent une classification en PL et varioliformis acuta (PLEVA) et PL chronica (PLC). La PLEVA se manifeste par des papulovésicules évoluant vers la nécrose et l'ulcération. Le PLC est caractérisé par des lésions papulosquameuses. La prise en charge thérapeutique n'est pas consensuelle. La rémission spontanée fréquente de la maladie est possible. Les dermocorticoïdes sont indiqués en premiere intention associés ou non aux antibiotiques systémiques tels que l'érythromycine et l'azithromycine qui ont montré de bons résultats. Nous rapportons la première fois l'utilisation de la clarithromycine qui a montré son efficacité après échec de l'érythromycine à travers nos deux patients. L'ultraviolet A (PUVA) et l'ultraviolet B (UVB) peuvent être utilisés comme thérapies de deuxième intention. Les thérapies de troisième intention, telles

que le méthotrexate, l'acitrétine, la dapsone ou la cyclosporine, sont réservées aux maladies résistantes ou sévères.

24. Pityriasis lichénoïde et varioliforme aigu chez un nourrisson

O.K.Idrissi, F.Z. El Fatoiki, H.D.Skalli, F.Hali, S.Chiheb
Service de Dermatologie et Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

Le pityriasis lichénoïde représente un groupe unique d'affections cutanées inflammatoires qui comprennent : la variante aiguë également connue sous le nom de pityriasis lichénoïde et varioliforme aigu (PLEVA) ; et la variante chronique ou pityriasis lichénoïde chronique. Le pityriasis lichénoïde survient principalement au cours des deuxième et troisième décennies de la vie. Bien qu'observée chez l'enfant, il est rare avant l'âge de 3 ans, comme le confirment certaines analyses rétrospectives de cas pédiatriques.
Nous rapportons un cas rare de pityriasis lichénoïde et varioliforme aigu (PLEVA) survenant chez un nourrisson.

Observation

Une fille âgée de 27 mois s'est présentée avec des macules érythémateuses et des papules apparues 3 mois plus tôt. Les lésions était disséminées sur tout le corps. L'enfant n'a eu aucun épisode déclenchant, y compris une prise médicamenteuse, une infection ou une vaccination.
L'examen cutané retrouvait de multiples maculo-papules érythémateuses dont certaines étaient recouvertes de croûtes, siégeant sur le tronc, les membres et le visage. Ainsi que quelques lésions nécrotiques sur les cuisses. Il y avait quelques érosions sur l'abdomen et les jambes. Il n'y avait pas de lésions muqueuses ni d'adénopathies.
L'examen systémique était normal. Le bilan de routine était normal. L'examen histopathologique montrait un épiderme normoacanthosique papillomateux avec parakératose contenant quelques neutrophiles, et présence de cellules apoptotiques et d'un infiltrat lymphocytaire périvasculaire dermique.
Sur la base des données cliniques et histopathologiques, nous avons retenu le diagnostic de pityriasis lichénoïde et varioliforme aigu. De l'azithromycine orale, des corticostéroïdes topiques et des antihistaminiques ont été prescrits avec rémission complète au bout de 2 à 3 semaines. L'enfant est toujours sous surveillance étroite.

Discussion

Le PLEVA se caractérise par des macules et des papules érythémateuses qui peuvent devenir hémorragiques, pustuleuses ou nécrotiques. Elles surviennent généralement sur le tronc et les zones de flexion des extrémités, mais des éruptions généralisées peuvent également survenir. Des cicatrices varioliformes et une hyper et hypopigmentation post-inflammatoire peuvent en résulter.
L'étiologie du PLEVA reste inconnue. On suppose qu'il s'agit d'une réaction inflammatoire déclenchée par certains agents infectieux, d'une réponse inflammatoire secondaire à une dyscrasie des lymphocytes T ou d'une hypersensibilité médiée par complexe immun. La prise en charge thérapeutique n'est pas consensuelle. La rémission spontanée de la maladie, étant fréquente, rend difficile l'évaluation de l'efficacité d'une intervention pharmacologique. Les antibiotiques systémiques tels que l'érythromycine et l'azithromycine ont montré de bons résultats. Des corticostéroïdes topiques et des antihistaminiques systémiques peuvent être administrés pour le soulagement symptomatique du prurit. Le tacrolimus topique peut également être utilisé. Les ultraviolets A et les ultraviolets B peuvent être utilisés comme

thérapies de deuxième intention. Les thérapies de troisième intention, telles que le méthotrexate, l'acitrétine, la dapsone ou la cyclosporine sont réservées aux formes résistantes ou sévères.

26. Le pityriasis lichénoide chez l'enfant : à propos d'un cas

H.Daakir ,C.Aitkhabba , L. Benzekri , K.Znati,Ismaïli, M. Meziane, K. Senouci

Service de Dermatologie _Vénérologie et laboratoire d'anatomopathologie du CHU IBN SINA, université Mohammed V Rabat, Rabat, Maroc

INTRODUCTION

Le pityriasis lichénoïde (PL) est une dermatose rare de cause inconnue qui atteint essentiellement les enfants et les adultes jeunes. Il existe 2 formes cliniques : le pityriasis lichénoïde aigu et varioliforme(PLEVA) se caractérisant par une éruption papuleuse évoluant vers la nécrose qui est responsable de cicatrices varioliformes, incitant à traiter rapidement cette dermatose bénigne mais très affichante et potentiellement lourde en terme de préjudice esthétique, et le pityriasis lichénoïde chronique (PLC) caractérisé par une éruption papulo squameuse qui peut persister des mois voire des années (1). Le PLC est une dermatose récurrente qui peut être associer ou évoluer vers un mycosis fongoïde. Nous rapportons le cas d'une fille de 6 ans présentant un pityriasis lichénoïde chronique.

OBSERVATION :

Enfant de 6 ans de phototype IV et sans antécédents particuliers , présente depuis 1 an des lésions maculeuses hypochromiques légèrement squameuses du tronc et membres évoluant par poussées avec atteinte du visage, sans atteinte palmo plantaire ,ni de phanères, ni des muqueuses .le reste de l'examen était sans particularité , la lumière de Wood n'a pas objectivé une fluorescence jaune verdâtre , la recherche de malassessia furfur était positive ;la première biopsie cutanée a objectivé une hypopigmentation post inflammatoire ,la seconde biopsie cutanée a objectivé un pityriasis lichénoïde chronique et l'immunohistochimie a montré des anticorps anti CD3 et anti CD8 positifs et un CD30 négatif. La patiente a été mise sous émollient et surveillance rapprochée vue le risque d'évolution vers un mycosis fongoïde .

DISCUSSION :

Les premières descriptions de ce que l'on considère aujourd'hui comme les formes aigues et chroniques de pityriasis lichénoïde ont été effectuées par Neisser (pour la forme aiguë) et Jadassohn (pour la forme chronique) dans deux cas cliniques en 1894 (2).La prévalence, l'incidence et les facteurs de risque du pityriasis lichénoïde dans la population générale restent inconnus . Dans la population pédiatrique on retrouve des pics vers l'âge de 5 à 10 ans avec une prédominance masculine (2).La lésion élémentaire est une papule squameuse dans le PLC. et une papule nécrotique dans le PLEVA (1), les lésions peuvent coexister à différents stades de développement. Occasionnellement, chez les sujets à peau foncée, l'éruption peut se présenter initialement comme des macules hypopigmentées généralisées

sans desquamation. Le PLC apparait généralement sur le tronc et la partie proximale des membres, mais des distributions acrales ou segmentaires ont été rapportées .Les paumes et les plantes sont rarement touchées, le visage le cuir chevelu et les muqueuses exceptionnellement atteints (3) . Le diagnostic de PL doit reposer en priorité sur la clinique, corrélée à l'histologie qui objective dans le PLC , une acanthose, ortho et parakératose avec spongieuse, et une membrane basale focalement vacuolisée, avec nécroses kératinocytaires au niveau de l'épiderme, et un infiltrat lymphocytaire périvasculaire, avec œdème au niveau du derme. Quant à l'immunohistochimie les lymphocytes CD8+ prédominent dans les lésions de PLEVA et les CD4+ prédominent dans les lésions de PLC ,Le plus souvent, les études immunohistochimies montrent des lymphocytes CD30 négatifs.le PLC est une dermatose chronique avec des lésions récurrentes qui pourraient être associer ou évoluer vers un mycosis fongoide. Il n'y a pas de traitement consensuel et la stratégie thérapeutique repose en première intention sur les dermocorticoïdes et les Immuno-modulateurs topiques si lésions peu étendues ; sur la les antibiotiques oraux (Macrolides en première intention chez l'enfant : érythromycine, azithromycine et les Tétracyclines chez l'adulte) et corticothérapie systémique et en cas de Lésions étendues. Le Traitement de deuxième ligne se base sur la Photothérapie UVB et Puvathérapie et en troisième ligne on cite : le Méthotrexate ;l'acitrétine ;la Dapsone, la Ciclosporine, les Immunoglobulines intraveineuses ;les Anti TNF□ et éventuellement une combinaison de ces différents traitements. (2).Chez notre patiente de phototype foncé la maladie s'est révélée par des macules hypopigmentées avec une biopsie objectivant un PLC et à l' immunohistochimie des CD30 négatifs, la patiente n'avait pas de nouvelles lésions depuis plus de 3 mois d'où sa mise sous émollient et surveillance rapprochée vue le risque d'évolution vers un mycosis fongoïde .

CONCLUSION :

Généralement, le pityriasis lichénoïde est considéré comme une maladie bénigne, évoluant spontanément vers la régression, cependant il existe de rares cas rapportés de cette maladie coexistant avec une poïkilodermie diffuse, certains de ces cas poïkilodermiques évoluant vers des mycosis fongoïdes.

26. Un érysipèle bilatéral des jambes chez un enfant de 30 mois : une rare observation pédiatrique.

H .Moata[1], F .Elfatoiki [1], H .SKalli[1] , F .Hali[1], S .Chiheb[1] .
1 Service de dermatologie vénérologie, chu ibn rochd. Casablanca. Maroc.

I . Introduction :

L'érysipèle de la jambe est une dermohypodermite aiguë non nécrosante d'origine bactérienne, essentiellement due au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A .Cette affection, relativement commune chez l'adulte et les personnes âgées, est moins fréquente chez l'enfant. Les formes bilatérales sont encore exceptionnelles en population pédiatrique. Nous rapportons un rare cas d'érysipèle bilatéral des jambes chez un enfant de 30 mois. **II. Observation :**

Une fillette âgée de 30 mois est admise pour une grosse jambe rouge aigue bilatérale évoluant depuis 2 jours, faisant suite à une brulure du deuxième degré de la fesse droite. La symptomatologie a intéressé initialement la jambe homolatérale avec extension rapide au coté controlatéral. L'examen objective un placard rouge vif, chaud, douloureux et oedématié des 2 jambes, surmonté de quelques bulles à contenu séreux. Au bilan biologique, le taux de la créactive protéine était élevé à 285mg/L et le taux de globules blancs à 24900/mm3 avec

une polynucléose neutrophile à 19970/mm3.L'échographie des parties molles n'a pas objectivé de collection. Le diagnostic d'érysipèle bilatéral des jambes a été retenu et la patiente a été mise sous antibiothérapie intraveineuse à base d'amoxicilline-acide clavulanique avec une bonne évolution clinique. **III. Discussion :**
L'érysipèle de la jambe est une dermohypodermite aiguë secondaire à une inoculation bactérienne par une rupture de la barrière cutanée. Les formes bilatérales sont inhabituelles chez l'enfant et suggèrent l'hypothèse que chez cette population, l'immunité est insuffisante pour obtenir un taux suffisant d'anticorps neutralisants contre les exotoxines et les protéines de surface. Chez l'enfant, la porte d'entrée est principalement représentée par les plaies et l'impétigo, contrairement aux adultes chez qui les infections mycosiques sont les plus incriminées. La particularité de notre observation est dans la rareté de l'érysipèle bilatéral des jambes en population pédiatrique.

27. Profil épidémio-clinique du psoriasis de l'enfant au CHU de Casablanca : étude de 140 cas.

R.Ajaaouani, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :
Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique touchant près de 1% des enfants, dès les premiers mois de vie. Toutes les formes de psoriasis sont observées chez l'enfant. L'objectif de ce travail était d'illustrer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du psoriasis chez l'enfant. Matériel et méthode :
C'est une étude rétrospective des dossiers de 140 malades, âgés de moins de 18 ans, colligés sur une période de 4 ans (2006–2020).
Résultat :
Sur 2500 enfants ayant consulté, 140 patients avaient un psoriasis soit une prévalence de 5,6%. L'âge moyen de début était de 6 ans (extrêmes : 1 mois et 17 ans), avec une prédominance de la tranche d'âge de 7–12 ans.Sex-ratio H/F était de 0,75. Vingt-cinq enfants avaient un antécédent familial de psoriasis, 13 patients un antécédent d'atopie. Des facteurs déclenchants étaient une infection streptococcique (9,2 %), un stress (2,1 %), une prise médicamenteuse (1,4%). Les lésions initiales étaient des plaques érythématosquameuses dans 79 % des cas. La topographie prédominante était le cuir chevelu (36 cas : 25,70 %). Quarante-neuf patients avaient le psoriasis en plaque (35,5%), suivi par le psoriasis en goutte dans 22cas (15,7%) puis le psoriasis inversé dans (15 cas : 10,71%) et enfin le psoriasis des langes était présent dans 10 cas (7 %), dont 7 avait un âge inférieur à 2 ans. Seize enfants (11 %) avaient des critères de gravité à type de psoriasis pustuleux (6 cas), érythrodermique (4 cas), annulaire étendu (6 cas) et arthropatique (1 cas). La kératodermie palmo-plantaire était notée chez 16 patients, et l'atteinte unguéale dans 7 cas. Un traitement topique à base de dermocorticoïdes était indiqué chez tous les patients, calcipotriol dans 4 cas, inhibiteur de la calcineurine chez un patient et une balnéophototherapie pour 7 patients. Chez 16 enfants (6,3 %), le recours à un traitement systémique était nécessaire, 8 patients ont reçu des rétinoïdes, 4 patients du méthotrexate, un patient la cyclosporine et 3 patients la biothérapie. **Discussion :**
Le psoriasis est relativement fréquent chez l'enfant. La forme clinique en plaque est prédominante, ce qui concorde avec les résultats de la littérature. Cependant l'aspect Clinique

diffère avec l'âge, le Psoriasis des langes est présent chez le nourrisson, le psoriasis en gouttes et l'atteinte des paumes et des plantes se trouve chez l'enfant, et le psoriasis en plaques se voit chez l'adolescent. Les formes graves sont plus rares chez l'enfant. Les traitements locaux à base de dermocorticoïdes, de calcipotriol et d'émollients sont indiqués pour les formes limitées. L'utilisation de traitements systémiques est discutée dans les formes sévères et en cas de résistance aux traitements locaux.

28. Prurigo de l'enfant : profil épidémiologique et clinique au service de dermatologie de Casablanca

N. Bennouna, F.Elfatoiki, F. Hali, S. Chiheb
Service de Dermatologie Vénéréologie CHU Ibn Rochd Casablanca
Faculté de Médecine Et De Pharmacie De Casablanca, Université Hassan 2 Casablanca

Introduction
Le prurigo de l'enfant est une situation courante, peu étudiée et dont l'évolution peut être chronique, comme chez l'adulte. Faisant l'hypothèse d'un mécanisme allergique prédominant chez l'enfant, le but de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémio-cliniques du prurigo de l'enfant dans le service de dermatologie du CHU de Casablanca.

Matériel et méthode
Il s'agit d'une étude rétrospective des cas de prurigo vus en consultation de dermatologie pédiatrique entre janvier 2016 et septembre 2021. Une fiche d'exploitation collectait les données démographiques, cliniques et biologiques.

Résultats
Au total, 57 enfants ont été inclus (30 filles et 27 garçons) avec un âge moyen de 4,7 ans et des extrêmes de 2 mois et 14 ans. Seuls 10% de nos patients sont issus d'un milieu rural. L'âge moyen du début des symptômes était de 2,7 ans.
Le prurigo estival était retrouvé dans 54,4% des cas, d'évolution récurrente par poussées, lié aux piqûres d'insectes. Il touchait préférentiellement les zones découvertes (jambes, avant-bras, visage), avec des lésions à prédominance papuleuses.
Le prurigo per-annuel était retrouvé dans 20,9% des cas, d'évolution permanente sans rémission complète entre les poussées. Il était associé à des lésions de dermatite atopique avec des lésions papuleuses, préférentiellement au niveau du tronc et zones couvertes.
Tous les patients ont été mis sous antihistaminiques et émollient, 17% des patients ont été mis sous antibiotiques locaux et 14% ont été mis sous antibiothérapie générale pour surinfection bactérienne des lésions. Un traitement antiparasitaire intestinal a été préconisé chez 23% de nos patients chez qui nous avons retrouvé une hyperéosinophilie et/ou une augmentation des IgE totaux.

Discussion
Le prurigo de l'enfant est une entité invalidante et fréquente représentant près de 17 % de nos motifs de consultations en dermatologie pédiatrique.
Contrairement à ce qui est observé chez l'adulte, le prurigo de l'enfant est le plus souvent une dermatose primitive, soit d'origine allergique, avec des lésions retardées et persistantes, soit non allergique, équivalent à de prurigos aigus répétés.

Une bonne compréhension de ces mécanismes permettra de réduire la prescription d'examens allergologiques inutiles et de développer des stratégies thérapeutiques préventive plus spécifiques tels que l'éviction et la désensibilisation.

29. Xanthogranulome juvénile multiple avec atteinte oculaire

F. Chekairi* 1, F. Elfatoiki1, H. Skali1, F. Hali1, S. Chiheb1

1Dermatologie et vénéréologie , CHU ibn rochd , Casablanca , Maroc

Introduction:

Le xanthogranulome juvénile (XGJ) est une histiocytose non langerhansienne bénigne qui se présente classiquement sous la forme de nodules cutanés jaunâtres, par accumulation de macrophages chargés en lipides. Il est en général unique mais des formes multiples voire disséminées ont été décrites.

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson qui présente un xanthogranulome juvénile dans sa forme multiple associé à une atteinte oculaire.

Observation:

Un nourrisson de 8 mois ayant comme antécédents : une prématurité à 36 SA avec notion de détresse respiratoire néonatale, a été admis au service d'ophtalmologie pédiatrique pour hyphema et hypertonie oculaire de l'œil gauche.

Durant son hospitalisation, il a été adressé en consultation de dermatologie pour des lésions cutanées diffuses asymptomatiques d'apparition progressive depuis l'âge de 4 mois.

L'examen dermatologique trouve de multiples lésions papulonodulaires bien limitées, fermes et rondes, de couleur brun jaunâtre, mesurant chacune en moyenne 1 cm de grand axe, localisées préférentiellement au niveau du cuir chevelu mais aussi au niveau de la face, du tronc et des membres, épargnant la région palmoplantaire et sans atteinte muqueuse. Le signe de Darier était négatif, il n'y avait pas de tache café au lait ni d'autre lésion cutanée associée et pas d'adénopathie palpable.

L'examen clinique évoquait le diagnostic de xanthogranulome juvénile multiple associé à un hyphéma de l'œil gauche. Il n'y avait pas d'autre atteinte systémique ni d'éléments pouvant orienter vers une NF1.

La régression spontanée était la règle justifiant l'abstention thérapeutique avec une surveillance clinique rapprochée.

Discussion:

Notre observation est particulière car elle représente une forme multiple de xanthogranulome juvénile associée à une atteinte oculaire à type d'hyphéma apparue chez un nourrisson à l'âge de 4 mois. En effet, dans ces cas de XGJ multiples , des atteintes extra cutanées rares ont été

rapportés. La plus fréquente est l'atteinte oculaire, en particulier l'hyphéma, chez les enfants de moins de 2 ans.

Les autres atteintes viscérales sont par ordre de fréquence : pulmonaire puis hépatique, ainsi qu'un risque de survenue d'une leucémie myélomonocytaire juvénile chronique, justifiant une surveillance clinique rapprochée.

En dehors des complications liées à une atteinte extra cutanée, le pronostic est généralement bon avec guérison spontanée des lésions en quelques mois ou années.

30. Acrodermatite entéropathique au cours d'une maladie coeliaque

F. Chekairi* 1, F. Elfatoiki1, H. Skali1, F. Hali1, S. Chiheb1

1Dermatologie et vénéréologie , CHU ibn rochd , Casablanca , Maroc

Introduction:

L'acrodermatite entéropatique est une maladie rare liée à une anomalie héréditaire ou acquise de l'absorption intestinale du zinc. Nous rapportons un cas d'acrodermatite entéropathique acquise dans le cadre d'une maladie cœliaque.

Observation:

Une enfant âgée de 4 ans, issue d'un mariage non consanguin, est présumée née à terme par voie basse à domicile d'une grossesse non suivie, mal vaccinée selon le PNI et présente un retard de croissance staturo-pondéral à -3 DS avec notion d'épisodes de diarrhée aigue fébrile associée à un météorisme abdominal à l'âge de 2 ans.
Admise initialement au service des urgences pédiatriques pour DHA tableau C compliquant une diarrhée chronique évoluant dans un contexte d'apyrexie et de dénutrition, elle a été mise sous réhydratation intraveineuse et apport alimentaire hypercalorique.

Elle consultait au service de dermatologie pour une dermite du siège persistante, s'étendant progressivement depuis 1 mois.
A l'examen général, l'enfant était léthargique, apyrétique avec des troubles de l'humeur et un météorisme abdominal. L'examen dermatologique objectivait des plaques squameuses rosées eczématiformes intéressants le siège, la région acrale et péri-orificielle, associées à des lésions hyperpigmentées érosives étendues au tronc et aux membres, il n'y avait pas d'alopécie ni d'atteinte des ongles ni des muqueuses.

Le diagnostic d'acrodermatite entéropathique secondaire à une carence en zinc a été évoqué cliniquement et confirmé par un taux de zinc sérique effondré. Un bilan de malabsorption a révélé des anticorps antitransglutaminases positifs > 200 U/ml. L'enfant a été traitée par du sulfate de zinc à la dose de 10 mg/kg/j par voie orale, l'évolution était rapidement favorable avec cicatrisation de toutes les lésions en 10 j.

Discussion:

Notre observation est particulière parce qu'elle représente un déficit en zinc acquis par malabsorption due à une maladie cœliaque, qui a été révélée par l'atteinte cutanée caractéristique de l'acrodermatite entéropathique.

31. Le pityriasis lichénoide chez l'enfant : à propos d'un cas

H.Daakir ,C.Aitkhabba , L. Benzekri , K.Znati,Ismaïli, M. Meziane, K. Senouci

Service de Dermatologie _Vénérologie et laboratoire d'anatomopathologie du CHU IBN SINA, UNIVERSITÉ Mohammed V Rabat, Rabat, Maroc

INTRODUCTION

Le pityriasis lichénoïde (PL) est une dermatose rare de cause inconnue qui atteint essentiellement les enfants et les adultes jeunes. Il existe 2 formes cliniques : le pityriasis lichénoïde aigu et varioliforme(PLEVA) se caractérisant par une éruption papuleuse évoluant vers la nécrose qui est responsable de cicatrices varioliformes, incitant à traiter rapidement cette dermatose bénigne mais très affichante et potentiellement lourde en terme de préjudice esthétique, et le pityriasis lichénoïde chronique (PLC) caractérisé par une éruption papulo squameuse qui peut persister des mois voire des années (1). Le PLC est une dermatose récurrente qui peut être associer ou évoluer vers un mycosis fongoïde. Nous rapportons le cas d'une fille de 6 ans présentant un pityriasis lichénoïde chronique.

OBSERVATION :

Enfant de 6 ans de phototype IV et sans antécédents particuliers , présente depuis 1 an des lésions maculeuses hypochromiques légèrement squameuses du tronc et membres évoluant par poussées avec atteinte du visage, sans atteinte palmo plantaire ,ni de phanères, ni des muqueuses .le reste de l'examen était sans particularité , la lumière de Wood n'a pas objectivé une fluorescence jaune verdâtre , la recherche de malassessia furfur était positive ;la première biopsie cutanée a objectivé une hypopigmentation post inflammatoire ,la seconde biopsie cutanée a objectivé un pityriasis lichénoïde chronique et l'immunohistochimie a montré des anticorps anti CD3 et anti CD8 positifs et un CD30 négatif. La patiente a été mise sous émollient et surveillance rapprochée vue le risque d'évolution vers un mycosis fongoïde
.

DISCUSSION :

Les premières descriptions de PL ont été effectuées par Neisser (pour la forme aiguë) et Jadassohn (pour la forme chronique) dans deux cas cliniques en 1894 (2). Dans la population pédiatrique on retrouve des pics vers l'âge de 5 à 10 ans avec une prédominance masculine (2).La lésion élémentaire est une papule squameuse dans le PLC. et une papule nécrotique dans le PLEVA (1), les lésions peuvent coexister à différents stades de développement. Occasionnellement, chez les sujets à peau foncée, l'éruption peut se présenter initialement

comme des macules hypopigmentées généralisées sans desquamation. Le PLC apparait généralement sur le tronc et la partie proximale des membres, mais des distributions acrales ou segmentaires ont été rapportées .Les paumes et les plantes sont rarement touchées, le visage le cuir chevelu et les muqueuses exceptionnellement atteints (3) .Le diagnostic de PL doit reposer en priorité sur la clinique, corrélée à l'histologie, Le plus souvent, les études immunohistochimies montrent des lymphocytes CD30 négatifs. le PLC est une dermatose chronique avec des lésions récurrentes qui pourraient être associer ou évoluer vers un mycosis fongoide. Il n'y a pas de traitement consensuel et la stratégie thérapeutique repose en première intention sur les dermocorticoïdes et les Immuno-modulateurs topiques si lésions peu étendues ; sur la les antibiotiques oraux (Macrolides en première intention chez l'enfant : érythromycine, azithromycine et les Tétracyclines chez l'adulte) et corticothérapie systémique et en cas de Lésions étendues (2).Chez notre patiente de phototype foncé la maladie s'est révélée par des macules hypopigmentées avec une biopsie objectivant un PLC et à l' immunohistochimie des CD30 négatifs, la patiente n'avait pas de nouvelles lésions depuis plus de 3 mois d'où sa mise sous émollient et surveillance rapprochée vue le risque d'évolution vers un mycosis fongoïde .

CONCLUSION :

Généralement, le pityriasis lichénoïde est considéré comme une maladie bénigne, évoluant spontanément vers la régression, cependant il existe de rares cas rapportés de cette maladie coexistant avec une poïkilodermie diffuse, certains de ces cas poïkilodermiques évoluant vers des mycosis fongoïdes.

32. Malformation lymphatique lingual : association sclérothérapie et sirolimus

Sabrina oujdi, Hanane Baybay, Siham Boularbah, Sara Elloudi, Zakia Douhi, Fatima Zahra Mernissi

Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction

Les malformations lymphatiques sont des malformations congénitales bénignes rares, à flux lent, composées de dilatations kystiques anormales, .Bien que congénitales, elles ne sont pas toujours apparentes à la naissance. Environ 90% des lésions sont diagnostiquées avant l'âge de cinq ans et peuvent être sujettes à des poussées inflammatoires à la faveur d'événements infectieux ou traumatiques locorégionaux. Elles peuvent atteindre la peau, les muqueuses ou les tissus sous-jacents elles sont alors appelées MLK superficielles ou toucher des organes sous-jacents et sont alors dites profondes.

Observations

Cas 1

Enfant de 7ans qui présente depuis l'âge de 2ans une tuméfaction au niveau de la base de la langue a surface mamelonne et a base sessile avec à l'IRM un aspect en faveur de lymphangiome mis sous sirolimus à la dose de 0.8mg/$\mathbf{m}^2$ et 3 séance de sclérothérapie à la bléomycine

Cas 2

Enfant de 3ans qui présente depuis la naissance une macroglossie avec des formations kystiques sur la face ventrale de la langue avec à l'IRM un aspect en faveur de lymphangiome mise sous sirolimus à la dose de 0.8mg/$\mathbf{m}^2$ et 3 séance de sclérothérapie à la bléomycine **Résultat**

mTOR est une enzyme de la famille des sérine/thréonine kinases qui régule la prolifération , la croissance , la mobilité et la survie cellulaire, la biosynthèse des protéines et la transcription ; Le sirolimus, en inhibant directement mTOR, a ainsi des propriétés antiprolifératives, immunosuppressives, et anti-angio et –lymphangiogéniques
La sclérotherapie par bléomycine qui consiste à injecter, après ponction-aspiration des kystes, un produit entraînant une réaction inflammatoire suivie d'une fibrose responsable de leur rétraction a une place non négligeable dans la prise en charge thérapeutique des lymphangiomes notamment macro kystiques.
L'association du sirolimus à la dose de 1.6 mg/m2 par jour en 2 prises et de la sclérotherapie par bleomycine avec une moyenne de 2 séances par patient a permis une nette diminution de la taille de la malformation chez nos 2 patients **Discussion** deux cas rapporte dans la littérature de lymphangiome de la langue traiter par sclérotherapie a la bléomycine ont conclu à l'efficacité et la bonne tolérance de cette molécule (1,2) Le sirolimus a été prescrit chez des patients avec lymphangiome de la langue comme traitement de deuxième intention devant l'échec ou la réponse incomplète de traitement précurseur comme la chirurgie ou la sclérotherapie ,le sirolimus a était prescrit à la dose de 1.6 mg/m2 en 2 prises par jour avec comme résultat une nette diminution de la taille de la malformation surtout dans les lymphangiomes micro kystiques avec un effet suspensif (3,4) **Conclusion**
La sclérotherapie a la bléomycine et le sirolimus sont des traitements de choix dans les malformations lymphatiques de la langue et dont l'association peut donner des résultats plus rapide avec une bonne tolérance

33. Naevus congénital de grande taille : à propos d'un cas.

Dr Kerroum S. ,Dr Oulad Ali S., Dr Mezni L. , Pr Benzekri L. , Pr Meziane M. , Pr Ismaili N. Pr Senouci K. Dermatologie et Vénérologie, Hôpital Ibn Sina –Université Mohammed V, Rabat, Maroc. **Introduction**
Les naevus congénitaux sont des proliférations mélanocytaires bénignes issues des crêtes neurales, présentes à la naissance ou apparaissant dans les premières semaines post-natales. Ces naevus sont rares et posent deux problèmes : le risque de transformation en mélanome (dégénérescence) et un problème esthétique avec des conséquences sociales et fonctionnelles. Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 7 mois présentant un naevus congénital de grande taille.

Observation
Il s'agit d'un nourrisson de 7 mois, de sexe féminin, issu d'un mariage non consanguin avec un bon développement psychomoteur et sans autre antécédent pathologique notable, présentant depuis la naissance un naevus congénital de grande taille associé à des lésions naeviques satellites. Ces naevus sont hétérochromes à surface surélevée et hyper pileux dès la période néonatale. L'examen clinique complet comprenant un examen neurologique rigoureux était sans particularités. Dans le cadre du bilan une IRM cérébrale a été faite ne montrant pas d'anomalies. Le nourrisson est candidat à un traitement par laser CO2 pulsé.

Discussion
Les naevus congénitaux de grande taille sont polymorphes , ils sont souvent hétérochromes , à surface surélevée verruqueuse voire nodulaire et hyperpileux parfois dès la période néonatale.. Leur surface peut présenter des érosions ou des zones nodulaires pouvant correspondre à des

nodules de prolifération ou à des lésions hamartomateuses . Notre patiente ne présentait aucun nodule de prolifération. Le risque de mélanome sur naevus congénital a longtemps été l'argument principal pour justifier le recours à la chirurgie d'éxérèse, ce risque est très variable suivant la taille du naevus congénital.
Certains naevus congénitaux sont à risque de développer une mélanocytose neuro-cutanée ou syndrome du naevus congénital qui correspond à une infiltration mélanocytaire au niveau lepto-méningé, ce syndrome est corrélé à la taille du plus grand naevus et au nombre de naevus. Ainsi ,il semble utile de réaliser une IRM chez tout enfant présentant des naevus congénitaux multiples . Une IRM cérébrale a été réalisée chez notre patiente ne montrant pas d'anomalies.
Sur le plan thérapeutique, plusieurs techniques sont proposées , certaines sont pratiquées en période néonatale tel que la dermabrasion et le curetage , d'autres à tout âge comme les thérapies lasers. L'éxérèse chirurgicale est également proposée avec plusieurs protocoles (éxérèse-suture , éxérèse-expansion…) . En tenant compte des impacts esthétiques et psychosociaux de ce naevus congénital et en concertation avec la famille de la patiente, un traitement par laser CO2 pulsé a été proposé avec une surveillance clinique rapprochée.

Conclusion

Nous rapportons un cas de naevus congénital de grande taille chez un nourrisson de 7 mois. Il est important de garder à l'esprit la nécessité d'un suivi régulier vu le risque de transformation maligne.

34. Rosacée chez l'enfant : A propos de 8 cas

O.K.Idrissi, F.Z. El Fatoiki, H.D.Skalli, F.HALI, S,Chiheb
Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Morocco

Introduction :

La rosacée est un état inflammatoire cutané chronique de la face d'origine incertaine. Cette affection est classiquement une dermatose de l'adulte d'âge moyen et de phototype clair, elle est considérée comme rare chez l'enfant.
Nous rapportons les observations de huit enfants porteurs de rosacée pédiatriques cutanées et/ou oculaire.

Observations :

Un total de 8 enfants atteints de rosacée ont été recensé en consultation dermatologie pédiatrique à l'hôpital Ibn Rochd. L'âge moyen de diagnostic était de 5 ans et demi. Une prédominance masculine (62,5%) a été notée. Aucun patients n'avait des antécédents familiaux de rosacée et un patient (12,5%) était suivi pour déficit immunitaire primitif.
L'examen clinique avait objectivé une atteinte cutané faite de papulo-pustules associées à des télangiectasie chez 6 patient (75%). Et une atteinte oculaire faite de chalazions multiples et/ou de blépharite chez quatre patients (50%).
Six patients (75%) avait une atteinte cutanée et oculaire, cinq (62,5%) d'entre eux avaient une forme papulo-pustuleuse et un seul cas (12,5%) avait une forme granulomateuse confirmée à l'histologie. Deux patients (25%) avaient une forme oculaire isolée.
Sept patients (87,5%) ont été traité par les macrolides et un seul patient (12,5%) par les cyclines. les patients avec atteinte oculaire ont bénéficié en plus de soins locaux avec un seul cas qui avait bénéficié d'une chirurgie oculaire.

Discussion :
L'originalité de nos observations réside dans la rareté de la rosacée pédiatrique et dans le rôle du dermatologue dans le diagnostic qui est souvent méconnu chez l'enfant ainsi que dans la prise en charge.
Quatre sous-types sont distingués : la forme érythémato-télangiectasique, la rosacée papulopustuleuse, hypertrophique et la rosacée oculaire. Une variante plus rare existe également : la rosacée granulomateuse.
Les manifestations cutanées chez les enfants sont identiques à celles de l'adulte à l'exception de la rosacée hypertrophique. Les signes ophtalmologiques précèdent souvent les signes cutanés chez l'enfant et sont, à tort, souvent associés à une conjonctivite allergique. Le traitement local est identique à celui de l'adulte. Un traitement per os peut être nécessaire en deuxième intention : Les tétracyclines après l'âge de 8-9 ans. Pour les enfants plus jeunes, on proposera l'érythromycine ou le métronidazole en traitement séquentiel vu sa neurotoxicité.

35. Syndrome de Goldenhar : un nouveau cas

Z. Tazi Saoud, F. Hali, S. Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :
Le syndrome de Goldenhar (SG) ou dysplasie oculo-auriculo-vertébrale est un syndrome malformatif congénital, diversifié et mal connu. Nous rapportons le cas d'une fillette de 2 ans.

Observation :
Une fillette de 2 ans s'est présentée à notre consultation pour examen dermatologique dans le cadre d'un bilan malformatif. Nous n'avons aucune donnée sur la grossesse, l'accouchement ou les antécédents familiaux puisque la patiente a été abandonnée par ses parents et laissée à l'orphelinat.
L'examen clinique de la patiente a retrouvé une asymétrie du visage due à une hypoplasie maxillaire et mandibulaire du côté gauche, des anomalies dentaires, une surdité, un hypertélorisme, un dermoïde épibulbaire de l'œil gauche, un colobome de la paupière supérieure droite, des appendices pré-auriculaires, une fistule du philtrum et une hypertrophie du sein gauche avec rétraction du mamelon. La posture de la patiente semblait être scoliotique. Il n'y avait aucun signe de retard mental ou d'altération des fonctions cognitives.
La tomodensitométrie cérébrale n'a objectivé aucune anomalie notable. L'échographie cardiaque a révélé une dilatation biventriculaire minime. La radiographie du rachis a montré une scoliose dorsale à convexité droite, une malformation vertébrale à type d'hémi-vertèbre D5 droite avec bloc D5-D6 et la présence de 11 côtes à gauche versus 12 côtes à droite.
Sur la base de l'examen clinique, nous avons diagnostiqué chez cet enfant le syndrome de Goldenhar. L'abstention thérapeutique est décidée pour le moment compte tenu du jeune âge de la patiente avec une évaluation périodique tous les six mois.

Discussion :
Le syndrome de Goldenhar a été décrit pour la première fois par un ophtalmologiste. Il est dû à un développement anormal de la vascularisation à la 4ème semaine de grossesse des 1er et 2ème arcs branchiaux responsables de la formation des structures craniofaciales. Certains cas

semblent être génétiques, tandis que d'autres survenant de manière sporadique sont probablement dus à des facteurs environnementaux. Il constitue un spectre d'anomalies allant d'une asymétrie faciale à peine perceptible à une déformation faciale très prononcée avec atteinte plus ou moins grave des organes internes et/ou du squelette.
Cliniquement, le SG peut se manifester par des anomalies dentaires, une proéminence frontale, une hypoplasie zygomatique maxillaire et mandibulaire, une fente palatine ou linguale, des appendices pré-auriculaires. Les anomalies oculaires comprennent un dermoïde épibulbaire, un hypertélorisme, des plis épicanthiques bilatéraux. Les anomalies squelettiques sont représentées par une synostose, des hémi-vertèbres, une cyphoscoliose vertébrale et des côtes manquantes. Une cardiopathie congénitale, un retard de croissance, des reins ectopiques et un retard du développement mental sont également rapportés. Il n'existe pas de test génétique spécifique pour le diagnostic du SG bien que de nombreuses anomalies chromosomiques aient été identifiées. La présence d'appendices pré-auriculaires, de dermoïde bulbaire, de colobome palpébral, d'hypoplasie manbidulaire et d'anomalies rachidiennes suffit à poser le diagnostic et à classer notre cas dans le spectre du SG. Le traitement est multidisciplinaire et doit être divisé en étapes, en fonction de l'âge du patient, de l'étendue et de la gravité des anomalies observées.

36. Syndrome de CANDLE : à propos du cas d'un nourrisson

Service de Pédiatrie - CHU Hassan II Fès

Chaaybi C, Drissi M, Souilmi Fz, Hida M

Introduction :

Le syndrome CANDLE est une maladie auto-inflammatoire, aussi appelée Syndrome dermatose neutrophile atypique chronique-lipodystrophie-fièvre. C'est une maladie génétique, de transmission autosomique récessive, due à des mutations du gène PSMB8 (6p21.3). Nous rapportons dans ce travail le cas d'un nourrisson ayant été hospitalisé au service de pédiatrie au CHU Hassan II de Fès.

Observation :

Nourrisson de 6 mois, issu d'un mariage non consanguin, 1er jumeau d'une grossesse hétérozygote, dernier d'une fratrie de 6, présentait depuis la naissance des épisodes fébriles récurrents, fut hospitalisé initialement en soins intensifs pour déshydratation aigue sévère sur diarrhée et vomissements. A son admission, il présentait à l'examen clinique une dysmorphie faciale (lèvres épaisses, menton triangulaire, oreilles décollées), des œdèmes des membres inférieurs et des paupières avec fente de la masse musculaire, un retard de croissance staturopondéral sévère (-3DS) et un retard psychomoteur.
A 2 semaines de son hospitalisation, il a présenté des éruptions papulo-nodulaires de disposition annulaire au niveau du tronc et du dos, de taille variant entre 0,5 et 2 cm, de couleur pourpre, surmontées de télangiectasies et de squames fines, avec des nodules sous cutanés durs de couleur peau normale au niveau des cuisses. Certaines éruptions ont laissé des lésions purpuriques après 3 semaines d'évolution.
Le bilan biologique montrait une anémie hypochrome microcytaire, une CRP élevée et une VS accélérée.

L'échographie abdominale trouvait une hépatomégalie hyperéchogène homogène. La TDM cérébrale trouvait une atrophie cérébrale.
La biopsie des nodules cutanés objectivait une dermo-hypodermite riche en histiocytes et polynucléaires neutrophiles avec leucocytoclasie. Une étude immunohistochimique a été réalisée : Le CD45, le CD68 et la MPO ont marqué la majorité des cellules. Ce profil immunohistochimique (CD68+ MPO+) faisait évoquer un syndrome de CANDLE.
Le patient a été mis sous corticothérapie 1mg/kg/j sous couverture antibiotique (vu qu'il présentait une pneumopathie infectieuse).
Il a présenté quelques jours après, une détresse respiratoire avec désaturations et bradycardie, puis un arrêt cardiorespiratoire non récupéré après les mesures de réanimation.

Conclusion :
Le syndrome de CANDEL est caractérisé par une lipodystrophie et des éruptions cutanées.
Son diagnostic repose sur la symptomatologie clinique et le résultat de l'histologie. Si non traité, il peut provoquer des handicaps graves et est potentiellement mortel.

37. Dermatose atypique nodulaire fébrile du nourrisson : pensez au syndrome de CANDLE.

R.Dassouli, Pr.H.Baybay, K.Tahri, G.Sqalli, Pr.S. Elloudi, Dr.Z.Douhi, Pr.FZ.Mernissi CHU HASSAN II FES

Introduction
Le syndrome de CANDLE est un syndrome auto-inflammatoire rare récemment décrit, faisant parti des maladies auto- inflammatoires associé au protéasome. Il est caractérisé par une fièvre récurrente à la petite enfance, des lésions cutanées nodulaires et des manifestations inflammatoires multi systémiques. Les cas rapportés dans la littérature sont rares. Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 8 mois illustrant le syndrome de CANDLE.
Observation
Un nourrisson de 8 mois, premier d'une grossesse gémellaire, né de parents sains non consanguins avec un bon développement psychomoteur, avait développé à l'âge de 3 mois des lésions cutanées fébriles nodulaires du tronc avec régression spontanée. 3 mois plus tard, le nourrisson fut hospitalisé pour une récurrence et une altération de l'état général. Il était hypo réactif, fébrile à 39 et déshydraté. Sa taille et son poids étaient inférieurs aux 3èmes centiles. L'examen physique trouvait une pâleur, des lésions cutanées nodulaire érythématoviolacées de consistance ferme étendues sur le tronc les cuisses et les bras, un abdomen protubérant, une hépatomégalie sans splénomégalie, une rigidité articulaire des genoux et une hyper extension de la tête avec une atrophie musculaire et des adénopathies inguinale bilatérales. Le bilan révélait une anémie hypo chrome microcytaire à 7g/dl, des réticulocytes à 4%, des schyzocytes présentes au frottis sanguin, un taux d'haptoglobine bas. La vitesse de sédimentation des érythrocytes, la protéine C-réactive le lactate déshydrogénase, les enzymes hépatiques et le taux de triglycérides étaient élevés. L'examen de la moelle osseuse a révélé une augmentation de l'érythropoïèse sans atypies cellulaires ni hémophagocytose. La tomodensitométrie a révélé des adénopathies inguinales bilatérales, une hépatosplénomégalie homogène, un syndrome interstitiel pulmonaire et une atrophie cérébrale diffuse. Une hypertension des artères pulmonaires d'origine respiratoire à l'échographie cardiaque. L'étude histologique confirmait le diagnostic du syndrome de

CANDLE. Le nourrisson avait aggravé son état général, puis décédé en réanimation par arrêt cardio-respiratoire. **Discussion**
Le syndrome de CANDLE est une maladie inflammatoire multisystémique résultant d'une perturbation du système immunitaire adaptatif intéressant la peau et les articulations. IL est caractérisé par des fièvres récurrentes, des lésions nodulaires violacées, un retard staturo pondéral, une atrophie musculaire, une rigidité articulaire avec autres manifestations systémiques. L'anémie hémolytique, les adénopathies et la splénomégalie sont fréquemment retouvés dans le syndrome lymphoprolifératif auto-immun (ALPS) entre autres le syndrome de CANDLE. L'examen anatomopathologique montre des infiltrats dermiques de cellules mononuclées à gros noyaux en forme de rein associé à une panniculite neutrophylique. Des cas de mutation dans le gène de la sous-unité b de type 8 du protéasome humain avaient été rapportées dans la littérature comme cause génétique de ce syndrome.
Conclusion
Etant récemment décrit, une prise de conscience du syndrome de CANDLE est nécessaire pour un diagnostic précoce, de meilleures conduites thérapeutiques et par conséquent moins de séquelles et de mortalités.

38. Syndrome de chevauchement juvénile : penser à la scléromyosite.

G.Sqalli(1),H.Baybay(2),K.Mejjati,Z.Douhi,S.Elloudi,Fz.Mernissi

Introduction
Devant un syndrome de chevauchement juvénile regroupant des signes cutanés de sclérodermie systémique atypique associé à une atteinte musculaire, une scléromyosite doit être évoquée malgré la négativité de l'anticrops anti PM/SCL et l'absence de signes cutanés en faveur d'une dermatomyosite. Nous rapportons le cas de deux enfants ayant des caractéristiques cliniques et para cliniques différents.
Cas 1 : Enfant âgé de 13 ans, présentait depuis un an une sclérose cutanée diffuse associé à un Raynaud. L'examen retrouvait une sclérodactylie avec un signe de la prière positif, un faciès figé et des calcinoses. La dermoscopie péri unguéale objectivait des zones désertiques. Le bilan retrouvait une élévation des enzymes musculaires, un anticorps anti PM/SCL positif et un syndrome myogène confirmé sur EMG et une myosite sur biopsie musculaire avec une atteinte systémique pulmonaire et digestive. La patiente fut mise sous Nicardipine 25mg/jours associé à la Prednisone 7mg/jours et immunoglobulines IV. L'évolution a été marquée par l'amélioration de la sclérose et la diminution de la taille des calcinoses.
Cas2 : Enfant âgé de 11 ans, présentait depuis 1 an une dyschromie prenant la quasi-totalité du tégument associé à un œdème du visage et des doigts, des myalgies et un Raynaud. L'examen retrouvait des pulpites avec un signe du tabouret positif. La dermoscopie péri unguéale objectivait des zones désertiques et le bilan retrouvait une légère élévation des enzymes musculaires avec un anticorps anti PM/SCL négatif. Un aspect béant de l'œsophage a été retrouvé à la TDM thoracique. L'enfant fut mis sous Nicardipine 0.5mg/kg/jours associé à la Prednisone 7mg/jours. L'évolution a été marquée par la disparition de l'œdème des doigts et l'amélioration du Raynaud. **Discussion**
La scléromyosite est un syndrome de chevauchement rare chez l'enfant souvent considérée comme une sclérodermie systémique du fait de la prédominance d'un patron sclérodermiforme au début comme chez nos deux patientes. Certains auteurs ont constaté une sclérose cutanée avec des doigts bouffis sans sclérodactylie ni pulpites, le visage est souvent épargné et les

calcinoses sont rarement aussi gigantesques que dans le cas 1. Le phénomène de Raynaud survient tardivement et la dermoscopie péri unguéale ne retrouve pas de zones désertiques. La présence d'un erythroedeme lilacé et des papules de gotrons a été rapportée dans la littérature. Chez nos deux cas, certains éléments ont été constatés comme la présence de troubles pigmentaires, une sclérodactylie, des pulpites et des zones désertiques à la dermoscopie péri ungueale. Chez nos deux cas il s'agissait de formes purement musculaires sans signe cutané de dermatomyosite. L'anticrops anti PM/SCL permet le diagnostic et le suivi au long cours mais il peut manquer comme dans le cas 2. Le traitement repose sur une corticothérapie faible dose 0.5-1 mg/kg/jours pouvant s'associer aux IgIV pour une meilleure efficacité comme nous avions choisi d'adopter. **Conclusion :**

La scléromyosite juvénile est un syndrome de chevauchement rare chez l'enfant, A ce jour il n'existe pas de critères pré défini pour le diagnostic de ce syndrome. Toutefois la présence d'un patron sclérodemiforme atypique associé à une dermatomyosite ou myosite doit redresser le diagnostic. La précocité de la prise en charge conditionne le pronostic chez les enfants.

39. Syndrome de Cornelia De Lange : Une maladie rare

F. Amakha[1], K. Elmachichi[1], S. Amal[1], O.Hocar[1]

Service de dermatologie –vénéréologie, CHU Mohammed VI, laboratoire bioscience et santé. Université Cadi Ayyad, FMPM. Marrakech. Maroc.

Introduction :

Le syndrome de Cornelia de Lange ou syndrome de Brachmann De Lange est un syndrome malformatif rare, congénital d'expression variable, dù à des mutations de gènes responsables de la cohésion des chromosomes. Nous rapportons le cas d'un enfant présentant ce syndrome.

Observation :

Il s'agit d'un enfant âgé de onze ans, le dernier d'une fratrie de six, issu d'un mariage consanguin. La grossesse était suivie, l'accouchement était médicalisé, le poids et la taille à la naissance étaient non-précisés. Sans cas similaires dans la famille. L'examen clinique avait révélé une dysmorphie faciale avec un nez élargie, un hirsutisme, une bouche aux coins tombants avec une lèvre supérieure très fine, des sourcils épais, bien dessinés, arqués et confluents, de longs cils une micrognathie. Il avait une clinodactylie du cinquième doigt des deux mains, et une syndactélie du quatrième et cinquième orteils des deux pieds. Le bilan malformatif avait compris l'échographie abdominale et l'échocardiographie qui étaient toutes normales. Les radiographies des mains et des pieds avaient objectivé des malformations osseuses. Le syndrome de Cornelia de lange était retenu devant l'aspect clinique, le patient présentait les caractéristiques morphologiques du syndrome. Une étude génétique est en cours.

Discussion :

Le syndrome de Cornelia De Lange est un syndrome polymalformatif. C'est en 1933 que Cornelia De Lange individualisa le syndrome qui porta son nom et son prénom. Le phénotype de ce syndrome est cliniquement évident en raison de l'aspect caractéristique du visage. S'y associent des anomalies des membres notamment l'oligodactylie et la clinodactylie, de même que l'implantation latérale du pouce. On trouve chez les garçons l'hypoplasie génitale, l'ectopie testiculaire, ainsi qu'un net retard de croissance s'observe dès la naissance. Les problèmes d'alimentation sont généralement importants les premières années, souvent aggravés par un reflux gastro-œsophagien. Il existe aussi un risque de surdité, d'épilepsie et des troubles visuels. Les anomalies cardiaques s'observent dans 29 % des cas, notamment les communications interventriculaires et interauriculaires. Les anomalies radiologiques

complètent le tableau clinique. Malgré la grande variabilité des signes, le diagnostic de ce retard mental syndromique, transmis en dominance mais observé le plus souvent à l'état isolé dans les familles, est relativement facile, d'autant qu'il n'est pas exceptionnel. Le gène NIPBL (5p13.2) est muté chez environ 50 % des patients et correspond au gène majeur du syndrome. Lors du traitement d'un patient avec un syndrome polymalformatif, il faut que toutes les pathologies soient détectées systématiquement. La prise en charge est pluridisciplinaire.

Conclusion :

Le syndrome de Cornelia De Lange est un syndrome rare mais dont les caractéristiques sont bien définies. Les enfants atteints souffrent d'anomalies congénitales multiples, de retard de développement et de problèmes psychologiques et comportementaux. Les rapports caryotypiques sont généralement normaux et certains patients présentent une mutation du gène NIBPL. Une prise en charge multidisciplinaire et un suivi à long terme sont nécessaires.

40. Tuberculose cutanée chez l'enfant à propos de 4 cas.

A.Saddik, F.Z El Fatoiki, H.Skali , F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie vénérologie
CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :

Le Maroc est une zone d'endémie de tuberculose dont l'atteinte pulmonaire occupe la première place alors que la localisation cutanée occupe la 5ème place après les atteintes pleuropulmonaires, ganglionnaires, urogénitales et digestives. Peu d'études se sont intéressées à la tuberculose cutanée chez l'enfant. L'objectif de notre étude est de préciser les caractéristiques anatomo-cliniques et thérapeutiques de la Tuberculose cutanée chez l'enfant.

Matériel et méthode :

C'est une étude rétrospective menée dans le centre hospitalier universitaire Ibn Rochd de janvier 2019 à décembre 2021 incluant seulement les observations histologiquement confirmées de Tuberculose cutanée chez l'enfant.

Résultats :

Quatre cas ont été colligés. Deux patientes de sexe féminin et deux patient de sexe masculin. La moyenne d'âge était de 11,4 ans avec des extrêmes allant de 10 à 14 ans. Un seul malade avait un ATCD de déficit immunitaire type ataxie-télangiectasie avec notion d'infection respiratoire à répétition. Tous nos malades étaient vaccinés à la naissance. Aucun patient n'avait des antécédents personnels ou familiaux de tuberculose. La durée d'évolution était en moyenne de 13 mois. Trois de nos malades présentaient des nodules inflammatoires au niveau des membres inférieurs avec une évolution vers l'ulcération dans un cas. L'intradermo-réaction à la tuberculine était positive chez deux patient et phlycténulaire chez 1 autre. Le bilan à la recherche d'autre foyers tuberculeux était négatif. La biopsie cutanée avait révélé des granulomes tuberculoïdes sans nécrose caséeuse dans les trois cas avec un aspect d'une vascularite leucocytoclasique sur les biopsies, en faveur d'un érythème induré de Bazin (EIB). Le dernier malade a présenté des placards érythémateux violacés avec atrophie central a bordures surélevées au niveau des membres inférieurs, faisant évoqués un lupus tuberculeux. La biopsie cutanée avait révélé une inflammation granulomateuse tuberculoïde nécrosante. Le reste du bilan avait montré une tuberculose pulmonaire associée. Un traitement antituberculeux avait été instauré chez tous nos patients, avec une bonne évolution clinique.

Discussion :

La particularité de cette série est de décrire les caractéristiques de la tuberculeuse cutanées chez l'enfant. Les études consacrées à la tuberculose cutanée de l'enfant sont rares. Dans notre contexte d'endémie tuberculeuse, devant toute hypodermite nodulaire chronique des membres inférieurs de l'enfant, il faut penser à une origine tuberculeuse comme pour l'adulte et rechercher les autres arguments anamnestiques, cliniques, biologiques et histologiques en faveur. L'évolution favorable sous traitement antituberculeux est un argument de plus pour l'origine tuberculeuse.

41. Toxicité cutanée associée à la perfusion de cytarabine chez un enfant

A.Saddik[1], F.Z El Fatoiki[1], F.SALHI[2], H.Skali[1],F.Hali[1], S.Chiheb[1]
[1]Service de dermatologie vénérologie
[2]service d'hématologie oncologie pédiatrique CHU
Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :

La cytarabine est un agent antimitotique, qui inhibe la division cellulaire en inhibant la synthèse d'ADN pendant la phase S du cycle cellulaire. Les complications dermatologiques induites par la cytarabine sont fréquentes. Nous rapportons le cas d'une toxicité cutanée liée à la cytarabine chez un enfant.

Présentation du cas :

Un garçon de 8 ans et 9 mois suivi en pédiatrie pour un lymphome de burkitt abdominal stade 3, sous protocole de chimiothérapie. L'enfant a reçu la cytarabine pendant 5 jours, une éruption cutanée érythémateuse, chaude, non prurigineuse localisée au niveau du front et des extrémités a été apparue le quatrième jour de la chimiothérapie. L'examen dermatologique montrait un érythème de région frontale accentué en périorbitaire gauche avec un érythème au niveau des extrémités. Le reste de l'examen était sans particularités. Le bilan biologique a révélé une pancytopénie sans autres anomalies. L'évolution était marquée par la régression des lésions deux jours après l'arrêt de la cure. Une éruption cutanée similaire s'est de nouveau produite juste après le début de la cure suivante de cytarabine avec régression dans quelques jours. Après discussion avec les pédiatres, on a considéré la toxicité cutanée comme effet indésirable mineur qui ne contre indique pas la chimiothérapie.

Discussion :

La cytarabine peut provoquer des effets indésirables cardiovasculaires, dermatologiques, gastro-intestinaux, hépatiques et immunologiques. La plupart des réactions cutanées se manifestent par une pustulose exanthématique aiguë généralisée, une alopécie, un prurit, un érythème cutané ou une urticaire. La plupart des réactions cutanées liées à la cytarabine se résolvent sans aucune séquelle. La co-administration de dexaméthasone améliore rapidement l'éruption cutanée, permettant ainsi de poursuivre la chimiothérapie et suggérant l'effet bénéfique des corticoïdes.

Conclusion :

Selon la revue de la littérature et selon notre expérience l'éruption cutanée n'est pas une indication à l'arrêt de la chimiothérapie.

42. Un pemphigus vulgaire mimant une gingivostomatite chez un enfant

F. BENHAYOUN, F. EL FETOIKI, S. CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

L'atteinte isolée de la muqueuse buccale peut être inaugurale dans de nombreuses pathologies dermatologiques, pouvant ainsi prêter à confusion, et être par conséquent responsable d'un retard diagnostic. Nous rapportons le cas d'un pemphigus vulgaire (PV) mimant une gingivostomatite chez une adolescente de 15 ans.

Observation

Il s'agit d'une adolescente âgée de 15 ans, sans antécédents pathologiques notables qui présentait des érosions de la muqueuse buccale très douloureuses gênant l'alimentation évoluant depuis quatre mois, résistantes aux traitements symptomatiques, compliqués par des lésions cutanées faites de bulles et d'érosions post bulleuses, évoluant dans un contexte d'amaigrissement chiffré à 5kg.

L'examen clinique retrouvait des érosions post bulleuses annulaires, de tailles différentes, surmontées de croutes impétiginisées par endroit, avec des bulles tendues à contenu séreux de petites tailles reposant sur peau saine intéressant le tronc, le dos, et la racine des membres. Le nikolsky était négatif. L'examen des muqueuses a objectivé des érosions au niveau endojugal, de la langue, et une chéilite érosive surmontée de croutes, associé à des lésions érosives surmontées de croutes des deux narines.

La biopsie cutanée a objectivé un décollement intra-épidermique profond avec acantholyse. L'IFD a montré des dépôts des Ig G entre les keratinocytes. L'IFI à la recherche d'anticorps anti substance cellulaire était positive à 1280. Ainsi nous avons retenu le diagnostic de PV. La patiente a été mise sous corticotherapie 1,5mg/kg/j + azathioprine 100mg/j avec bonne amélioration.

Discussion

L'objectif de notre observation est d'attirer l'attention des cliniciens à cette entité rare qui est le pemphigus vulgaire chez l'enfant, et de les inciter à pousser les investigations devant toute gingivostomatite résistante aux traitements symptomatiques afin d'éviter les complications possibles.

43. Urticaire chronique spontanée chez l'enfant : série de 12 cas

S.Essaddouki, F Z.El fatoiki, H.Skalli, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie
Hôpital universitaire CHU Ibn rochd Casablanca

Introduction

L'urticaire chronique est une dermatose inflammatoire induite par des médiateurs mastocytaires, elle est caractérisée par la survenue de plaques urticariennes superficielles et/ou d'angiœdème, pendant plus de 6 semaines. Sa prévalence chez les enfants est moindre que l'urticaire aiguë, mais son retentissement dans la vie quotidienne peut être majeur. Nous rapportons une série de 12 cas d'urticaire chronique chez l'enfant.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective incluant 12 enfants avec une urticaire chronique évoluant depuis plus de 6 semaines entre Janvier 2018 et Avril 2021.

Résultats

Douze malades ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen des patients était de 7,4 ans avec des extrêmes allant de 3 à 10 ans. Une prédominance féminine était observée avec un sexratio H/F à 0,50.Le délai moyen de consultation était de 8,54 mois. Un antécédent personnel d'atopie a été retrouvé chez 7 malades ainsi qu'un antécédent familial d'atopie a été retrouvé chez 3 malades. Un tableau clinique typique fait de papules et de plaques érythématooedémateuses prurigineuses migratrices et fugaces évoluant par poussées et rémissions, a été retrouvé chez tous les patients. Un angioedème a été associé chez 3 enfants. Un tableau grave à type d'oedème de Quincke a été observé chez 2 patients. L'examen physique a révélé un dermographisme dans 2 cas. L'enquête étiologique a permis de conclure à une urticaire idiopathique chez tous les enfants. Le traitement prescrit chez nos patients était des antihistaminiques anti-H1 de seconde

génération en particulier la desloratadine (2 à 3 fois la dose) pendant au moins 6 mois avec une bonne évolution.

Discussion

L'originalité de ce travail réside dans la rareté de l'urticaire chronique chez l'enfant. Cette série confirme la prédominance féminine, l'association à une atopie familiale ou personnelle. Le traitement repose en première intention sur les antihistaminiques anti-H1 de seconde génération, la dose pouvant être doublée ou quadruplée en cas d'inefficacité comme décrit chez nos patients. Sa prise en charge est souvent rendue difficile en raison de son impact important sur la qualité de vie et d'une réponse parfois insuffisante au traitement de première ligne.

44. Vitiligo infantile : Etude de 22 cas

N.BENNOUNA, F.Z ELFETOIKI, F.HALI, H.Skalli, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc.

Introduction

Le vitiligo est une hypomélanose acquise, survenant suite à la disparition progressive des mélanocytes de l'épiderme, des follicules pileux et des muqueuses. Sa prévalence exacte dans la population pédiatrique est inconnue, mais 23 à 26 % des cas sont des enfants de moins de douze ans.

Le but de notre travail consiste en l'évaluation du profil épidémiologique, clinique et thérapeutique chez la population pédiatrique.

Matériels et méthodes :

Etude descriptive rétrospective menée en consultation pédiatrique au service de dermatologie de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca et ceci sur une période de 5 ans allant de Juillet 2016 à Juillet 2021.

Résultats :

Dans notre étude 22 cas de vitiligo infantile ont été colligés. Les résultats étaient repartis comme suivant :

- L'âge moyen était de 7,4 ans avec des extrêmes allant de 3 à 12ans. -
  Le sex-ratio M/F était de 0,8.
- Le caractère familial : chez un malade.

• Sur le plan clinique :

- Les affections associées étaient représentées par : 2 cas de maladie cœliaque, 4 cas de dermatite atopique avec un cas d'hypovitaminose D.
- La forme la plus retrouvée était le vitiligo non segmentaire chez 11 cas.
- La localisation principale était le tronc chez 10 cas.
- Les membres et le périné: touchés chez 7 malades. - Localisation faciale chez 5 malades.

• Sur le plan thérapeutique :

- Les dermocorticoïdes restent notre traitement de 1ère intention dans la prise en charge de nos malades, avec recours au tacrolimus chez 5 d'entre eux.

Discussion :

Le vitiligo chez l'enfant peut apparaître peu après la naissance jusqu'à la fin de l'âge adulte, et contrairement à celui de l'adulte il se caractérise par une prédominance féminine.

Le vitiligo infantile est défini dès l'apparition de la maladie avant l'âge de 12ans. Bien que son étiologie précise soit encore inconnue, de nombreuses théories ont été proposées (génétique, auto-immune, neurale…).

Dans notre pays, très peu d'études ont été menées sur le vitiligo de l'enfant. Cependant 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 dermocorticoïdes et le tacrolimus 0.1%, constituent les principaux moyens thérapeutiques utilisés dans notre contexte, sans oublier le soutien psycho-social.

45. Zona de l'enfant: à propos de 12 cas

Chaaybi C, Kojmane W, Tadmori I, Hida M.
Service de Pédiatrie- CHU Hassan II- Fès

Introduction :

Le zona est une dermatose virale qui survient après la réactivation du virus varicelle zona (VZV) restant quiescent dans les ganglions sensitifs dorsaux après une primo-infection varicelleuse. Sa survenue chez l'enfant n'est pas assez fréquente. Nous rapportons dans cette série 12 cas de Zona chez des enfants dont la moitié étaient des immunocompétents.

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective incluant 12 enfants ayant été hospitalisés pour zona au service de pédiatrie au CHU Hassan II de Fès sur une période s'étalant entre Août 2013 et Août 2021 (8 ans).

Résultats :

Il s'agissait de 10 garçons et 2 filles, l'âge variait entre 17 mois et 17 ans. La topographie était intercostale chez 5 patients, ophtalmique chez 4 patients, palpébrale chez 1 patient, cervico-faciale chez 1 patient, et auriculaire chez 1 patient. Tous nos malades n'étaient pas vaccinés contre la varicelle, et 6 avaient des antécédents de varicelle. Six patients étaient immunodéprimés (3 suivis pour lymphome de Hodgkin, 1 pour néphroblastome, 1 pour LAL, 1 pour SEP sous immunosuppresseurs). L'évolution était favorable sous acyclovir chez 7 patients, 5 patients avaient présenté des complications et 1 avait gardé des séquelles. Les formes compliquées étaient paradoxalement observées chez 4 malades non immunodéprimés. Elles étaient à type de: Uvéite et ectropion palpébral pour le zona ophtalmique, paralysie faciale pour le zona auriculaire, et surinfection pour le zona intercostal. **Conclusion :**

Le zona reste une pathologie exceptionnelle chez l'enfant mais bénigne. Son évolution est souvent favorable sous traitement antiseptique local seul. Dans la littérature, les formes

compliquées sont généralement observées chez les immunodéprimés, bien que dans notre étude elles ont été observées majoritairement chez les immunocompétents.

46. Évaluation des connaissances et attitudes des médecins généralistes du Maroc sur la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant.

S.BELGUENANI,O;HOCAR, S.AMAL
Service de dermatologie et de vénérologie du CHU Mohammed VI ,laboratoire biosens et santé
Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech , université Caddi Ayyad

Introduction

La dermatite atopique est aujourd'hui la dermatose chronique la plus fréquente chez l'enfant, elle constitue un problème de santé publique en termes de coûts et d'impact sur la qualité de vie. L'évaluation des connaissances des médecins généralistes à propos de la prise en charge de la dermatite atopique est l'objectif de notre étude .

Matériel et méthodes

Un formulaire de 21 questions a été créé sur Googles-Forms, partagé à travers les réseaux sociaux, contenant des renseignements sur les généralistes, leurs connaissances, attitudes et pratiques dans la prise en charge de la dermatite atopique .

RESULTATS

Quatre-vingt patients ont répondu au questionnaire, avec un sexe ratio F/H: 1,3
On notait que 65% travaillaient au secteur public. 82% des médecins recevaient entre 0 et 10 consultation dermatologique par semaine, dont 37 % sont représenté par la dermatite atopique . Le diagnostic de la maladie semblait aisé pour 70 % des médecins interrogés. Concernant la prescription des dermocorticoïdes, 73.9% des médecins généralistes les prescrivaient en première intention dans la poussée inflammatoire de DA, la majorité des médecins prescrivaient deux applications quotidiennes de DC (46%), la durée de traitement des dermocorticoïdes en phase d'attaque était de 7 á 14 jours pour la plupart des prescripteurs de DC. 84% des médecins adaptent le niveau d'activité de la corticothérapie locale à la sévérité de la poussée et la localisation des lésions. La réponse sur le choix de classe thérapeutique de dermocorticoïde pour traiter le visage d'un nourrisson de 6 mois était la classe faible pour 65% des prescripteurs, cependant 32,4 % ont choisi une classe modérée. 50 % des médecins généralistes non prescripteurs de DC en première intention de traitement de la poussée de DA, craignaient une mauvaise utilisation du produit par le patient ou son entourage et 42,9 % d'entre eux craignaient un effet de rebond à l'arrêt du traitement.
61,5 % des médecins prescrivent un émollient que ce soit en phase d'attaque ou en phase d'entretien. Pour finir ,80,6% des médecins informent toujours leurs patients sur l'importance des soins d'hygiène et l'adaptation de l'environnement.

Discussion

Cette étude observationnelle souligne les difficultés rencontrées au cours de la prise en charge de la dermatite atopique notamment la prescription des dermocorticoïdes qui reste relativement faible chez les médecins généralistes marocains liée à une corticophobie ainsi que leur bonne utilisation qui semble être également mal connue de nos praticiens, sans oublier les traitements adjuvants qui restent manifestement délaissés.

Compte tenu du grand nombre et de la gravité des complications de cette maladie, une bonne prise en charge s'impose d'où l'importance des formations continues et des stages chez les dermatologues destinés aux médecins généralistes.

47. Granulome annulaire profond céphalique chez le nourrisson : à propos d'un cas

M. SIDKI (1), K. OUJENNANE (1), N. MAHIR (2), K. ELFAKIRI (2), Gh. DRAIS (2), N. RADA (2), M. BOUSKRAOUI (2), S. AMAL (1), O. HOCAR (1)
(1) Service de dermatologie vénérologie, (2) Service de pédiatrie A, CHU Mohammed VI de Marrakech, Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction :

Le granulome annulaire est une dermatose granulomateuse bénigne d'origine inconnue. La forme profonde en est une variété anatomoclinique peu fréquente qui affecte souvent la population pédiatrique. La localisation céphalique est habituellement rare. Nous rapportons le cas de granulomes annulaires profonds céphaliques multiples chez un nourrisson.

Observation :

Il s'agit d'un nourrisson âgé de 19 mois, sans antécédents pathologiques particuliers, qui avait consulté pour des nodules cutanés céphaliques multiples évoluant 3 mois auparavant sans autres signes associés, dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique avait retrouvé de multiples lésions cutanées nodulaires céphaliques siégeant au niveau frontal et pariéto-occipital, dures et fixes par rapport aux plans profonds, de couleur de peau normale, indolores à la palpation, mesurant entre 1 et 1,5 cm, arrangées de façon linéaire et semi-circulaire. Le reste de l'examen dermatologique et somatique n'avait révélé aucune anomalie. Un scanner cérébral n'avait mis en évidence aucune anomalie osseuse ou parenchymateuse. L'examen anatomopathologique de la biopsie cutanée d'un nodule était en faveur de granulome annulaire profond. La prise en charge avait consisté en une abstention thérapeutique et une surveillance clinique du patient. L'évolution était marquée par la régression progressive spontanée des lésions 2 mois après la biopsie cutanée.

Discussion :
Le granulome annulaire profond est une affection cutanée granulomateuse qui touche presque exclusivement les enfants avec un âge d'apparition entre 2 et 6 ans. Il se présente cliniquement sous forme de nodules cutanés fermes insensibles à la palpation sans anomalie de la peau sus-jacente. Les lésions peuvent être uniques ou multiples, siègent au niveau des extrémités et plus rarement au cuir chevelu ou au front. Elles peuvent coexister avec des lésions de granulome annulaire classique. La pathogénie de la maladie est inconnue. La biopsie cutanée est utile pour confirmer le diagnostic notamment en absence de lésions de granulome annulaire superficiel associées. L'étude anatomopathologique révèle une lésion composée d'une zone centrale de nécrobiose entourée d'un granulome histiocytaire à disposition palissadique et d'une zone périphérique composée de cellules inflammatoires mononuclées, de fibroblastes et parfois d'éosinophiles. Des colorations complémentaires peuvent contribuer au diagnostic notamment le bleu alcian qui met en évidence la présence de mucine dans la zone centrale. L'évolution habituelle se fait vers la régression spontanée des lésions sur plusieurs mois voire plusieurs années. Elle est souvent observée dans un délai

moyen de 2 à 3 mois après le geste biopsique. Ainsi, la prise en charge consiste en une attitude abstentionniste avec suivi des malades dans la plupart des cas. Les traitements proposés ne sont pas codifiés et peuvent faire appel à des injections intra-lésionnelles de corticoïdes, à la cryochirurgie, au laser CO2 et à l'excision chirurgicale. Le taux de récurrence varie entre 40% et 80%.

Conclusion :

Le granulome annulaire profond pédiatrique est une affection peu fréquente dont la localisation céphalique est rare. La connaissance de cette entité bénigne, de diagnostic souvent aisé, est d'une importance capitale afin d'éviter aux patients des investigations excessives et des thérapeutiques peu utiles.

48. Évaluation des connaissances et attitudes des médecins généralistes du Maroc sur la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant.

S.BELGUENANI,O;HOCAR, S.AMAL
Service de dermatologie et de vénérologie du CHU Mohammed VI ,laboratoire biosens et santé
Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech , université Caddi Ayyad

Introduction

La dermatite atopique est aujourd'hui la dermatose chronique la plus fréquente chez l'enfant, elle constitue un problème de santé publique en termes de coûts et d'impact sur la qualité de vie. L'évaluation des connaissances des médecins généralistes à propos de la prise en charge de la dermatite atopique est l'objectif de notre étude .

Matériel et méthodes

Un formulaire de 21 questions a été créé sur Googles-Forms, partagé à travers les réseaux sociaux, contenant des renseignements sur les généralistes, leurs connaissances, attitudes et pratiques dans la prise en charge de la dermatite atopique .

RESULTATS

Quatre-vingt patients ont répondu au questionnaire, avec un sexe ratio F/H: 1,3
On notait que 65% travaillaient au secteur public. 82% des médecins recevaient entre 0 et 10 consultation dermatologique par semaine, dont 37 % sont représenté par la dermatite atopique . Le diagnostic de la maladie semblait aisé pour 70 % des médecins interrogés. Concernant la prescription des dermocorticoïdes, 73.9% des médecins généralistes les prescrivaient en première intention dans la poussée inflammatoire de DA, la majorité des médecins prescrivaient deux applications quotidiennes de DC (46%), la durée de traitement des dermocorticoïdes en phase d'attaque était de 7 á 14 jours pour la plupart des prescripteurs de DC. 84% des médecins adaptent le niveau d'activité de la corticothérapie locale à la sévérité de la poussée et la localisation des lésions. La réponse sur le choix de classe thérapeutique de dermocorticoïde pour traiter le visage d'un nourrisson de 6 mois était la classe faible pour 65% des prescripteurs, cependant 32,4 % ont choisi une classe modérée. 50 % des médecins généralistes non prescripteurs de DC en première intention de traitement de la poussée de DA, craignaient une mauvaise utilisation du produit par le patient ou son entourage et 42,9 % d'entre eux craignaient un effet de rebond à l'arrêt du traitement.

61,5 % des médecins prescrivent un émollient que ce soit en phase d'attaque ou en phase d'entretien. Pour finir ,80,6% des médecins informent toujours leurs patients sur l'importance des soins d'hygiène et l'adaptation de l'environnement.

Discussion

Cette étude observationnelle souligne les difficultés rencontrées au cours de la prise en charge de la dermatite atopique notamment la prescription des dermocorticoïdes qui reste relativement faible chez les médecins généralistes marocains liée à une corticophobie ainsi que leur bonne utilisation qui semble être également mal connue de nos praticiens, sans oublier les traitements adjuvants qui restent manifestement délaissés.

Compte tenu du grand nombre et de la gravité des complications de cette maladie, une bonne prise en charge s'impose d'où l'importance des formations continues et des stages chez les dermatologues destinés aux médecins généralistes.

Poil et Cuir chevelu :

1. Acné du cuir chevelu: présentation clinique et dermoscopique

Introduction :

L'acné conglobata est une forme rare et sévère d'acné. Elle se caractérise par des lésions nodulokystiques, des abcès, des comédons, et des cicatrices atrophiques ou hypertrophiques. Elle survient principalement chez les sujets jeunes et est généralement localisée sur le dos, la poitrine ou les fesses. Exceptionnellement, elle pourrait survenir au niveau du cuir chevelu. Nous en rapportons un cas tout en soulignant l'apport de la dermoscopie dans le diagnostic.

Observation :

Mr A.D, 28 ans, sans antécédents pathologiques notables, s'est présenté à la consultation pour des lésions folliculaires du visage, occipitales et de la nuque évoluant par poussées rémissions depuis 5 ans. Il a précédemment été traité par cyclines sans succès. À l'examen clinique, il s'agissait de nodules fluctuants surmontés de comédons et de pustules au niveau occipital. La peau en regard de quelques nodules était alopécique. Au niveau du visage, on observait des nodulokystes inflammatoires, des comédons ainsi que des cicatrices hypertrophiques. La ponction effectuée à ce niveau a ramené un matériel séropurulent. La trichoscopie a mis en évidence de multiples comédons, des cheveux cassés, des points blancs, des points noirs, des zones violacées ainsi qu'un aspect en rayon de miel. Histologiquement, on retrouvait un infiltrat inflammatoire périfolliculaire essentiellement fait de lymphocytes. Le diagnostic d'une acné conglobata a été retenu. Un traitement par isotrétinoïne a été initié, combiné à des nettoyages, avec une très bonne amélioration. Le recul est de 10 mois.

Discussion :

Chez notre patient, la présentation clinique du cuir chevelu aurait pû prêter initialement à confusion avec le diagnostic de cellulite disséquante du cuir chevelu ou de nodules alopéciques et aseptiques ; si ce n'est la présence de ces multiples comédons qui nous a alerté. Les nodules alopéciques et aseptiques du cuir chevelu sont une pathologie de bon pronostic qui se manifeste sur le plan trichoscopique par la présence de dilatations hétérogènes des orifices pilosébacés et de pseudocomédons. Quant à la cellulite disséquante, elle se caractérise par la présence de points jaunes en 3D sur cheveux dystrophiques, de zones amorphes jaunes et de points blancs à halo nacré. Aucun de ces signes dermoscopiques n'a été observé dans notre cas et la présentation dermoscopique paraissait similaire à un cas publié d'acné du cuir chevelu.

Conclusion :

Des nodules fluctuants du cuir chevelu associés à des comédons doivent faire penser une acné du cuir chevelu. L'apport de la dermoscopie est non négligeable pour appuyer le diagnostic et éliminer les diagnostics différentiels.

2. Alopécie cicatricielle totale du cuir chevelu due à la sarcoïdose

Introduction:

L'atteinte du cuir chevelu au cours de la sarcoïdose est rarement observée. Lorsqu'elle est présente, elle prend généralement la forme d'une alopécie cicatricielle en plaques. A notre connaissance, nous rapportons le premier cas d'alopécie cicatricielle totale du cuir chevelu due à une sarcoïdose.

Observation :

Une femme de 51 ans a des antécédents de vitiligo, et de carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure traité par bléomycine intramusculaire en pré-opératoire. Elle est adressée pour une alopécie totale du cuir chevelu évoluant depuis 9 ans.

L'examen clinique montrait une alopécie totale avec érythème diffus du cuir chevelu, des ulcérations, croûtes hémorragiques, et atrophie cutané. En dermoscopie, des zones jauneorangées, des aires blanches sans structure et des vaisseaux arborescents étaient visibles.

L'examen somatique a révélé deux tumeurs cutanées ulcérées des membres inférieurs, une kératodermie palmoplantaire, une hépato-splénomégalie et de multiples adénopathies étagées. Un diagnostic clinique de mycosis fongoïde a été évoqué.

L'examen histologique du cuir chevelu et des tumeurs cutanées a révélé un aspect compatible avec une sarcoïdose cutanée, et l'immunohistochimie a éliminé un lymphome T cutané. Le bilan de systématisation a retrouvé un taux élevé d'enzyme de conversion de l'angiotensine, des adénopathies médiastinales bilatérales à la TDM thoracique, et un aspect histologique similaire à la peau aux biopsies ganglionnaires et hépatiques. Le reste des examens paracliniques étaient normal. La prednisone orale a été initiée à la dose de 1mg/kg/j avec une cicatrisation complète des lésions cutanées sans repousse capillaire, et une involution de l'hépato-splénomégalie et adénopathies.

Discussion

La sarcoïdose du cuir chevelu est rare, mais lorsqu'elle survient, elle se présente principalement sous la forme d'une alopécie cicatricielle en plaques. Les présentations cliniques sont polymorphes et trompeuses : à type de lupus discoïde, lichen plan pilaire… A notre connaissance, nous rapportons le premier cas d'alopécie totale du cuir chevelu due à une sarcoïdose, et qui est prédictif d'atteinte systémique (pulmonaire ou ganglionnaire surtout) comme chez notre patiente. Ainsi, un bilan de systématisation doit être entrepris devant toute sarcoïdose du cuir chevelu.

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge est non codifiée (principalement corticostéroïdes, azathioprine et hydroxychloroquine).

Ce cas souligne que la sarcoïdose du cuir chevelu est également trompeuse, et qu'une atteinte systémique sous-jacente est souvent présente et doit toujours être recherchée.

3. **Approche diagnostique et thérapeutique au cours des alopécie auto-infligée** **Introduction :**

les alopécies auto-infligées font partie des troubles capillaires compulsifs, dont la trichotillomanie est la plus connue. Cependant, il en existe d'autres moins connus, comme la trichotemnomanie et la trichotéiromanie. Nous rapportons une séries de 18 cas retenue sur des critères anamnestiques, cliniques et trichoscopiques **Matériels et méthodes :**

C'est une étude rétro prospective descriptive portant sur tous les cas de dermatomyosite colligés au sein de service de dermatologie de CHU Hassan II de Fès sur une période étalée sur deux ans.

Résultats :

Nous avons colligé 18 patients, avec une prédominance féminine (66,66 % des cas),un âge moyen de 24 ans dont cinq cas pédiatrique. Un antécédent psychiatrique présent chez deux patients , une dermatite séborrhéique et un eczéma chez deux autres. La durée d'évolution varie entre 2 mois et 10 ans. Le symptôme le plus fréquent est le prurit ,souvent associé au tic de frottement .Une alopécie non cicatricielle avec un signe de traction négatif est présente chez tous les patients, localisée dans 89 % des cas et diffuse chez dans 11% des cas. Les autres signes cliniques retrouvés sont: une dépilation partielle des cils et sourcils chez 6 patients, un érythème chez 5, une desquamation chez 4 et une liquinification chez 1 patient. La trichoscopie montrait des poils en v, poils cassé a différent niveau et poils en flammèche chez 13 patients , poils courts avec dystrophies distale et extrémités fendues en forme de brosse chez six patients et poils en touffe chez un seul patient , Les diagnostics retenus sont : La trichotillomanie isolée chez 12 patients ,la trichoteiromanie isolée chez 5 patients et l'association des deux chez un seul patient ,aucun cas de trichotemnomanie. Tous nos patients ont bénéficiés d'une sensibilisation, et ont été adresser pour une psychothérapie cognitivo-comportementale ,le N-Acétylcystéine a été utilisé chez 6 patients avec une bonne évolution chez la majorité des cas.

Discussion : les alopécies auto-infligé font partie des troubles capillaires compulsifs, dont le diagnostic précis est parfois difficile en l'absence d'aveux de patient d'où l'intérêt de la dérmoscopie . la trichotillomanie qui est une perte de cheveux par arrachage, tirage ou torsion est la plus connue. Cependant, il en existe d'autres moins connus, comme La trichotemnomanie (perte de cheveux due à une coupure ou un rasage) et La trichotéiromanie qui consiste à frotter le cuir chevelu. Il s'agit d'affection souvent chronique dont la gravité peut varier considérablement, allant d'une habitude de courte durée avec perte de cheveux localisée à une maladie plus sévère avec morbidité psychologique ou psychiatrique associée . la prise en

charge thérapeutique doit être précoce, nécessite une coopération avec le psychiatre et repose sur la sensibilisation de patient , la psychothérapie cognitivo-comportementale et les traitements pharmacologiques spécifiques comme le N-Acétylcystéine qui a prouvé son bénéfice récemment tel est le cas de nos patients .

Conclusion :

Les alopécies auto-infligée sont des affections chroniques de gravité variable d'où l'intérêt d'un diagnostic et un traitement précoce et efficace.

Mots clés :

Alopécie, trichotillomanie, trichoteiromanie, trichotemnomanie ,psychothérapie, NAcétylcystéine

4. Cellulite disséquante du cuir chevelu : aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques au CHU Ibn ROCHD de Casablanca

Traoré A[1], Rabalom A[1], Hali F[1], Chiheb S[1]
[1] service de dermatologie CHU Ibn Rochd de Casablanca

Introduction

La cellulite disséquante du cuir chevelu ou folliculite disséquante est une alopécie cicatricielle primaire neutrophilique dont l'étiopathogénie reste encore non élucidée. Elle peut être associée à une hydradénite suppurée, une acné conglobata et à des kystes pilonidaux et former la « tétrade d'occlusion folliculaire ». C'est une affection rare d'évolution chronique par poussées inflammatoires dont le traitement est souvent difficile et décevant. **Patients et méthodes** Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive sur une période rétrospective de 5 ans. Nous avons recensé tous les patients ayant consulté pour des nodules alopéciques du cuir chevelu et chez qui le diagnostic de cellulite disséquante du cuir chevelu a été retenu ; les données recueillies étaient l'âge, le sexe, les circonstances déclenchantes, l'âge de début, la durée d'évolution, les signes cliniques, les signes paracliniques, le traitement et l'évolution.

Résultats

11 patients ont été inclus dont 10 hommes et une femme, l'âge variait de 17 à 59 ans avec une moyenne de 34 ans, l'âge moyen de début était de 32,1 ans avec des extrêmes de 16 et 52 ans. La durée moyenne d'évolution était de 32,85 mois avec des extrêmes de 0,5 mois et 96 mois. Un patient rapportait un début post rasage. Un cas d'acné sévère à l'adolescence était rapporté. Dans tous les cas, des lésions nodulaires alopéciques fluctuantes avec issue de pus étaient décrites. Les lésions étaient localisées dans la région occipitale (3cas), au vertex (1cas) et dans la région temporo-pariétale et occipitale (2 cas). Aucun patient ne présentait d'hydradénite suppurée ni d'acné conglobata. La biopsie cutanée a été réalisée dans 3 cas et le prélèvement de pus pour examen cytobactériologique dans 2 cas. Un bilan pré-thérapeutique a été fait chez tous les patients. 3 patients ont été mis sous isotrétinoïne à raison de 0,5 mg/kg/j. Des injections intralésionnelles de béthaméthasone ont été faites une fois par mois chez 2 patients, un patient a été mis sous dapsone 100mg/j pendant 8 mois, et 4 patients ont été mis sous doxycycline 100mg/j, le traitement n'a pas été précisé chez un patient. L'évolution était favorable au bout de 2 mois chez le patient mis sous dapsone. Chez un patient l'évolution était stationnaire après 5 mois sous isotrétinoïne. Les autres patients étaient perdus de vue.

Discussion
L'intérêt de l'étude réside dans la description d'une série de cas de cellulite disséquante du cuir chevelu.
La cellulite disséquante du cuir chevelu est une affection dont le diagnostic est basé sur la clinique. D'étiologie inconnue, elle touche majoritairement les hommes jeunes entre 20 et 40 ans. Elle constitue une des causes d'alopécie cicatricielle. Il s'agit de nodules plus ou moins profonds, parfois fluctuants, de taille variable, volontiers alopéciques, dont la pression fait sourdre un contenu séropurulent ou sanglant par un ou plusieurs pertuis reliés à des sinus souscutanés parfois interconnectés. Les lésions siègent préférentiellement au vertex mais des localisations occipitales sont décrites. Le traumatisme local a précédé la survenue de la maladie chez un patient mais il est insuffisamment rapporté. Dans notre série aucune autre maladie n'était associée à la cellulite disséquante. L'étude cytobactériologique du pus permet d'écarter une infection bactérienne. Il n'y a aucun consensus sur le traitement et parmi les thérapeutiques proposées, l'isotrétinoïne apparait le traitement de choix à des doses élevées (0, 75 mg/kg).
Conclusion : La cellulite disséquante du cuir chevelu est une affection pouvant altérer la qualité de vie de par son caractère affichant avec risque d'alopécie cicatricielle. Le traitement est long et difficile et repose actuellement en première intention sur l'isotrétinoïne.

6. Loupes multiples du cuir chevelu

C.Marmech , F.Hali , S.Chiheb

Introduction :
Les kystes trichilemmaux , communément appelés loupes, sont des lésions bénignes dérivées de la gaine de la racine externe du follicule pileux. Ils apparaissent le plus souvent dans des zones où les follicules pileux sont denses notamment le cuir chevelu. Nous présentons le cas d'un patient avec de volumineux kystes trichilemmaux du cuir chevelu. **Observation :**
Un homme de 64 ans, suivi en psychiatrie pour schizophrénie , a consulté pour de multiples tuméfactions indolores du cuir chevelu, évoluant progressivement depuis une dizaine d'années. L'examen clinique retrouvait des lésions ovoïdes indurées ,de taille variable allant de 3 cm à 8 cm , non ulcérées, avec des cheveux clairsemés en regard . A La radio du crane il n' y avait pas d'atteinte osseuse en regard des lésions . L'échographie des parties molles était en faveur de multiples kystes. Les lésions ont été réséquées sous anesthésie locale sans incident avec fermeture sans tension de la plaie. Les pièces d'exérèse ont été´ envoyées en anatomopathologie. Il n'existait pas de critère de malignité. Les données anatomopathologiques confirmaient le diagnostic de multiples kystes trichilemmaux.
Discussion :
Le kyste trichilemmal également appelé kystes pilaires, est une tumeur cutanée épithéliale bénigne, développée aux dépens de l'appareil pilaire survenant chez 5 à 10 % de la population. Cette lésion touche préférentiellement les femmes d'âge mûr , parfois décrits même depuis l'enfance. Le site de lésion le plus fréquemment observé est la couche souscutanée du cuir chevelu. Les kystes trichilemmaux peuvent être multiples et parfois héréditaires. Le caractère héréditaire est de type autosomique dominant. Le traitement consiste en l'exérèse chirurgicale complète cutanée et sous-cutanée emportant le kyste, sans thérapeutique complémentaire. Les diagnostics différentiels sont représentés principalement par le pilomatrixome, le kératoacanthome, et dans le cas de lésion ulcérée, par le carcinome

épidermoide .C'est l'analyse anatomopathologique qui fait le diagnostic. Nous rapportant le cas d'un patient présentant plusieurs kyste trichilemmaux non proliférant du cuir chevelu .

6. L'atteinte du scalp au cours de la dermatomyosite

Fatima Zahra Hashas, Sara Elloudi, Zakia Douhi, Hanane baybay, Fatima Zahra mernissi
Service de dermatologie et vénérologie, Centre hospitalier universitaire Hassan II FES, Maroc

Introduction :

L'atteinte du scalp au cours de la dermatomyosite est peu décrite. Le but de cette étude est de déterminer sa fréquence et ses caractéristiques cliniques et dermoscopiques .

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétro prospective descriptive portant sur tous les cas de dermatomyosite colligés au sein de service de dermatologie de CHU Hassan II de Fès sur une période étalée sur deux ans.

Résultats:

Parmi 35 patients atteints de dermatomyosite ,21 présentaient une atteinte du cuir chevelu à l'examen clinique, avec une prévalence de 60%. La dermatomyosite de scalp était cliniquement caractérisée par un prurit chez 66,66% des patients, un érythème chez 85,71 %, des plaques érythémato-squameuses chez 33,33 %, une alopécie non cicatricielle dans 80.95 % des cas qui était diffuse chez 6 patients et en plaque chez 11 patients avec un signe de traction positif chez 33,33 % des cas, des excoriations et érosions chez 19% et une poikilodermie de cuir chevelu chez 14,28 %. Aucun patient n'as présenté d'ulcération ni de calcinose .

Douze patients ont été évalués par la dermoscopie péri-unguéale (un patron sclérodermiforme était retrouvé chez 91,66 des cas : tardif chez 8 patients, actif chez 2 et précoce chez un) et par trichoscopie en dehors de toute pathologie associée du cuir chevelu. Les constatations les plus courantes comprenaient :un fond érythémateux chez tous les patients ,squames péri et inter folliculaires chez dix (83,33%), des structures vasculaires type télangiectasies chez dix (83,33 %), vaisseaux tortueux, dilatés et irréguliers retrouvés chez huit (66,66 %), vaisseaux arborescents chez un patient (8,33 %) et structures vasculaires en pseudo lac chez quatre (33,33 %). Des structures pigmentaires type halo péri folliculaire et zone brune sans structure en inter folliculaire dans sept cas (58,33 %) , et une anomalie de poil était noté chez onze (91,66 %) patients sous forme de poils cadavériques, de poils duveteux , un seul poil par orifice. Les autres constatations comprenaient : des rosettes chez un patient et des chrysalide et des bouchons cornés chez deux autres. Les modification observées étaient classées en trois patrons trichoscopiques comme suit: vasculaire pure 33,33%, pigmentaire pure 8,33%chez et mixte 58,33 % avec prédominance de patron sclérodermiforme tardif à la dermoscopie périunguéale concomitante chez les trois groupes .

Toutefois on a remarque des similitudes concernant les modifications vasculaires au niveau de scalp et celles au niveau péri-unguéale chez ces patients .

Discussion :

L'atteinte du scalp au cours de de la dermatomyosite est souvent peu étudiée, par conséquent, peut-être mal diagnostiquée, d'où l'intérêt de la bonne connaissance de ses caractéristiques cliniques et dermoscopiques .

A travers cette série, nous avons démontré quelle est assez fréquente et non négligeable. Les signes cliniques les plus fréquents étaient le prurit, l'érythème et l'alopécie, ce qui rejoint les données de la littérature . Concernant la trichoscopie, nos résultats étaient quasi similaires avec celles de la seule étude qui s'est intéressée à cette analyse, en plus, on a rapporté de nouvelles structures trichoscopiques associées à la dermatomyosite tels que les rosettes ,les chrysalides et les bouchons cornés . Nous soulignons aussi à travers notre étude des similitudes concernant les modifications vasculaires au niveau de scalp et celle au niveau péri-unguéale au cours de la dermatomyosite.

Conclusion :
Les caractéristiques cliniques et dermoscopiques de la dermatomyosite du cuir chevelu doivent être connues et directement évaluées et comparées à la dermoscopie péri-unguéale chez les patients atteints de dermatomyosite .

Mots clé : Dermatomyosite, scalp, prurit, alopécie, Trichoscopie, dermoscopie péri-unguéale .

7. Pelade en plaque induite par l'anti-TNF-α

Z Zeggwagh, R Alaoui, N Ismaili, L Benzekri, M Meziane, K Senouci Dermatologie et Vénérologie, Hopital Ibn Sina - Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction :

Les biothérapies ont révolutionné la prise en charge et le devenir des patients atteints de maladies inflammatoires mais ils sont accompagnés d'effets secondaires essentiels à connaître pour un meilleur suivi des patients et une adhérence thérapeutique optimale. L'alopécie en plaque est en fait un effet indésirable cutané des inhibiteurs du TNF-α très peu décrit à ce jour. Nous en rapportons un cas survenu six mois après la prescription de l'adalimumab.

Observation : Mr A.E, âgé de 32 ans est suivi depuis 2017 pour une maladie de Crohn iléo-cæcale opérée à plusieurs reprises pour complications de type sténoses et cortico-résistance. En 2020, l'adalimumab a été prescrit. Six mois après, le patient rapporte un début de plaque alopécique au niveau du cuir chevelu qui a progressivement augmenté de taille. En consultation, l'examen révèle une plaque alopécique de 6 cm de grand axe au niveau du vertex avec un signe de traction positif. A la Dermoscopie, il a été observé des points noirs, une anisotrichie, des poils en point d'exclamation et un poil par orifice. Il a été alors conclu à une pelade en plaque induite par l'adalimumab en l'absence de l'identification de facteurs favorisant. Un traitement à base de clobetasol, minoxidil et bétaméthasone a été prescrit et a permis une repousse au niveau du centre et l'extension en periphérie. L'adalimumab n'a pas pu être arrêté et de nouvelles plaques sont apparues.

Discussion :

Seuls 17 cas de pelade induite par les anti-TNF alpha ont été décrits dans la littérature. Chez notre patient, l'absence d'autres facteurs déclenchants de la pelade a fait évoquer le rôle inducteur des anti- TNF-α.

Le mécanisme physiopathologique du rôle des TNF-α dans la pelade est encore incertain. L'activation de lymphocytes T auto-réactifs par le médicament pourrait être à l'origine de cette complication. Des facteurs génétiques et des polymorphismes de récepteurs ont également été évoqués dans la genèse de ces réactions. L'alopécie secondaire aux anti-TNF-α a une évolution imprévisible allant d'une guérison totale à l'arrêt du traitement ou une aggravation avec une évolution vers une pelade universelle. Il n'existe pas de protocole thérapeutique adéquat.

Conclusion : La survenue d'une pelade chez un patient traité par anti-TNF-α doit faire évoquer une possible responsabilité de traitement et faire envisager son arrêt si l'effet secondaire dépasse le bénéfice thérapeutique.

8. Pelade et maladies auto-immunes: à propos de 74 cas

K.Tahri joutei hassani,H.Baybay, R.Dassouli ,S.Elloudi, Z.Douhi, FZ. Mernissi
Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction :
La pelade est une maladie auto-immune caractérisée par des plaques alopéciques non cicatricielles affectant le cuir chevelu ou tout autre région pileuse touchant avec prédilection des sujets génétiquement prédisposés. Plusieurs pathologies peuvent s'associer à la pelade et sont représentées principalement par les maladies auto-immunes(1,2).
L'objectif de notre travail était de décrire les différentes maladies auto-immunes associées à la pelade.

Matériel et méthode :
Nous avons analysé prospectivement 74 patients ayant consulté au service de dermatologie du CHU HASSAN II pour une pelade. Les données de chaque patient ont été collectées à l'aide d'un interrogatoire et d'un examen clique soigneux.

Résultats :
Au total, nous avons colligé 74 patients ayant une pelade. Une nette prédominance féminine a été notée (sex-ratio à 0,66). L'âge moyen de nos patients était de 22 ans .Neuf patients avaient un antécédent personnel d'atopie(12%) et 18 patients (24 %) avaient un antécédent personnel de maladie auto-immune(ratio 0,5) : 9 patients avaient une thyroïdite auto-immune, 3 patients avaient un vitiligo, 2 patientes avaient un lichen, une patiente avait un lupus érythémateux systémique, une patient avait une maladie cœliaque ,une patiente avait une maladie de crohn et une patiente avait un purpura thrombopénique idiopathique. Des antécédents familiaux de maladies auto-immunes ont été retrouvés chez 18 patients (25 %) : 9 patients avaient des antécédents familiaux de pelade, 4 patients avaient un antécédent familial de thyroïdite auto-immune,2 patients avaient un antécédent familial de Diabète type I, un patient avait un antécédent familial de psoriasis, un patient avait un antécédent familial de vitiligo et une patiente avait un antécédent familial de lupus érythémateux systémique.

Discussion :
Une série Taiwaienne(2) englobant 17240 patients atteints de pelade a noté la prévalence des maladies auto-immunes s'y associant. La polyarthrite rhumatoïde représentait l'association la plus fréquente suivie par le psoriasis contrairement à notre série où l'association avec les thyroïdites auto-immune est la plus fréquente et aucune association avec la polyarthrite rhumatoïde n'a été retrouvée . D'autres maladies auto-immunes peuvent s'associer à la pelade, telles que le vitiligo, le psoriasis, le lupus érythémateux systémique, les thyroïdites auto-immunes ,le diabète Type 1 ou la pemphigoide bulleuse. Le risque de développer une maladie auto-immune est plus élevé durant les 3 premières années suivant une pelade(3).

Conclusion :
Plusieurs maladies auto-immunes peuvent s'associer à la pelade d'où l'intérêt d'un dépistage par un interrogatoire minutieux et un bilan biologique au cours du diagnostic de la maladie et de son suivi .

9. Porocarcinome sudoral eccrine du cuir chevelu : tumeur annexielle rare

Z.Mehsas,

F.El Haddadi, M.Meziane, N. Ismaili, L. Benzekri, K. Senouci.

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina, université Mohammed V Souissi, faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Introduction :

Le porocarcinome sudoral eccrine (PSE) est une tumeur maligne rare dérivant de la portion intra-épidermique du canal sudoral eccrine encore appelée acrosyringium . Le siège facial de cette tumeur est très rare. La plupart des cas rapportés concernent des observations isolées, avec fréquemment une évolution métastatique de mauvais pronostic .

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 58 ans, sans antécédent, qui consultait pour une tumeur du cuir chevelu, évoluant progressivement depuis 8 mois. L'examen clinique montrait une masse tumorale pédiculée ulcéro-bourgeonnante indolore, ferme, adhérente, de 4 cm de grand axe siégeant au niveau occipital. Les aires ganglionnaires étaient libres. L'examen histologique objectivait un porocarcinome infiltrant le derme et l'hypoderme. Le bilan d'extension n'a pas objectivé de métastase. La patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale large suivie d'une recoupe en profondeur, sans récidive avec un recul de 18mois.

Discussion :

Conformément aux données de la littérature, le porocarcinome sudorale eccrine siège de façon préférentielle sur les membres inférieurs avec 50% à 55%, puis la région céphalique pour 20% des cas. Les localisations atypiques particulièrement le cuir chevelu sont rares. le PSE est caractérisé par un polymorphisme clinique , il se présente sous forme de plaque verruquo-squameuse ou de lésion nodulaire plus ou moins saillante, comme il peut prendre une forme érythémateuse, érosive ou ulcéré avec un diamètre de 1 à 5 cm de grand axe , la forme

pédiculée n'a jamais été décrite dans la littérature. le potentiel de malignité est essentiellement locale avec un risque majeur de récidive si les marges d'une exérèse large ne sont pas respectées. En outre le risque d'une dissémination métastatique peut être observé dans 20% des cas.

Conclusion :

La marge d'erreur dans le diagnostic du PSE est très importante. L'étude histologique est d'un apport capital dans la prise en charge globale de cette tumeur qui reste exceptionnelle au niveau de la face et du cuir chevelu.

10. Méthotrexate associé aux mini-bolus de corticothérapie chez des patients atteints de pelade universelle d'évolution chronique : une étude prospective

Z. Tazi Saoud, F. Hali, F.Z. ElFatoiki, S. Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le traitement des pelades universelles d'évolution chronique est difficile. Le méthotrexate et la corticothérapie ayant prouvé leur efficacité dans les pelades moins étendues pourraient représenter une alternative thérapeutique efficace lorsqu'ils sont associés. Le but de ce travail est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de l'association du méthotrexate aux mini-bolus de corticothérapie chez des patients atteints de pelade universelle d'évolution chronique.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective monocentrique menée au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Ibn Rochd de Casablanca sur une durée de 18 mois (entre Novembre 2019 et Avril 2021) colligeant sept patients atteints de pelade universelle. Le méthotrexate était administré à 15 mg par semaine (n=3) et à 20 mg par semaine (n=4) associé à des bolus de prednisone 1 mg/kg/j un week-end sur deux. Une évaluation clinique et dermoscopique étaient faites à M1, M3, M6, M12 et M18. Le critère de jugement principal était l'obtention d'une repousse sous traitement.

Résultats :

Un total de 7 patients a été colligé dont 5 femmes et deux hommes. L'âge moyen des patients était de 27,3 ans avec des extrêmes allant de 20 à 48 ans. La maladie évoluait en moyenne depuis 5,7 ans. Un choc émotionnel était retrouvé dans 4 cas sur 7. Aucun patient n'avait répondu aux traitements conventionnels avant d'initier le protocole. Deux patients ont eu une repousse des cheveux et des poils corporels (sourcils, pubis, et aisselles), un patient une repousse des cheveux et 4 patients n'ont présenté aucune repousse. La repousse était visible après un délai médian de 2 mois, mais n'était pas totale à 18 mois. A la fin de l'étude, la dose cumulée médiane de méthotrexate était de 1,4 g. Une rechute a été observée à l'arrêt du traitement chez un patient ayant initialement obtenu une repousse. Les effets secondaires notifiés étaient : arthralgies et aménorrhée (n = 1), diarrhée et céphalées (n = 2), prise de poids (n = 1) et élévation transitoire des transaminases (n = 1).

Discussion :

Plusieurs études se sont intéressées au traitement de la pelade par méthotrexate. Cependant, de rares études ont traité l'association méthotrexate-corticothérapie. La valeur ajoutée de la corticothérapie est controversée dans la littérature, et ses modalités de prescription restent à définir. Les protocoles rapportés combinaient les injections hebdomadaires de méthotrexate aux bolus de methylprednisolone 500 mg/j pendant 3 jours consécutifs. Notre protocole n'a jamais été rapporté auparavant.
Nos résultats restent moins satisfaisants que ceux rapportés dans la littérature, ceci pourrait être lié à la chronicité de la pelade chez nos patients et sa sévérité (pelade universelle versus pelade en plaques ou totale). En effet, les patients présentant des follicules jaunes à la dermoscopie témoignant d'une pelade cicatricielle ont présenté un échec thérapeutique. Dans ce sens, des facteurs pronostiques devraient être établi : type de pelade, sévérité et chronicité. Aussi, la rechute observée après arrêt du traitement chez un patient suggère que ce protocole pourrait être suspensif.

Conclusion :
L'association du méthotrexte aux mini-bolus de corticothérapie pourrait être une alternative thérapeutique efficace dans le traitement des pelades universelles, cependant, des études de plus grande envergure sont nécessaires pour affirmer ce constat et préciser les modalités de sa prescription.

17. Les cancers du cuir chevelu : une série de 18 cas.

Y.ALMHEIRAT(1); H.Daflaoui (1); N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)

1 Service de Dermatologie Vénéréologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda Maroc.

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique, faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda Maroc

Introduction :
Les cancers du cuir chevelu sont des cancers de la peau qui dérivent directement de l'épithélium du follicule pileux, de l'épiderme interfolliculaire ou d'autres types de cellules. Elles peuvent être primaires ou secondaires[1]. Ces tumeurs posent un véritable problème diagnostique du fait de leur multiplicité. L'objectif de notre travail était de préciser le profil épidémiologique et anatomo-clinique, thérapeutique et évolutif des tumeurs malignes du cuir chevelu.
Matériel et méthodes : c'est une étude rétrospective descriptive menée au service de Dermatologie vénéréologie du CHU MED VI OUJDA, étalée sur 8 ans et 4 mois de Juin 2014 à Août 2021, incluant tous les cas confirmés de tumeurs du scalpe. Les données épidémiologiques, cliniques, histologiques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies à travers une fiche d'exploitation préétablie.
Résultats :
Nous avons colligé 18 cas de tumeurs malignes du cuir chevelu, avec une prédominance masculine (sexe ratio H/F de 3.5). L'âge moyen de survenue était de 59.5 ans. Le traitement traditionnel était de premier recours chez 3 patients. La présentation clinique la plus fréquente était l'aspect ulcéro-bourgeonnante (66.6 %.) avec un diamètre variant entre 0.5*5.5 cm, la

douleur et le saignement ont été rapportés chez 27.7% et 38.8% respectivement. Le délai moyen de consultation était de 6 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 32 ans. Les types histologiques étaient : le carcinome épidermoïde(CE) (n=8), le carcinome basocellulaire(CBC) (n=7), un cas de lymphome cutané B de type centro-folliculaire, un cas de kyste trichilemmal proliférant et un cas de métastase cutanée d'une tumeur bronchopulmonaire. Le siège le plus fréquent était le vertex dans 27.7%. Tous les patients ont bénéficiés d'un bilan d'extension fait de scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien qui était en faveur de : métastase pulmonaire (n=1), métastase ganglionnaire (n=1), lyse osseuse (n=1), un cas de tumeur pulmonaire avec métastase cutanée. L'exérèse chirurgicale était le traitement préconisé chez 8 patients dont l'évolution était favorable chez 7 patients et un seul décès, un de nos patient a été traité par la photothérapie dynamique vu qu'il a des CBC multiples, un autre patient a présenté une réduction totale de son lymphome cutané B après l'injection du vaccin anti SARSCOV2 type Astrazeneca. **Discussion** :

Selon nos résultats, on a constaté la prédominance de l'atteinte de la tranche d'âge de plus de 60 ans, selon l'étude de Leena *et al*[2]*, l'âge moyen des patients au moment du diagnostic était entre* 20 et 40 ans, contrairement à notre série où seulement 2 malades était âgé de moins de 26 ans et ils étaient suivies pour Xéroderma pigmentosum; une génodermatose prénéoplasique qui prédispose à la survenue précoce de multiples cancers cutanés photoinduits[3]. Concernant la présentation clinique, le caractère ulcèro-bourgeonnant était le plus fréquent, ce qui rejoint les résultats d'une étude sénégalaise (36 cas) [4]. Chez nos patients, le CE représentait l'entité la plus fréquente (44.4% des cas), ce résultat rejoint celui d'une étude réalisée au Sénégal en 2019 avec un pourcentage de 57%[5]. Aucun de nos patient avec CE n'avait de lésion précancéreuse, contrairement à une série marocaine de 6 cas de CE du cuir chevelu ou les lésions précancéreuses étaient retrouvées chez 50% des cas[6].

Conclusion :

À travers notre série on peut conclure que le carcinome épidermoïde est la tumeur maligne la plus fréquemment retrouvée au niveau du cuir chevelu. La mortalité élevée des formes malignes pourrait être expliquée par le retard diagnostique qui serait dû aux habitudes socioculturelles et à la sous-médicalisation.

12. Une alopécie annulaire pas comme les autres

Fatima Zahra Hashas, Hanane baybay, Soukaina Chhiti, Zakia Douhi, Sara Elloudi , Fatima Zahra mernissi
Service de dermatologie et vénérologie, Centre hospitalier universitaire Hassan II FES, Maroc

Introduction :

La trichotillomanie est un trouble obsessionnel compulsif caractérisé par un arrachement répétitif des cheveux du cuir chevelu ou autres sites capillaires, entrainant une alopécie autoinfligée . Le diagnostic est essentiellement clinique aidé en grande partie par la trichoscopie.

La prise en charge à l'heure actuelle reste surtout d'ordre psychologique.

Observation :

Un patient de 23 ans, sans antécédents pathologiques, consultait pour une lésion indolore du vertex évoluant depuis 3 ans, à l'examen clinique on notait la présence d'un nodule sous

cutané de consistance ferme, mesurant 1 cm de diamètre siégeant au niveau du vertex, entouré d'une plaque partiellement alopécique annulaire non cicatricielle avec des poils dystrophiques, signe de traction négatif. La trichoscopie montrait des cheveux cassés, des poils en flammèche, le reste de cuir chevelu et de la pilosité corporelle étaient sans anomalies.

Discussion :

La trichotillomanie est une perte de cheveux par arrachage, tirage ou torsion des cheveux, il s'agit d'un trouble obsessionnel compulsif dont le diagnostic précis est parfois difficile en l'absence d'aveux de patient d'où l'intérêt de la dermoscopie [1,2]. C'est une affection souvent chronique dont la gravité peut varier considérablement, allant d'une habitude de courte durée avec perte de cheveux localisée à une maladie plus sévère avec morbidité psychologique ou psychiatrique associée [1]. La prise en charge thérapeutique doit être précoce et repose sur la sensibilisation de patient ,l'élimination des facteurs favorisants ,la psychothérapie cognitivo-comportementale et les traitements pharmacologiques spécifiques [3]. Notre patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale de nodule avec étude anatomopathologique et le diagnostic d'une trichotillomanie sur un kyste trichilimmal était retenu , l'évolution était marquée par une repousse normale de cuir chevelu après prise en charge psycho-comportementale.

Conclusion :

La trichotillomanie est une affection chronique de gravité variable d'où l'intérêt d'un diagnostic et un traitement précoce et efficace.

13. Un Kyste trichilemmal non proliférant post traumatique chez une fille de 11 ans (À propos d'un cas)

K. ELMACHICHI [1 2], K. OUJENNANE [1 2], S. AMAL[1 2], O. HOCAR[1 2].

[1] Service de dermatologie CHU Mohammed VI, Marrakech

[2] Laboratoire Bioscience et santé , FMPM Université Caddi Ayyad, Marrakech

Introduction :

Le kyste trichilemmal, également appelé kyste pilaire, est un kyste épithélial dermique développé aux dépens du follicule pileux et se transmettant de façon autosomique dominante. Il touche fréquemment les femmes après l'âge de 50 ans et moins fréquemment chez l'enfant. Le cuir chevelu est la localisation la plus fréquente de cette lésion et l'étiologie est encore inconnue.

A travers ce travail nous rapportons le cas d'un kyste trichilemmal chez une jeune fille de 11 ans suite à un traumatisme vu la rareté de ce diagnostic chez l'enfant.

Observation : Enfant âgé de 11 ans, issue d'un mariage non consanguin ; ayant comme antécédant un traumatisme à point d'impact crânien pariétal à l'âge de 7 ans et qui a présenté un an plus tard une lésion nodulaire d'environ 2 cm surmontée par une peau normale non ulcérée ; indurée et douloureuse à la palpation sans ADP à l'examen clinique le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de CEG.

La patiente a bénéficié d'une échographie qui a objectivé une formation nodulaire sous cutanée ; siège de microcalcifications et mesurant 6X3mm.

Une biopsie exérèse a été faite et envoyée pour étude anatomopathologique montrant une formation kystique bordée par un revêtement malpighien régulier , absence de la couche granuleuse , le contenu du kyste est fait d'une kératine compacte avec kératinisation abrupte calcifié par places ; le tissu fibreux sous-jacent est le siège d'un infiltrat fait de lymphocytes ; de plasmocytes de quelques polynucléaire neutrophiles et de cellules géantes de type Muller ; avec absence de prolifération tumorale maligne .

Les suites de l'exérèse du kyste étaient simples. Le résultat morphologique à 6 mois était satisfaisant.

Discussion :

Le kyste trichilemmal (communément appelé´ « loupe ») est une lésion bénigne des annexes cutanées d'évolution lente. Il atteint généralement la femme entre 40 et 80 ans

dans la majorité des cas et moins fréquent chez l'enfant, et se manifeste la plupart du temps par une masse indurée et indolore du scalp. Les autres localisations potentielles de cette pathologie sont le dos, la face, le cou et les organes génitaux externes.

La forme maligne est rare ; les kystes trichilemmaux proliférants peut survenir sur un kyste trichilemmal après un traumatisme ou un état inflammatoire chronique.

Le principal diagnostic différentiel chez l'enfant est le pilomatricome, c'est l'analyse anatomopathologique qui fait le diagnostic.

Leur caractéristique histologique principale est la présence d'une kératinisation de type trichilemmale (transition brutale entre la couche épineuse et la couche cornée du fait de l'absence de couche granuleuse).

Le traitement consiste en l'exérèse chirurgicale complète cutanée et sous-cutanée emportant le kyste, sans thérapeutique complémentaire.

14. L'hypertrichose cervicale antérieure : une localisation rare

Chahoub Hanane, Marraha Farah, El Faker Ibtissam, Benyamna Younes, Rahmani Najlae, Kabbou Soukaina, Rkiek Yasmine, Haddad meryem, Boukamza firdaouss, Snoussi Ilham, Gallouj Salim
Service de Dermatologie, CHU Tanger, Maroc

L'hypertrichose cervicale antérieure est une forme rare d'hypertrichose localisée congénitale. De nature bénigne, elle est parfois associée à des anomalies neurologiques, orthopédiques ou oculaires.
On compte jusqu'à ce jour une quarantaine de cas rapportée dans le monde. (1) Cliniquement, elle se caractérise par une touffe de poils terminaux située au niveau de la région cervicale antérieure (2)

Nous rapportons le cas d'un enfant de 12 ans de sexe masculin, qui présente une hypertrichose cervicale antérieure isolée depuis sa naissance.
Aucune notion de traumatisme ni d'inflammation locale ni l'utilisation d'un traitement topique n'a été reportée. Le patient ne présentait aucun autre symptôme clinique ni d'antécédent similaire dans la famille.

L'examen clinique retrouve une touffe de poils mesurant environ 6 x 3 cm au niveau de la région médiane du cou, faite de poils bruns fins mesurant 3 cm de longueur (figure 1), avec un aspect dermoscopique montrant des poils terminaux et des poils duveteux.(figure 2) Le reste de l'examen somatique n'a retrouvé aucun signe d'appel.
Un traitement par laser lui a été proposé mais devant la bénignité de la lésion, les parents ont opté pour l'abstinence thérapeutique.

ONGLE

1. Déviation unguéale du gros orteil

C.Marmech , F.Hali ,S.Chiheb
Service de Dermatologie vénérologie CHU Ibn Rochd ; Casablanca ; Maroc

Introduction :
La déviation unguéale ou malalignement unguéal, est un trouble rarement reconnu et souvent confondu avec une onychomycose. Elle est généralement post-traumatique, iatrogénique ou due à un mauvais alignement congénital. Nous rapportons le cas d'une déviation posttraumatique de l'ongle du gros orteil traité comme onychomycose à plusieurs reprises.
Observation :
Un jeune de 25 ans , sans antécédents pathologiques , a consulté pour xanthopachionychie et surcourbures post-traumatique de l'ongle du gros orteil évoluant depuis 1 an. Il était d'abord cassant puis devenu jaunâtre , épaissi et dévié. L'examen clinique a retrouvé une déviation latérale de l'ongle, multiples lignes de beau avec aspect en coquille d'huitre. Le prélèvement mycologique de l'ongle était négatif et le patient a était traité comme onychomycose par les généralistes sans amélioration.

Discussion :
La déviation de l'ongle se caractérise par une déviation latérale de l'axe longitudinal de la plaque unguéale par rapport à la phalange distale affectant ainsi sa croissance. L'ongle perd sa transparence et sa couleur rose clair, apparaissant généralement gris, verdâtre, brun-jaune ou noir. L'ongle peut être rétrécit vers l'extrémité libre, entraînant parfois une forme triangulaire ou trapézoïdale. L'onychodystrophie fait suite à des sollicitations mécaniques répétées et microtraumatisme. Les crêtes transversales unguéales reflètent les dommages épisodiques à la matrice de l'ongle. En conséquence, la dystrophie de l'ongle ressemble à une « coquille d'huître. De nombreux facteurs sont à l'origine de ce trouble. Bien que de nombreuses théories aient été proposées sur son origine, sa pathogenèse n'est pas entièrement connue.Les diagnostics différentiels sont l'onychogryphose précoce, l'onyChocryptose et onychomycose. L'onychomycose est une cause fréquente de dystrophie des ongles; cependant, elle ne provoque pas un mauvais alignement des ongles. Le traitement doit être adapté à l'étiopathogénie tant que la dystrophie unguéale permanente n'est pas développé.

conclusion :
Le malalignement congénital du grand ongle du pied est une condition médicale souvent traitée de façon incorrecte ; il est donc important de faire le point sur le sujet. Outre l'impact esthétique, Si elle n'est pas traitée, des complications peuvent survenir comme la dystrophie unguéale permanente de l'ongle .

4. Nodule sous unguéal du gros orteil

C.Marmech , F.Hali ,S.Chiheb
Service de Dermatologie vénérologie CHU Ibn Rochd ; Casablanca ; Maroc

INTRODUCTION :
L'exostose sous unguéale (ESU) est une tumeur ostéo-articulaire bénigne , relativement rare , touchant essentiellement le gros orteil. Cette lésion pose parfois des problèmes diagnostiques puisqu'elle peut être méconnue par le praticien. Le diagnostic est confirmé par la radiographie standard et le traitement est toujours chirurgical. L'évolution peut être marquée par la récidive. Nous rapportons le cas d'une ESU d'un jeune sportif . **Observation :**
Un homme de 28 ans, sans antécédents particuliers, footballeur amateur, a consulté pour un nodule sous unguéal douloureux du gros orteil gauche évoluant depuis 3 mois sans autres signes associés. La symptomatologie était dominée par la douleur aggravée par la marche et le conflit avec la chaussure. L'examen clinique a révélé un nodule dur de 0,5 cm de diamètre, de couleur chair, siégeant au niveau sous unguéal. Le reste de l'examen somatique était normal. La radiographie osseuse du pied révélait une excroissance osseuse en continuité avec la phalangette. Ce qui a permis de confirmer le diagnostic d'une exostose sous unguéale. Une exérèse chirurgicale a été réalisée. Les suites opératoires ont été simples. Le patient est suivi en dermatologie pour guetter les éventuelles récidives . **Discussion :**
L'ESU est une tumeur ostéocartilagineuse bénigne décrite par Dupuytren qui l'a précisé comme étant une lésion phalangienne et non unguéale. Elle se voit le plus souvent au cours de la deuxième et de la troisième décade de la vie . L'étiopathogénie est inconnue, plusieurs théories ont été avancées dont la principale est en rapport avec la notion de traumatisme ou microtraumatisme répété et la notion d'hématome sous unguéal. Notre patient est un jeune sportif amateur ce qui est en rapport avec la littérature . Plusieurs diagnostics différentiels doivent être évoqué en particulier le chondrome phalangien, ostéo-chondrome, fibrome sous unguéale, et le mélanome achromique. Le retard de consultation est expliqué parfois par une errance diagnostique en rapport avec une ressemblance du tableau clinique avec celui d'un ongle incarné . La radiologie permet d'établir le diagnostic d'une ESU en visualisant une opacité bien circonscrite de l'extrémité distale de la dernière phalange du gros orteil, située à distance de l'articulation interphalangienne sans rupture corticale ni autre anomalie osseuse. L'excision chirurgicale en préservant l'ongle ,reste le principal traitement avec un risque de récidive non négligeable. Il est donc conseillé un Chaussage large et une hygiène méticuleuse des pieds **.**
Conclusion :
L'exostose sous unguéale reste une pathologie rare mais à connaître. Sur le plan diagnostique il faut faire la différence avec un ongle incarné et penser à faire une radiographie du gros orteil

5. L'atteinte unguéale au cours des pemphigus

H.Ragragui Ouasmin[1]; H.Saddouk[1] ; H.Daflaoui[1] ; Zizi[1,2]; S.Dikhaye[1,2]
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda
2Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :
Les pemphigus est un groupe de pathologies auto-immunes, qui touche principalement la peau et les muqueuses [1]. L'atteinte unguéale au cours des pemphigus est le site le plus

fréquemment impliqué après les manifestations cutanéomuqueuses [3]. Elle peut être le seul signe initial et évocateur de la pathologie [2]. Les manifestations cliniques les plus courantes comprennent la paronychie chronique et l'onychomadèse [1].

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective entre 2014 et 2021 incluant tous les patients hospitalisés pour pemphigus dans le service de dermatologie du centre hospitalier universitaire MOHAMMED VI d'OUJDA. Le diagnostic de pemphigus reposait sur des données cliniques, immunologiques et histologiques.

Résultat :

Sur une période de 7 ans, 42 cas de pemphigus ont été colligés. Parmi ceux-ci, 28 patients avaient une atteinte unguéale. Après avoir éliminé l'onychomycose, nous avons inclus 16 patients (37 %) dans notre étude. Il y avait 9 hommes et 7 femmes. L'âge moyen était de 56,87 ans avec des extrêmes allant de 26 à 86 ans. L'atteinte unguéale était trouvée dans tous les types de pemphigus, ainsi il a été recensé 62% des cas au cours du pemphigus vulgaire, 19% au cours du pemphigus superficiel, 13% au cours du pemphigus végétant et 6% au cours du pemphigus paranéoplasique. L'atteinte unguéale était concomitante aux lésions cutanéomuqueuses chez 19% des cas, inaugurale chez 62 % des cas et tardive chez 19% des cas. L'atteinte des ongles des orteils était notée dans 61% des cas et celle des doigts dans 39% des cas. Les altérations unguéales les plus fréquentes étaient représentées par l'onycholyse (30%), la paronychie chronique (15%), les lignes de Beau, la trachyonychie, l'hyperkératose sous unguéale et le ptérygion (10% pour chacune), l'onychomadèse, l'onychorrhexis et la dystrophie unguéale (5% pour chacune). La présence d'une atteinte unguéale sévère était associée à une durée d'évolution plus longue du pemphigus avant et après le diagnostic.

Discussion :

Le pemphigus est une dermatose bulleuse chronique, auto-immune et cutanéo-muqueuse dont le diagnostic est basé sur les manifestations cliniques et confirmé par des tests histologiques et immunologiques [1-4]. C'est une affection grave et potentiellement mortelle [4]. Elle survient généralement entre la 4ème et la 6ème décennie [1]. Ils se caractérisent par des bulles intra-épidermiques avec une acantholyse suprabasale et des auto-anticorps IgG contre la protéine d'adhésion desmosomale desmogleine 3 et 1 qui sont exprimés également dans le pli unguéal proximal, la matrice unguéale et l'hyponychium, ce qui explique l'atteinte unguéale survenant dans le pemphigus [1-4]. L'atteinte de l'appareil unguéal peut annoncer la récurrence et l'exacerbation du pemphigus, tandis que son intensité semble être associée à la gravité de la maladie et de la zone touchée [2]. Les manifestations unguéales sont divers et comprennent principalement la paronychie, l'onychomadèse, l'onycholyse, les lignes de Beau, la trachyonychie, l'onychorrhexis, l'hyperkératose sous-unguéale, le ptérygion et la dystrophie des ongles [2]. La plupart des cas des altérations unguéales ont bien évolué sous corticothérapie et rituximab. Les résultats de notre étude sont compatibles avec les données retrouvées dans la littérature concernant, la fréquence de la localisation unguéale ; la survenue plus fréquente au cours du pemphigus vulgaire et l'aspect clinique dominé par l'onycholyse, la paronychie chronique et l'onychomadèse.

Conclusion :

Les manifestations unguéales au cours des pemphigus sont polymorphes et fréquentes, à rechercher systématiquement. Elles peuvent être un marqueur de sévérité et de récidive de la maladie.

4 . La rétronychie : une forme particulière d'incarnation unguéale

F.chahboun, M.alj, M.eljazouly, S.chiheb
Service de dermatologie, hôpital universitaire international cheikh Khalifa Casablanca

Introduction :

La rétronychie est une forme particulière d'incarnation postérieure de la tablette unguéale, responsable d'une inflammation du repli sus-unguéal proximal. Il s'agit d'une entité encore méconnue.

Nous rapportons un cas de périonyxis révélant une rétronychie du gros orteil .

Observation :

Mr K.M âgé de 19 ans sans antécédents particuliers, opéré il y a un mois en chirurgie orthopédique pour une douleur localisé du repli proximal du gros orteil gauche , il avait bénéficié d'une excision bilatérale de la tablette unguéale emportant la matrice avec fermeture par points séparées, sans aucune amélioration notable après un mois de l'intervention .

Au cours de sa consultation en dermatologie, l'interrogatoire avait révélé une notion de traumatisme antérieur du gros orteil gauche avec absence de repousse de l'ongle .L'examen clinique révélait un périonyxis proximal douloureux du gros orteil gauche, avec suintement à travers le repli sus-unguéal. L'échographie du repli sus-unguéal mettait en évidence un épanchement liquidien autour de la matrice. L'IRM de l'orteil objectivait le même aspect. Une avulsion chirurgicale de l'ongle était réalisée, permettant une guérison complète.

Discussion :

La rétronychie résulte d'une perte de continuité entre la tablette et la matrice unguéale, essentiellement sous l'influence de facteurs mécaniques (traumatismes distaux). Cependant, à la différence de l'onychomadèse ou des sillons de Beau, il existe une pertur- bation de l'alignement entre les deux parties de l'ongle, normalement maintenu par le repli sus-unguéal proximal. Le diagnostic positif est essentiellement clinique avec la triade caractéristique : un arrêt de la croissance de l'ongle, une paronychie subaiguë proximale, avec élévation de la partie proximale de la tablette par rapport au niveau de son bord libre et une xanthonychie. Le diagnostic différentiel se fait avec une infection bactérienne ou fongique, un rhumatisme psoriasique ou encore avec des tumeurs et kystes sous-unguéaux (carcinome épidermoïde, enchondrome, mélanome achromique, maladie de Bowen, tumeur glomique ....). Le traitement est surtout chirurgical . Il repose sur l'avulsion par voie

proximale. Les dermocorticoïdes sur le repli dorsal sous occlusion peuvent être utiliser dans les formes mineures.

Conclusion :
La rétronychie est une entité pathologique encore méconnue. Elle doit être suspectée devant un périonyxis persistant avec un ongle qui ne pousse plus. L'avulsion chirurgicale est un geste diagnostique et thérapeutique.

7. Le profil épidémio-clinique du mélanome unguéal : une série de 4 cas

Y.ALMHEIRAT(1); A.Khouna (1); N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)

1 Service de Dermatologie Vénéréologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda Maroc.

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique, faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda Maroc

Introduction : Le mélanome unguéal (MU) représente 1 à 3 % des mélanomes. Le diagnostic est souvent tardif, responsable d'un pronostic sombre limitant les options thérapeutiques.[i] Les données épidémiologiques de cette forme clinique au Maroc et au Maghreb sont méconnues.[2] Le but de notre travail est de décrire le profil épidémioclinique des cas de MU diagnostiqués au service de dermatologie du CHU MED VI OUJDA. **Matériel et méthodes** :
C'est une étude rétrospective des patients suivis pour MU au service de dermatologie du CHU Mohamme VI d'Oujda entre 2014 et 2021. Les éléments épidémiologiques, cliniques et histologiques ont été recueillis à travers une fiche d'information préétablie. **Résultats :**
Nous avons recensé 30 cas de mélanome dont 4 étaient unguéaux (13.3%). Le sexe ratio H/F est à 1. L'âge moyen des patients était de 68 ans. La moyenne de durée d'évolution des cancers était de 4 ans et demi avec des extrêmes allant de 18 mois à 8 ans. La notion de traumatisme a été rapportée chez 75 % des cas. Les localisations concernées étaient : l'ongle du pouce droit (50 %), l'ongle du gros orteil droit(25%) et gauche(25%). L'aspect clinique majeur était la présence d'une mélanonychie (75 %.). L'aspect dermoscopique le plus fréquent était la présence de plusieurs couleures avec signe de Hutchinson positif. Le mélanome acrolentigineux est le seul type histologique qui a été rencontré. Deux tumeurs étaient d'épaisseur >3mm, alors que les 2 autres entre 0.75-1.5mm. Deux tumeurs ont était classés stade IIB et les 2 autres stade IB selon la classification de l'AJCC. L'amputation était le traitement préconisé. Les patient ont bénéficié d'un traitement chirurgical avec bonne évolution sauf un seul cas de récidive après 1 an et 6 mois.

Discussion :

Danc notre contexte marocain, une incidence élevée du MU a été obtenue par une étude Casablancaise colligeant 37 cas en 2016. Une méta-analyse a été faite sur 30 études réalisées entre 2000 et 2018[ii] rejoignant les résultats de notre étude avec un sexe ratio à 1 dont le moyen était à 1 et un âge moyen de survenue compris entre 41 et 67 ans. L'atteinte des ongles de la main est plus fréquente que ceux du pied, ce qui concorde avec nos résultats et qui pourrait être expliqué par les microtraumatismes. L'aspect clinique majeur était la présence d'une mélanonychie (75%) ce qui est rapporté par l'étude de Casablanca. La moyenne de durée d'évolution des cancers était de 4 ans et demi avec des extrêmes allant de 18 mois à 8 ans concluant que Le diagnostic du MU est souvent tardif et responsable d'un pronostic sombre limitant les options thérapeutiques. On a trouvé que la mélanonychie est le symptôme le plus fréquent. Starace el al ont rapporté les caractéristiques dermoscopiques de 23 patients en 2017[iii] et on a rapporté les caractéres dermoscopiques suivants : la présence de plusieurs couleurs , une dystrophie et destruction unguéal, singe de Hutchinson positif. Le mélanome acrolentigineux est le type histologique le plus rencontré.

Conclusion : Le mélanome unguéal est une entité rare et encore méconnue dans le contexte maghrébin dont le diagnostic tardif ne fait qu'assombrir son pronostic. Une sensibilisation de la population et des médecins de famille s'avère nécessaire afin de promouvoir un diagnostic précoce.

6. Onychodystrophie canaliforme de Heller (à propos de deux cas)

A.Saddik, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie vénérologie
CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction

Onychodystrophie canaliforme de Heller ou Dystrophie canaliforme médiane de Heller est caractérisé par une dépression médiane, ornée de courtes lignes transversales, observée suite à la manipulation (tic) du repli unguéal du pouce. Nous rapportons deux cas d'onychodystrophie canaliforme de Heller suite à une manipulation.

Observation :

Cas 1 :

Un garçon de 5 ans, ayant comme antécédents un pied bot et Asthme, consultait pour des crêtes unguéales en forme de sapin au niveau du pouce droit unilatéral évoluant depuis 3 mois, lui posant un problème esthétique. L'examen dermatologique trouvait une fente médiane de l'ongle du pouce droit avec des sillons transversaux, le reste des ongles des mains et des orteils étaient normaux. Le diagnostic d'onychodystrophie canaliforme de Heller a été retenu, confirmé par un entretien avec l'enfant et sa famille qui a objectivé un tic manifesté par le grattage de l'ongle du pouce par l'index, Le patient a été adressé au pédopsychiatrie pour un traitement spécialisé.

Cas 2 :

Une femme de 51 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultait pour les lésions érythémateuses prurigineuses surmontées des vésicules au plantaire. L'examen trouve des lésions érythémateuses surmontées des vésicules au niveau des deux plantes du pied et un intertrigo des tous les EIO. Par ailleurs on a trouvé un perionyxis de tous les doigts et une dépression médiane avec des courtes lignes transversales suite à la manipulation du repli unguéal de l'ongle du pouce droit. Le diagnostic d'onychodystrophie canaliforme de Heller a été retenu, confirmé par un entretien avec la patiente qui trouve un tic manifesté par le grattage de l'ongle du pouce droit par l'ongle du pouce gauche.

Discussion :

L'originalité de notre observation réside dans la rareté de dystrophie canaliforme médiane de Heller surtout chez l'enfant. Elle affecte généralement le pouce.
L'étiopathogenèse est souvent liée à un traumatisme répétitif vers le bas de la cuticule et le pli proximal de l'ongle dans le cadre d'un tic. Certaines études parlent de la survenue familiale ainsi que des cas associés avec les rétinoïdes. L'amélioration est spontanée avec le temps, surtout après arrêt du traumatisme causal. Au-delà de l'évitement du traumatisme, le traitement est souvent difficile et prolongé avec des thérapies comportementales alors que les traitements topiques n'ont pas montrés d'efficacité.

7. Un cas de l'onychogryphose

Chhiti Sokaina, Hanane Baybay, Fatima Zahra Hashas, Sara Elloudi, Zakia Douhi, Fatima Zahra Mernissi. Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

INTRODUCTION :

L'onychogryphose est une dystrophie unguéale acquise qui touche le plus souvent les ongles des orteils. Décrit comme un « clou en corne de bélier. Il s'agit d'un trouble de la croissance de la plaque unguéale qui peut engendrer la douleur, des complications secondaires et des problèmes d'ordre esthétique. Nous présentons le cas d'une femme avec une onychogryphose diffuse des orteils entravant le chaussage et la marche.

OBSERVATION :

Une femme de 70 ans, diabétique ayant un hallux valgus et une démence, s'est présenté avec une dermite de stase et une histoire de 20 ans d'épaississement sévère, de croissance anormale et de décoloration jaune des orteils devenant douloureux, ce qui rendait difficile la marche et l'enfilage des chaussettes. Il n'y avait pas d'antécédents de traumatisme, ou d'antécédents familiaux d'onychomycose. L'examen physique trouvait une plaque de l'ongle plus épaisse, plus longue, incurvée et circulaire en coupe transversale ressemblant à une griffe entourée, au niveau du gros orteil droit, d'une érosion surmontée de croute jaunâtres avec une xanthonychie diffuse des orteils. La patiente a été mise sous traitement par antibiothérapie puis une avulsion chirurgicale avec phénolisation matricielle a été faite.

DISCUSSION :

L'onychogryphose acquise est le plus souvent observée chez les personnes âgées mal soignées ou négligées depuis longtemps, et chez les personnes atteintes de démence sénile, ou ayant une altération de la circulation périphérique, notamment des varices, une dermatite de stase et des ulcères du bas des jambes ainsi que les microtraumatismes due le plus souvent à des chaussures mal ajustées, et des anomalies du pied, telles que l'hallux valgus [1, 2, 3, 4] comme c'était le cas de notre patiente.
La prévalence est plus élevée dans la population âgée. Elle est à 17,9 %. Dans une étude faite à Tokyo. [6].
Le diagnostic est clinique basé sur l'aspect caractéristique associant un épaississement de la plaque unguéale avec une hyperkératose macroscopique et une courbure accrue donnant un aspect en corne de bélier, et sa surface irrégulière est marquée par des stries longitudinales et transversales.
Le trouble peut être confondu cliniquement avec l'onychomycose ou y associé, et donc des études fongiques sont nécessaires pour écarter cette dernière.
Le traitement que ça soit palliatif ou opératoire est justifié pour prévenir les complications et aussi l'esthétique. Il dépend de la cause et des tares du patient. Il est basé sur l'éviction de toute pression excessive sur le lit unguéal ainsi que les traumatismes [5].
Les méthodes conservatrices sont préférées dans la population âgée, en particulier chez les patients présentant des comorbidités mais si la méthode échoue et le patient est symptomatique, le traitement définitif est l'avulsion de l'ongle suivie d'une matricectomie. La phénolisation matricielle est plus efficace et pratique avec une évolution favorable tel le cas de notre patiente.

CONCLUSION :

L'onychogryphose est une affection des ongles importante à reconnaître et à traiter en raison de la douleur et des séquelles. Elle peut être prise en charge de manière conservatrice ou chirurgicale. La phénolisation matricielle est une bonne alternative thérapeutique comme l'illustre notre cas.

MUQUEUSES

1. Ulcération génitale de la jeune fille : penser à l'ulcère de Lipschutz

Ngouele.A ; EL Fatoiki.FZ ; Hali.F ; Chiheb.S
Service de dermatologie et vénérologie ; Chu Ibn Rochd, université Hassan II, Casablanca

Introduction :
L'ulcère aigue de la vulve ou ulcère de Lipschutz est rare, souvent sous-diagnostiqué et assimilé à une pathologie vénérienne. Nous décrivons une observation chez une jeune fille de 11ans.

Observation :
Une patiente de 11ans sans antécédents pathologiques particuliers, avait consulté pour des ulcérations génitales douloureuses évoluant depuis une semaine avec notion de syndrome pseudo-grippal précéssif. L'examen clinique objectivait deux ulcérations génitales douloureuses, localisées à la face interne des grandes lèvres, dont la plus volumineuse à droite, mesurait 1 cm de diamètre, à disposition en miroir, bien limitées, à bords nets érythémateux non induré ; à fond fibrineux purulent. L'examen bactériologique des sérosités était stérile. Les sérologies IST et Epstein-Barr n'ont pas été réalisées. La patiente a été traitée par des soins locaux et traitement antalgique avec bonne amélioration sans cicatrice résiduelle.

Discussion :
L'originalité de notre observation réside dans la rareté de l'ulcère de Lipschutz. En effet toute ulcération génitale chez la jeune fille peut susciter des doutes diagnostics sur une IST. Il s'agit d'une ulcération de la vulve d'origine non vénérienne de la jeune fille vierge. L'étiologie serait la conséquence d'une réaction immunologique exagérée à l'Epstein-Barr virus. Son apparition peut suivre celle de symptômes associés aux infections virales. C'est un diagnostic d'exclusion. Cependant, chez notre patiente l'âge précoce d'apparition et surtout l'aspect clinique a permis de poser aisément le diagnostic. Conclusion
L'ulcère de Lipschutz est une étiologie à évoquer devant une ulcération génitale aigüe chez la jeune fille.

2. Le syndrome de Laugier-Hunziker: à propos d'un cas H.Daakir , M. Meziane,L. Benzekri, N. Ismaïli, K. Senouci,

Service de Dermatologie et de Vénérologie du CHU IBN SINA, université Mohammed V Rabat, Maroc

INTRODUCTION

Le syndrome de Laugier-Hunziker (SLH) est un trouble de la pigmentation acquis et rare. Il se traduit cliniquement par des macules brunâtres homogènes, bien limitées, intéressant le plus souvent la lèvre inférieure et la région antérieure de la cavité buccale. Ces macules peuvent être associées à des macules cutanées, génitales et à des mélanonychies longitudinales[2].Nous rapportons le cas d'une jeune femme atteinte de ce syndrome .

OBSERVATION :

Une patiente de 32 ans, sans antécédents particuliers et en bon état général, avait consulté pour une hyperpigmentation de la muqueuse buccale constatée depuis 8 ans. L'examen clinique objectivait des macules brunes plus ou moins confluentes intéressant la muqueuse buccale avec atteinte de la langue, des lèvres (respectant le versant cutané), des gencives et de la muqueuse jugale. Il existait aussi à l'examen une hyperpigmentation de la muqueuse génitale sans mélanonychie associée. La dermoscopie n'a pas objectivé des signes suspects de mélanome. Le reste de l'examen était sans particularités. Le bilan biologique n'a pas révélé des signes en faveur d'une maladie d'Addison ou autres anomalies. Une abstention thérapeutique a été décidée avec une surveillance régulière de la patiente.

DISCUSSION :

Le SLH est une affection rare,Elle touche surtout les adultes de phototype clair avec une prédominance féminine [1,4 ,5].Il se caractérise par des macules hyper pigmentées qui touchent surtout la muqueuse buccale. une pigmentation de la muqueuse génitale ou anale peuvent être associés parfois même la muqueuse conjonctivale peut être touchée [3,4 ,5]. Une mélanonychie peut être associée, le signe de pseudo-Hutchinson est le plus souvent retrouvé[4 ,5]. L'examen anatomopathologique n'est pas spécifique et c'est son interprétation avec les données cliniques qui permet de confirmer le diagnostic[2]Ces lésions ne

présentent aucun potentiel de transformation maligne. Un traitement par laser ou cryothérapie avec une protection solaire rigoureuse peut donner des résultats probants sur les atteintes labiales mais les récidives sont fréquentes et le plus souvent aucune prise en charge n'est nécessaire. [3,4,5]. chez notre patiente , l'aspect et la multiplicité des macules ainsi que la topographie et l'hyperpigmentation génitale faisait évoquer d'emblée une mélanose essentielle .et malgré le fait que l'évolution et la dermatoscopie preuve la bénignité des lésions une surveillance régulière à été préconisée afin d'évaluer l'extension des lésion et l'impact psychologique chez la patiente pour voir si nécessité ou pas de recours au traitement.

CONCLUSION :

Le syndrome de Laugier-Hunziker est une maladie assez rare, acquise, La femme est plus souvent atteinte que l'homme.se caractérise par des macules mélanotiques de la muqueuse buccale Une mélanonychie ainsi qu'une pigmentation de la muqueuse génitale ou anale peuvent être associées. L'abstention thérapeutique est la règle.

3. La leucoplasie verruqueuse proliférative buccale : une nouvelle observation

M. Rimaoui ; F.Hali ; F. mernissi ; S.Chiheb
Service de dermatologie ; Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

La leucoplasie est définie par l'OMS comme « une lésion blanche à risque discutable de cancérisation après exclusion de toutes les lésions ou affections n'ayant pas un risque accru pour le cancer » .La leucoplasie verruqueuse proliférative est une forme rare et agressive de leucoplasie buccale caractérisée par une atteinte plurifocale, un aspect verruqueux et une évolution vers le cancer. Nous rapportons une nouvelle observation d'une patiente présentant une leucoplasie verruqueuse proliférative.

Observation

Patiente de 55 ans, ayant comme antécédents une hypothyroïdie, non fumeuse, présente une leucoplasie buccale évoluant depuis plus de 10ans. L'examen de la cavité buccale retrouve un édentement total, des lésions blanchâtres verruqueuses siègeant au niveau de la muqueuse jugale gauche, la face ventrale et le bord latéral gauche de la langue. On ne note pas de nodules ni d'ulcération. La biopsie au niveau de la langue a objectivé une papillomatose, une hyperkératose sans signes de malignité. Le diagnostic de leucoplasie verruqueuse proliférative a été retenu selon les Critères de Cerero-Lapiedra et al. On a préconisé un attouchement par l'acide trichloracétique 30 % avec une légère diminution de l'épaisseur sans changement significatif de l'étendu lésionnel.

Discussion

La leucoplasie verruqueuse proliférative (LVP) se présente comme de multiples leucoplasies simultanées, homogènes ou inhomogènes. L'affection est multifocale et couvre de larges surfaces. Elle est considérée comme une affection potentiellement maligne.
Histologiquement, la LVP se caractérise par une hyperacanthose, une papillomatose, une hyperkératose et une inflammation chronique modérée .Les principaux diagnostics différentiels sont ceux des lésions blanches : leucoplasie tabagique, leucoplasie idiopathique, kératose infectieuse (candidose, syphilis, tuberculose, papillome), kératoses iatrogènes (radiothérapie) et kératoses congénitales. Le traitement des leucoplasies repose sur la chirurgie, la destruction au laser CO2, les rétinoïdes topiques et oraux, parfois, une simple surveillance de la leucoplasie est instaurée. L'évolution des leucoplasies buccales peut être marquée par une régression, une extension lésionnelle ou une dégénérescence maligne. La surveillance clinique et histologique est donc indispensable.

4.ULCÉRATIONS BUCCALES INDUITES PAR MÉTHOTREXATE

Farah Marraha (1), Ibtissam Al Faker (1), Najlaa Rahmani (1),Youness Benyamna (1), Soukaina Kabbou (1), Yasmine Rkiek (1) Ilham Snoussi (1), Meriem el Haddad (1), Firdaous Boukamza (1) et Gallouj Salim(1)

(3) Service de Dermatologie Vénéréologie CHU Tanger, Faculté de Médecine et de Pharmacie -Université Abdelmalek Saidi -Tanger -Maroc

INTRODUCTION :

Le méthotrexate (MTX) est un antimétabolite et un immunomodulateur, prescrit de longue date en dermatologie dans des indications variées. Pour son action immunomodulatrice il est prescrit à des doses hebdomadaire d'environ 25mg/semaine. A ces doses, ses effets secondaires cutanés sont rares et essentiellement d'origine toxique, dans le cadre de surdosage. Une inflammation aiguë des muqueuses digestives est possible et pouvant survenir sur l'ensemble du tractus digestif. Nous rapportons une observation d'une patiente traitée par (MTX) pour une dermatomyosite, qui a développé une ulcération de la lèvre inférieure et de la face interne de la joue droite avec une chronologie stéréotypée.

OBSERVATION :

Une jeune femme de 31 ans, étant hospitalisée pour dermatomyosite (DM) avec atteinte cutanée et musculaire typique initialement sans signe de gravité. Un traitement par bolus de méthylprednisolone puis prednisone était instauré. L'évolution était marquée par l'apparition d'une dyspnée de repos, concomitants à l'aggravation de l'atteinte cutanée et musculaire, avec survenue de troubles de la déglutition. Le renforcement thérapeutique par immunoglobulines IV puis (MTX) permettait chez la patiente la disparition des signes cutanés avec récupération de la force musculaire et levée de la dysphagie. Après 4 mois de traitement sous (MTX) à raison de 25mg/s, la patiente a présenté une ulcération douloureuse au niveau de la lèvre inférieure et une érosion au niveau de la face interne de la joue droite.
La patiente ne rapportait aucune notion de traumatisme et l'examen clinique trouvait une ulcération d'environ 3cm, à fond hémorragique saignant au contact, surmontée de quelques croûtes hémorragiques. La Dermoscopie objectivait une perte d'épiderme avec du sang suintant et des croûtes. Devant la bonne amélioration sous (MTX) et l'engagement du pronostic vital on a préconisé plutôt la diminution de la dose de (MTX) à raison de 15 mg/s , l'augmentation de la dose de l'acide folique à 10 mg/s et l'application d'un dermocorticoides. L'évolution était très favorable au bout de 10 jours avec disparition des lésions. La patiente n'a présenté aucune récidive jusqu'à 6 mois de traitement.

DISCUSSION :

La chronologie des prises, l'amélioration des manifestations cutanées à la décroissance du traitement et les cas rapportés dans la littérature sont des arguments forts qui nous ont fait poser le diagnostic d'ulcération muqueuse post méthotrexate. Les effets secondaires cutanée de ce dernier sont dose dépendante, rapportés surtout à des fortes doses pour des effets cytotoxiques dans le cadre des traitements antinéoplasique. Cependant la fréquence d'atteinte muqueuse secondaire au MTX à faible dose dans la littérature est très variable allant de 19 à 55%.
L'atteinte des muqueuses buccales n'est pas le résultat d'un événement isolé, mais elle est liée à un phénomène biologique complexe, multidimensionnel. Parmi ces facteurs, une carence en

folate et l'utilisation concomitante d'autres médicaments antifolate. Plusieurs études ont démontré la diminution des effets secondaires du MTX après supplémentation en acide folique et surtout lorsqu'il est administrée 24 heures après. Certaines données dans la littérature indiquent même que la dose d'acide folique peut être augmentée jusqu'à un rapport acide folique/ méthotrexate de 3 : 1 (par exemple, 30 mg d'acide folique pour 10 mg de méthotrexate/semaine). Notre observation illustre la nécessité de cette supplémentation ainsi que le respect du dosage.

DERMOSCOPIE

1. DEMODECIDOSE FACIALE : INTERET DE LA DERMOSCPIE

B.Karrakchou[1], S.Hamich[1], F.El Hadadi[1], S.Sektaoui[1], N.Ismaili[1], L.Benzekri[1], M.Meziane[1], K.Senouci[1]

[1]Service de Dermatologie et de Vénéréologie, Hôpital Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

INTRODUCTION

Le *Demodex folliculorum* est un ectoparasite opportuniste du follicule pilo-sébacé responsable d'une dermatose faciale rosacéiforme. L'examen parasitologique permet de confirmer le diagnostic. Cependant, la dermoscopie gagne de l'intérêt en retrouvant des aspects caractéristiques que nous rapportons à travers un cas clinique.

OBSERVATION

Un homme de 74ans, sans antécédents notables, présente depuis 1 mois et demi des papulopustules au niveau du nez, sans notion de flush, ayant motivé l'application par automédication de dermocorticoïdes de classe forte pendant deux semaines. La symptomatologie clinique s'est étendue aux joues avec apparition de télangiectasies. L'examen dermoscopique retrouve des filaments gélatineux blanchâtres sortant d'ostiums folliculaires dilatés par des bouchons grisâtres, et entourés d'halo érythémateux ; des squames blanchâtres, des pustules et télangiectasies. L'aspect est caractéristique de Démodécidose, confirmé par l'examen parasitologique des squames. Un traitement pas métronidazole topique 0,75% pendant 3 mois a donné de bons résultats, avec persistance des télagiectasies nécessitant un traitement par laser vasculaire dans un second temps.

DISCUSSION

La Démodécidose est l'ensemble des manifestations dermatologiques liées à la prolifération du *Demodex* dans le derme. La classification actuelle distingue les formes primaires et celles

secondaires à une dermatose pré-existante ou à une immunodépression locale ou générale (cas de notre patient). L'apport de la dermoscopie permet un diagnostic précoce, en effet :
-le filament gélatineux blanchâtre correspond à la queue du Demodex ,
-les orifices folliculaires dilatés contiennent le Demodex et la kératine formant des bouchons cornés entourés d'halo inflammatoire
-des patterns moins spécifiques sont notés : pustules et/ou papules, comédons et squames blanches
La dermoscopie permet ainsi de poser le diagnostic de certitude précocement et d'écarter les principaux diagnostics différentiels (rosacée et dermite péri-orale) de présentation clinique similaire.

2. Aspects dermoscopiques de la tuberculose cutanée

S.Bouabdella 1 ; A.Khouna 1; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2.
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction :
La tuberculose cutanée (TC) est une forme rare de tuberculose extrapulmonaire, rencontrée dans 1 à 2 % des cas de tuberculose. Le diagnostic positif est difficile vu le polymorphisme clinique. Il repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, immunologiques et histologiques. La dermoscopie constitue un outil simple qui peut contribuer à confirmer le diagnostic de tuberculose cutanée.

Matériel et méthodes :
Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et mono-centrique, menée au service de Dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda, étalée sur une période de 6 ans et 9 mois, depuis son inauguration en juin 2014 jusqu'à Mars 2021, incluant tous les cas de tuberculose cutanée pris en charge dans notre service.

Résultats :
Nous avons colligé 10 cas de tuberculose cutanée et la moyenne d'âge des patients était de 39,30 ans avec un sexe ratio H/F de 1.
Les gommes tuberculeuses prédominaient dans notre série avec un pourcentage de 60% et la forme scrofuloderme occupait la 2ème place avec un pourcentage de 20%.
L'examen dermoscopique était réalisé chez 5 patients soit la moitié des patients. Les aspects dermoscopiques retrouvés, selon la forme clinique sont :

- Patient 1 (Gomme au stade de crudité) : Un halo rosé périphériques, des structures blanc nacré et des squames blanchâtres brillantes
- Patient 2 (Gomme au stade de fistulisation) : Une érosion ovalaire centrale propre, un halo rosé périphérique et des squames blanches périphérique
- Patient 3 (Érythème induré de Bazin) : Ulcérations centrales a fond fibrineux et un halo erythemato-violacé
- Patient 4 (Gomme au stade d'ulcération) : Des aires jaunâtres lupoïdes, des structures hémorragiques et des squames blanchâtres
- Patient 5 (Gomme au stade d'ulcération) : érosion centrale, halo rose périphérique et squames blanches

Discussion :
Le Maroc est considéré comme un pays d'endémie tuberculeuse, où la tuberculose cutanée occupe la 5 ème place. Notre étude nous a permis de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et dermoscopiques, de cas de tuberculose cutanée pris en charge au service de Dermatologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI d'Oujda. La forme scrofuloderme prédominait dans toutes les séries marocaines, or, elle occupait la 2ème place avec un pourcentage de 20% dans notre série et ce sont les gommes tuberculeuses qui prédominaient dans notre série. Les aspects dermoscopiques de la tuberculose cutanée sont rarement décrits dans la littérature. Certains auteurs ont décrit quelques aspects dermoscopiques du lupus tuberculeux, de la tuberculose verruqueuse et du lichen scrofulosorum.
-Lichen scrofuloderme : Points péri-folliculaires ronds, bouchon folliculaire brun centralet bordure marginale blanche
-Tuberculose verruqueuse : Fond jaunatre et rougeatre, une surface papillonnée et ecailles epaisses blan sale
-Lupus vulgaire : Fond rose rouge, aspect lupoides, vaisseuax en larmes et zones blanches sans structures
A notre conaissance, aucune publication ne décrit les aspects dermoscopiques des gommes tuberculeuses ou des érythèmes indurés de Bazin.

Conclusion :
De rares publications récentes se sont intéressées aux aspects dermoscopiques de la tuberculose cutanée. Notre étude vient enrichir la littérature en matière d'aspects dermoscopiques des différentes formes cliniques retrouvées chez nos patients.

3. Dermoscopie des métastases cutanées du mélanome.

Imane Kacimi Alaoui* 1, Sara Elloudi1, Fatima zahra Hashas, Zakia Douhi1, Hanane Baybay1, Fatima Zahra Mernissi1

Samira El Fakir 2

1Dermatologie, CHU HASSAN II, FES, Maroc.

2 Laboratoire d'Épidémiologie,Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès,Maroc

Introduction :
Les métastases cutanées du mélanome (MCM) sont relativement fréquentes chez les patients atteints de mélanome, avec une incidence allant de 2-20% **(1),(2).** Bien que la dermoscopie se soit avérée être une aide importante dans le diagnostic du mélanome cutané, son utilité dans la détection des métastases était rarement décrite.**(3)**
Le but de cette étude est de décrire les différentes structures dermoscopiques des MCM et de chercher leur association avec le type de métastase.

Matériel et méthodes :

Une évaluation descriptive et analytique rétrospective des images dermoscopiques de MCM, appartenant à des patients suivis pour un mélanome cutané au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès entre Juin 2010 et Juin 2021.
Nous avons catégorisé ces images dermoscopiques en trois groupes: les patrons, les structures focales ainsi que les structures vasculaires.
Nous avons procédé au calcul des pourcentages de chaque signe dermoscopique dans l'échantillon global et dans chaque sous-groupe à la recherche d'une différence statistiquement significative entres les différents groupes avec **$p < 0,05$.**

Résultats :

Nous avons colligé 272 images dermoscopiques de métastases cutanées chez 24 patients ayant des MCM (15 hommes (62%) et 9 femmes (38%)), l'âge moyen était de 60,21 ans.
Les MCM ont été classées comme des métastases satellites, ayant un nombre de 105 lésions chez 18 patients(75%), 137 lésions en transit chez 19 patients(79%) et 30 lésions à distance chez 7 patients(29%).
Les principales structures dermoscopiques des MCM identifiées dans notre série sont présentées dans les Figure 1, 2 et 3.
Les patrons bleu homogène et rose étaient plus fréquents dans les MCM à distance, le patron brun pigmenté était plus retrouvé dans les MCM satellites.
Les structures focales les plus fréquentes dans les MCM satellites étaient : Le halo brun pigmenté, points et globules bruns et le réseau inversé. l'érythème péri lésionnel, l'image en cible, les aires blanches sans structures et les crisalides étaient dominantes dans les MCM en transit.
Les vaisseaux en épingle à cheveux, arborissant et polymorphe étaient plus marqués dans les MCM en transit, alors que les vaisseaux en tronc d'arbre se voient plus dans les MCM à distance.

Discussion :
La survenue de MCM peut représenter le premier signe de récidive du mélanome, il serait donc, très important pour le spécialiste de connaitre la spécificité des différents modèles dermoscopiques trouvés dans les MCM. Leur détection précoce peut considérablement améliorer la survie des patients **(4),(5).**
Dans leur étude, Bono et coll. ont mis en évidence un halo pigmenté brun clair et des vaisseaux atypiques polymorphes comme les caractéristiques dermoscopiques les plus significatives suggérant la MCM **(6).**
Dans notre étude, on a pu soulevé que les patrons bleu homogène, rose et brun pigmenté étaient significativement les plus fréquents, et que l'aire blanche sans structure, l'érythème périlésionnel, et la vascularisation polymorphe étaient significativement associés au MCM tout type confondu.
A notre connaissance, notre étude étant la première à chercher l'association entre les différents aspects dermoscopiques et le type de MCM avec des résultats statistiquement significatifs.
Nos résultats confirment l'importance des structures focales dans la reconnaissance des MCM, avec une différence significative entre les différents types de MCM; le halo brun pigmenté, les points et globules bruns et le réseau inversé étaient significativement plus fréquents dans les MCM satellites alors que l'image en cible, l'arc en ciel et les aires blanches sans structures étaient significativement corrélées aux MCM en transit.

Une étude sur un échantillon plus large semble nécessaire afin de définir plus clairement les aspects dermoscopiques des MCM.

Conclusion :
La dermoscopie peut être utile pour reconnaître les MCM, facilitant une excision précoce et une confirmation histopathologique.
Une bonne maitrise de leurs différents patrons et structures dermoscopiques semblera donc nécessaire.

4. Dermoscopie du lichen plan labial.

S. Ait Oussous [a], F. Amaaoune [a], I. Lakhal [a], R. Chakiri [a] [a] Département de Dermatologie, Faculté de médecine, Université Ibn Zohr; Agadir

Introduction :
Le lichen plan labial est une dermatose inflammatoire chronique, généralement bénigne et rare. Les caractéristiques dermoscopiques du lichen plan (LP) cutané ont été bien décrites dans la littérature. Cependant, celles du LP labial restent à élucider. Seuls quelques rapports de cas ont été publiés à ce sujet.
Nous rapportons à travers ce cas les signes dermoscopiques d'un LP localisé à la lèvre inférieure.

Observation :
Un adolescent de 15 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, s'est présenté en consultation pour des lésions cutanées diffuses avec atteinte de la lèvre inférieure évoluant depuis deux mois.
L'examen dermatologique a objectivé des papules et des plaques à surface plane, de consistance ferme, polygonales, érythémato-violacées, brillantes, parcourues de fines stries grisâtres, siègeant au niveau de la face antérieure des deux poignets et aux membres inférieurs. Ainsi qu'une chéilite fissuraire recouverte d'un réseau blanchâtre.
L'examen de la muqueuse buccale a révélé des lésions blanchâtres réticulées bilatérales au niveau de la muqueuse jugale. Le cuir chevelu et les ongles étaient indemnes.
La dermoscopie sur la lésion labiale a montré des stries de Wickham dans un modèle linéaire et radiale, sur un fond érythémato-violacé, avec une desquamation par endroit. Elle a également mis en évidence un réseau vasculaire sous forme de points et globules rouges avec quelques vaisseaux en épingles à cheveux.
Devant l'aspect clinique et dermoscopique, le diagnostic de lichen plan a été retenu.
Le patient s'est vu prescrire un traitement topique à base d'hydrocortisone 0,127 %.

Discussion :
Le lichen plan buccal peut affecter toutes les régions de la cavité buccale. La muqueuse jugale postéro-inférieure constitue la zone de prédilection avec une atteinte généralement bilatérale et symétrique. Cependant, la langue, les gencives, le plancher buccal et les lèvres peuvent également être touchés.
Le LP des lèvres doit être différencié des autres formes de chéilite comme la chéilite exfoliative, le lichen simplex chronique, la chéilite actinique, le lupus érythémateux discoïde, le pemphigus vulgaire et l'herpès simplex, d'où l'utilité de la dermoscopie.
Les stries de Wickham (SW) sont considérées comme le signe distinctif du LP. Elles sont quasiconstantes à la dermoscopie, ce qui les rend spécifiques du LP.
Elles prennent une couleur blanche nacrée et peuvent présenter plusieurs motifs morphologiques parmi lesquelles le motif réticulaire est le plus courant. D'autres motifs ont été

décrits, notamment des stries circulaires, linéaires, radiales, annulaires, en forme de voile, de feuille de fougère ou encore de ciel étoilé.
Les SW sont observées pendant les phases actives et disparaissent après le traitement, d'où leur qualification de marqueur d'activité de la maladie.
En plus des SW, les quelques cas publiés à ce sujet rapportaient une desquamation diffuse, un fond violacé, une pigmentation noire/grise/brune sous forme de points ou de globules et un patron vasculaire (vaisseaux linéaires, en pointillés ou en épingles à cheveux).
Histologiquement, les SW correspondent à une hyperkératose orthokératosique et une hypergranulose. La pigmentation correspond à une incontinence pigmentaire dans le derme avec mélanophages. Les points rouges représentent les vaisseaux papillaires normaux, alors que les vaisseaux linéaires représentent les capillaires horizontaux sous-papillaires ectasiques plus profonds.
De multiples modalités de traitement pour le LP oral ont été rapportées, y compris des corticoïdes topiques voire oraux, des rétinoïdes, de l'azathioprine, de la griséofulvine, de la cyclosporine, de l'imiquimod, du mycophénolate, de la dapsone, du tacrolimus et de la chloroquine.

Conclusion :

Le lichen plan labial présente des risques de transformation maligne du fait de l'exposition aux traumatismes externes, au tabac et aux rayons ultraviolets.
Ce cas met en évidence l'apport de la dermoscopie dans le diagnostic du lichen plan labial, nous évitant ainsi le recours à des gestes invasifs (biopsie cutanée) notamment en cas d'atteinte isolée.

5. Dermoscopie du lichen scléro- atrophique vulvaire : A Propos de 42 cas

R.Dassouli, H.Baybay, S.Elloudi, Z.Douhi, FZ. Mernissi Séervice de dermatologie-vénérologie , CHU Hassan II Fès.

Introduction :

Le lichen scléreux vulvaire (LSV) est une maladie inflammatoire chronique affectant les régions anogénitales avec un énorme impact sur la qualité de vie. Le risque d'évolution vers un carcinome épidermoïde est non négligeable.

Le LSV peut mimer d'autres maladies vulvaires inflammatoires ou tumorales. l'examen histopathologique permet de trancher sur le diagnostic. La dermoscopie , un outil non invasif, a prouvé son utilité dans le diagnostic, la gestion et le pronostic des LSA. De nos jours , les études actuelles visent à fournir des modèles dermoscopiques spécifiques du LSA pour une meilleure orientation diagnostic et un meilleur pronostic .

Matériel et méthodes :

Nous avons analysé rétrospectivement les photos dermoscopiques de 42 patientes suivies en consultation du service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès, dont le diagnostic était confirmé par l'analyse histologique.

Résultats :

La dermoscopie du LSA a montré des patrons vasculaires dominés par la diminution de la densité totale des vaisseaux avec un pourcentage de 64,28%, des nappes vasculaires polymorphes dans 52,38% faites essentiellement de vaisseaux linéaires dans 55% des cas et en points dans 38% des cas. La morphologie vasculaire a été principalement irrégulière avec des arrangements groupés. Des structures purpuriques ont été notées et apparaissent sous

forme de taches dans 32,5 % des cas ou de points et globules dans 28,5 % des cas. Quant au patron non vasculaire, il y avait un fond blanchâtre dans 37,5 % des cas, des zones blanchâtres sans structures dans 61% des cas, des zones rouges laiteuses dans 54% des cas avec des éclats de glace dans 42 % des cas. Les ouvertures comédon-like du versant semi-muqueux étaient présentes dans 45,23% des cas, et l 'aspect poivré dans 38% des cas.

Discussion :

Le LSV peut conduire à une dégénérescence vers un carcinome épidermoïde, par conséquent, le diagnostic précoce est primordial.

L'histopathologie est un élément indispensable pour confirmer le diagnostic . Un fragment biopsique important guidé par les données cliniques est dermoscopiques permet de retrouver les modifications histo-pathologiques et de divulguer les niveaux de modifications dysplasiques ou dégénératives .

Nos observations indiquent que les schémas dermoscopiques vasculaires et non vasculaires observés sont assez caractéristiques du LSV. Qui se manifestent par des nappes vasculaires polymorphes linéaires ou en pointillés clairsemés de façon irrégulière, des taches purpuriques ou alors une diminution de la densité vasculaire. Le fond blanchâtre ainsi que les zones sans structures inégales présentent la caractéristique dermoscopique dominante. Les ouvertures comédon-like et l 'aspect poivré ont été également fortement présentes.

L' évaluation dermoscopique permet non seulement d'évaluer la réponse thérapeutique de la maladie et de dépister l'évolution dysplasique, mais permet aussi de faire le diagnostic différentiel avec les autres pathologies inflammatoires vulvaires.

Conclusion :

Notre étude descriptive montre des signes dermoscopiques caractéristiques qui contribueraient à un diagnostic et un traitement précoce pouvant améliorer le pronostic. Notre travail suggère également que la dermoscopie améliore potentiellement le diagnostic différentiel des maladies inflammatoires vulvaires.

8. Dermoscopie évolutive de syphilides palmoplantaires

R.Dassouli, Z.Douhi, K.Tahri, H.baybay, S.Elloudi, FZ. Mernissi

Introduction :

Les syphilides sont des éruptions de la syphilis secondaire faites de papules cuivrées asymptomatiques dont la localisation palmoplantaire est très évocatrice. Cependant elles peuvent prendre dans 30% des cas d'autres présentations cliniques pouvant conduire à une difficulté diagnostic et un retard thérapeutique. Nous visons à mettre en évidence l'utilisation du dermoscope comme outil auxiliaire pour l'identification des syphilides palmaires aux différents stades évolutifs.

Observation :

Un patient de 25 ans, ayant une notion d'homosexualité et de rapports sexuels non protégés, se présentait pour une éruption rougeâtre asymptomatique qui remontait à une semaine.

L'examen dermatologique trouvait des papules rouge cuivrés éparses sur le visage le tronc et les paumes des mains. Les lésions palmaires étaient multiples faites de papules surélevées de petite taille de couleur rouge cuivré entourée par une fine desquamation (collerette de Biett). La dermoscopie palmaire décrivait une couleur rouge rosâtre de la lésion, foncée au centre s'estompant progressivement vers la périphérie. Des squames fines de couleur jaune orangé à distribution circulaire périphérique cernant la lésion. Par contre il n ' a pas été visualisé de patron vasculaire. Le reste de l'examen somatique était normal. Le bilan révélait une sérologie syphilitique positive avec un taux de VDRL à 1/64, une sérologie VIH positive. Le patient fut traité par 3 injections de Pénicilline retard. Le contrôle dermoscopique de la lésion palmaire dans la semaine qui suit l'injection a objectivé une desquamation du centre vers la périphérie avec atténuation de la couleur rougeâtre et disparition du fond orangé.

Discussion :

La syphilis secondaire survient suite à la dissémination sanguine ou lymphatique du tréponème. Ce stade est caractérisé par des lésions papuleuses diffuses et symétriques sur le corps. La localisation palmo-plantaire est rare mais caractéristique de la maladie. Des fois l'aspect clinique prend d'autres formes pouvant rendre le diagnostic difficile. La dermoscopie évolutive trouve sa place pour une identification précoce des syphilides palmaire par rapport autres pathologies inflammatoires palmaires permettant ainsi une meilleure orientation thérapeutique. Les principaux signes dermoscopiques spécifiques des syphilides palmaires sont la collerette de Biett sous forme d'un bord mince circulaire entouré d'un halo érythémateux, le fond jaune orangé, le patron vasculaire reste non encore défini. L'évolution dermoscopique des syphilides dans une semaine est marquée par une extension progressive de la collerette de Biett vers l'extérieur jusqu' à la disparition avec une atténuation remarquable de l'érythème et du fond orangé. Cette progression favorable sur une durée réduite confirme le diagnostic de syphilis secondaire et impose un traitement précoce permettant d'éviter la progression vers des complication fatales et durables de la maladie.

Conclusion :

Bien que sa valeur diagnostic reste actuellement limitée pour les syphilides, la dermoscopie évolutive est utile dans le diagnostic différentiel avec d'autres dermatose inflammatoires courantes.

7. Dermoscopie péri- unguéale dans les maladies de système

N.Khedim, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie, CHU IBN Rochd, université Hassan II, Casablanca

Introduction :

La dermoscopie péri unguéale est un outil non invasif permettant d'étudier sur le plan qualitatif et quantitatif la microcirculation au niveau du repli sus-unguéal proximal, permettant ainsi la visualisation de la microcirculation cutanée au niveau du lit unguéal et de suivre l'évolution des anomalies capillaires lors d'une sclérodermie ou d'une connectivite mixte.

Nous rapportons notre expérience avec la dermoscopie péri-unguéal dans les différentes maladies de système. **Matériels et méthodes :**

Nous avons pu recruter 15 patientes suivis au service de dermatologie du CHU IBN ROCHD de Casablanca pour des maladies de système.

On avait recours à un dermoscope Dermlite 4 connecté à un appareil téléphonique qui assurait le recueil des documents photographiques.

Résultats :

L'âge moyen de notre échantillon était de 40.1 ans incluant 15 femmes. 9 cas de sclérodermie systémique ont été recensés, 1 patient présentait un lupus, 4 cas une dermatomyosite, 1 patient une connectivite mixte. La présence de mégacapillaires était associée de façon significative avec la durée d'évolution au cours de la sclérodermie. En matière de lupus les hémorragies étaient plus fréquentes si signes articulaires pulmonaires ou hématologiques. Un patron sclerodermiforme a été retrouvé de façon significative si atteinte pulmonaire associée.

Discussion :

L'intérêt de notre étude réside dans l'importance et la facilité de l'apport de la dermoscopie dans les maladies de système.

La dermoscopie est un outil diagnostique puissant, reproductible, non invasif et très peu onéreux, dotée d'une sémiologie péri unguéale non compliquée et qui permet de réconforter le diagnostic d'une maladie de système en cas de suspicion. Elle permet de distinguer aisément un paysage capillaroscopique normal, d'un paysage sclérodermique en faveur d'une microangiopathie organique, lors de la sclérodermie, de la dermatomyosite, des connectivites mixtes ou de chevauchement. Permettant ainsi de facilité le diagnostique et le suivi des patients.

8. La dermoscopie dans le Xeroderma pigmentosum : à propos de deux cas avec 18 lésions

F.Amaaoune ; R.Chakiri
Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Introduction :

Le Xeroderma pigmentosum (XP) est une génodermatose rare, fréquente au Maghreb vu le taux élevé de mariage consanguin. Ses manifestations cutanées sont dominées par la fréquence de cancers cutanés. La dermoscopie est une méthode non invasive, qui facilite l'orientation diagnostique et la surveillance de ces malades.

Nous rapportons deux observations chez deux enfants atteints de XP dont la dermoscopie nous a permis d'éviter des retards diagnostiques pouvant mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel des patients. **Observations :**

Il s'agit de 2 enfants de sexe masculin âgés respectivement de 8 ans et de 12 ans, ayant comme ATCDS une consanguinité 1er degré, avec notions de cas similaire dans la famille, d'origine rurale avec notion d'habitation avec patios à ciel ouvert, non scolarisés, de bas niveau socioéconomique, non suivis et les mesures de photoprotection non respectés.

L'examen général trouvait 2 patients stables sur le plan hémodynamique et respiratoire et apyrétique.

L'examen dermatologique objectivait chez l'enfant de 8 ans un phototype IV avec présence de 18 lésions élémentaires dont 11 lésions étaient des papules, 3 macules, une plaque et une exulcération traumatique. La taille moyenne des lésions était de 7mm et leur siège était surtout au niveau du visage. Par ailleurs l'enfant de 12 ans avait un phototype III avec 18 lésions élémentaires dont 7 lésions étaient des macules, 5 papules, 3 nodules et 3 plaques. La taille moyenne des lésions était de 10mm et le siège était aussi au niveau du visage.

L'examen dermoscopique chez les 2 enfants avait objectivé 16 carcinomes basocellulaires (CBC) avec des vaisseaux en tronc d'arbres, des nids ovoïdes et des érosions ; 2 carcinomes épidermoïdes avec de la kératine, des vaisseaux linéaires et en épingle à cheveux entouré d'un

halo blanchâtre ; un mélanome avec des globules asymétriques, voile gris bleu et la tâche d'encre ; 3 verrues avec kératose et piquetés hémorragiques ; une kératose actinique avec des squames et un érythème inter folliculaire et 2 angiomes avec des lagunes rouges.

La prise en charge était de faire une biopsie exérèse pour 18 lésions suspectes de malignité, une photothérapie dynamique pour un CBC, verrucide pour les verrues, une crème cicatrisante pour l'exulcération traumatique et une surveillance clinique et dermoscopique pour 9 lésions toute en respectant les mesures de la photoprotection **Discussion :**
Le XP est une maladie est relativement plus fréquente au Maghreb et au Moyen Orient où le taux de consanguinité est élevé, sa prévalence en Tunisie est estimée à 1/10 000. Au Maroc, l'incidence de cette affection est très mal connue.

Cette maladie est caractérisée, au niveau cellulaire, par un défaut du système de réparation par excision-resynthèse des nucléotides de l'acide désoxyribonucléique.
Le tableau clinique est caractéristique. Il associe des lésions cutanées polymorphes réalisant un aspect poïkilodermie-like, une atteinte ophtalmique et parfois une atteinte neurologique de sévérité variable. Dès l'enfance, les malades atteints de XP développent de multiples tumeurs cutanées bénignes et malignes.

La dermoscopie est une méthode non invasive, qui facilite l'orientation diagnostique et la surveillance de ces malades permettant ainsi de réduire le recours à une chirurgie délabrente en cas de diagnostic tardif de ces tumeurs. En effet, sur un terrain d'XP, les lésions pigmentées provoquées par les UV, l'état poikilodermique, et la fréquence des kératoses actiniques, rendent le diagnostic clinique difficile.

La dermoscopie sur ces types de peau trouve sa place pour augmenter la sensibilité de diagnostic clinique des tumeurs mélanocytaires et des CBC pigmentés. En effet, ces derniers sont plus fréquents chez nos phototypes foncés et peuvent être confondus avec un mélanome au seul examen clinique. Chez nos 2 patients, la dermoscopie a permis de réconforter notre approche clinique surtout pour les lésions pigmentées millimétriques.

Conclusion :
La dermoscopie trouve sa place dans le diagnostic précoce des tumeurs malignes chez les XP et donc guider le choix de traitement le plus conservateur possible.

18. Le Porome eccrine : Lorsque la dermoscopie s'avère utile au diagnostic

M.Alj, F.Chahboun, M.EL Jazouly, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc

Introdution
Le porome eccrine est une tumeur annexielle bénigne du canal terminal de la glande sudoripare écrine. Elle est rare et pose le problème de diagnostic différentiel avec plusieurs entités. Les caractéristiques dermoscopiques sont toutefois évocatrices et peuvent orienter le diagnostic. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation
Il s'agit de Mme A.I âgée de 44 ans, sans antécédents particuliers, qui a présenté depuis 4 ans une lésion de la face dorsale du pied gauche augmentant progressivement de taille et devenant saignante au contact. L'examen clinique retrouvait une lésion nodulaire pigmentée de consistance élastique à la palpation. L'examen dermoscopique de la lésion révélait un aspect de vaisseaux arborescents et glomérulaires par endroit, sur un fond rose-blanchâtre avec de multiples lacunes rouges violacées par endroit. Une exérèse a été réalisée révélant à l'examen anatomopathologique une prolifération tumorale à développement épidermique supérieur s'étendant au derme profond faite de cellules basaloïdes et cubiques, associée à la présence de canaux sudoraux au sein de la tumeur en faveur d'un porome eccrine. **Discussion**
Le porome eccrine PE est une tumeur annexielle bénigne du canal terminal de la glande sudoripare éccrine qui se développe à partir des kératinocytes de la portion intraépidermique du canal sudoral. Sur le plan clinique, c'est une tumeur généralement unique papuleuse ou nodulaire, qui peut prendre la couleur de la peau ou être rose, rouge, blanche ou bleu-brunâtre et pigmentée comme c'est le cas chez notre patiente. Elle peut être ulcérée, érodée ou saignante à sa surface. Cliniquement, elle peut simuler plusieurs lésions potentiellement malignes telles qu'un mélanome achromique, un carcinome épidermoïde ou un carcinome basocellulaire CBC pigmenté. C'est dans ce sens ou la dermoscopie prend toute sa valeur et peut aider significativement à distinguer un PE des autres diagnostics. Dans le cas d'un PE pigmenté, elle peut révéler de multiples globules bleus, des nids ovoïdes mais aussi des vaisseaux ramifiés. Ces vaisseaux sont néanmoins moins visibles, moins nombreux, avec des ramifications moins importantes, et sont moins typiques que ceux observés dans le CBC. En outre la présence de lacunes rouges, des aires blanches crémeuses ainsi qu'un polymorphisme vasculaire (vaisseaux en épingle à cheveux, linéaires, glomérulaires et punctiformes) sont les critères les plus caractéristiques d'un PE. L'exérèse avec confirmation histologique reste de mise pour écarter les autres diagnostics pouvant présenter ces mêmes caractéristiques dermoscopiques mais aussi afin d'éviter une transformation rare mais possible en porocarcinome Cette dernière est basée sur une simple exérèse, un shaving ou une destruction électrochirurgicale.

Conclusion Le porome écrine est une tumeur rare d'évolution très lente avec un potentiel de transformation maligne. La reconnaissance de ces différentes présentations cliniques et dermoscopiques permettrait d'établir précocement le diagnostic et d'orienter la prise en charge.

10. Les angiokératomes du scrotum : Apport de la dermoscopie.

S. Ait Oussous, Y. Zerouali, R.Chakiri
Département de dermatologie, Faculté de médecine, Université Ibn Zohr; Agadir

Introduction :
L'angiokératome est une tumeur cutanée vasculaire bénigne qui peut être difficile à différencier cliniquement d'autres tumeurs.
La dermoscopie, méthode de diagnostic non invasive, permet de faciliter la démarche diagnostique devant ce type de lésion.
Nous rapportons une observation d'angiokératomes du scrotum.

Observation :
Il s'agit d'un patient âgé de 35 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui consultait pour des lésions cutanées scrotales indolores et non prurigineuses, évoluant progressivement

depuis deux ans, sans autres signes associés notamment neurologique, digestif ou ophtalmologique.
L'examen dermatologique des bourses retrouvait de multiples papules millimétriques érythémato-violacées et angiomateuses à surface kératosique, des télangiectasies et deux nodules de couleur blanc-rosée, de consistance ferme et indolores. Le reste de l'examen cutané et somatique était sans particularités.
L'examen dermoscopique des papules montrait des lacunes rouges et sombres dont certaines étaient partiellement couverte d'un voile blanc, ainsi que des vaisseaux en tronc d'arbre.
Le diagnostic d'angiokératome et calcinose scrotale idiopathique a été retenu.
Devant la gêne esthétique majeure un traitement par Laser ND-Yag a été préconisé pour les angiokératomes et une exérèse chirurgicale avec életrocoagulation pour la calcinose.

Discussion :

Les angiokératomes du scrotum, connus sous le nom d'angiokératomes de Fordyce, sont des lésions relativement fréquentes dont la prévalence augmente avec l'âge. Ils se présentent comme de multiples papules de 2 à 10 mm de diamètre, le plus souvent de couleur rouge sombre, parfois bleue à noire, dont la surface est kératosique à la palpation.
Le diagnostic d'angiokératome est essentiellement clinique. La dermoscopie peut parfois confirmer le diagnostic et permettre d'éliminer des diagnostics différentiels.
Les signes dermoscopiques évocateurs sont peu spécifiques. Ils comprennent : lacunes ovoïdes rouges et sombres, un voile blanchâtre recouvrant partiellement la lésion, un érythème périphérique en halo, et des croûtes hémorragiques. Les lacunes rouges correspondent histologiquement à des espaces vasculaires dilatés du derme superficiel ou moyen. La présence d'un voile blanchâtre correspond à une acanthose ou à une hyperkératose. Les croûtes hémorragiques sont dues à des aires de saignement. Enfin, l'érythème périphérique se manifestant par une région homogène orangée ou rosée, témoigne d'une inflammation lésionnelle et de l'extravasation d'érythrocytes dans le derme papillaire.
En présence d'angiokératomes isolés et de topographie localisée, une abstention thérapeutique est préconisée. Le traitement peut parfois faire appel à l'électrocoagulation, la cryothérapie, l'exérèse chirurgicale ou aux lasers vasculaires, avec une meilleure efficacité du laser ND:YAG. Une surveillance est préconisée pour déceler précocement une maladie de Fabry.

Conclusion :

Les angiokératomes du scrotum sont des tumeurs vasculaires bénignes dont le diagnostic est habituellement clinique. En cas de doute, l'examen dermoscopique vient appuyer le diagnostic.

19. Présentation clinico-dermoscopique atypique d'un mélanome mimant une tumeur vasculaire

S.Rabba*/F.Hali* /H.Dahbi Skalli*/ F.Marnissi** /S.Chiheb*
**** Service de dermatologie et vénérologie de Casablanca***
***** Service d'anatomopathologie de Casablanca***

Introduction :

Parmi toutes les tumeurs cutanées, le mélanome possède le pronostic le plus fâcheux. Il se présente typiquement sous forme d'une lésion noirâtre. Il est cependant possible que la tumeur soit peu ou non pigmentée. Nous rapportons un cas de mélanome cutané primitif atypique se présentant sous la forme d'une tumeur angiomateuse de localisation plantaire.
Observation :

C'est Mr B.R, âgé de 53 ans, ayant présenté une lésion bourgeonnante plantaire gauche évoluant depuis 2 ans, augmentant progressivement de taille, avec apparition de deux nodules à proximité. À l'examen clinique il s'agissait d'une masse tumorale bourgeonnante, ferme, de

10 cm de grand axe, angiomateuse erythémato-violacée parcourue par de télangiectasies. Les deux nodules étaient fermes, l'un était angiomateux et l'autre érythémateux. On retrouvait aussi des adénopathies inguinales homolatérales. La dermoscopie objectivait des vaisseaux linéaires polymorphes, des vaisseaux punctiformes, de stries blanches ainsi que de zones "rouge laiteux". Il n'y avait pas de réseau pigmentaire. La biopsie était en faveur d'un mélanome acrolentigineux avec un score de Breslow à 8 mm. Le bilan d'extension montrait une atteinte métastatique pulmonaire bilatérale et hépatique. Nous avons conclut à un mélanome cutané primitif métastatique stade 4 dans sa variante amélanotique. La décision était de démarrer des soins palliatifs en association à une amputation du pied.

Discussion :

Le terme amélanotique désigne les tumeurs dénuées de pigmentation à l'inspection visuelle et dermoscopique. Les mélanomes amélanotiques et hypomélanotiques sont rares (2-8%). Le mécanisme de l'amélanose est encore mal élucidé. Il semblerait qu'il existe une transformation phénotypique provoquant une baisse de l'expression des enzymes spécifiques de synthèse de mélanine. Il existe trois formes cliniques de mélanome amélanotique. La forme papulonodulaire, la macule érythémateuse avec remaniements épidermiques et la plaque dermique sans remaniements épidermiques. L'apport de la dermoscopie est non négligeable dans l'orientation clinique car il existe une corrélation entre le stade évolutif du mélanome et le(s) patron(s) vasculaire(s) observé(s). Ainsi, lors de stades précoces on objective le plus souvent des vaisseaux punctiformes à aspect homogène et à distribution régulière. Lorsque les tumeurs sont évoluées, le paquet vasculaire est polymorphe, les vaisseaux sont plus longs, plus épais, à distribution irrégulière, et les globules 'rouge laiteux' sont plus fréquents.

Conclusion :

Le mélanome amélanotique constitue un défi de taille en raison de ses manifestations cliniques non spécifiques. Le mélanome devrait être évoqué devant toute lésion plantaire suspecte même en l'absence de pigmentation, en particulier dans un pays maghrébin.

12. Hyperkératose linéaire de la main : nouvelle description dérmoscopique d'un NEVIL et confrontation anatomopathologique

Dr D.Ryme ; Dr Z.Douhi ; Pr S.Elloudi ; Pr H.Baybay ; Pr FZ.Mernissi Introduction :

Le nævus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire (NEVIL) est une variante rare de nævus épidermique, qui apparait dans l'enfance et subit des poussées inflammatoires. La localisation palmaire reste rare et prend un aspect plus épais et kératosique. A ce jour, une seule série de littérature rapporte les critères dermoscopiques spécifiques du NEVIL sans inclure la localisation palmaire. Nous rapportons une nouvelle description dermoscopique d'un NEVIL palmaire et sa corrélation histopathologique.

Observation

Il s'agit d'une fille de 5 ans, sans antécédent pathologiques particuliers, présentant une lésion palmaire linéaire depuis la naissance, avec des poussées inflammatoires intermittentes. L 'examen dermatologique trouvait une plaque linéaire faite de plusieurs papules kératosiques brunâtres accolées les unes aux autres traversant la paume de la main en passant par le majeur, avec un érythème par endroits. A la démoscopie, nous avons observés de grands cercles bruns de dimensions variable prenant une forme tantôt circulaire tantôt polygonale, reposant sur un fond érythémateux. L'examen histologique a révélé une hyperkératose orthokératosique, une

acanthose, une papillomatose , une absence de la couche granuleuse et un allongement des crêtes confirmant le diagnostic de NEVIL. Une hyperplasie mélanocytaire marquée le long de la couche basale a été notée

Discussion

De nos jours, les publications en termes de dermoscopie du NEVIL restent très pauvres. Seule M.Carbotti et Al dans sa série de 8cas, a soulevé l'aspect en grand cercles bruns comme structure dermoscopique spécifique. Il s'agit d'une structure épidermique exophytique ovale ou ronde à bord brun entourant une zone hypochrome, à disposition adjacente les unes aux autres. Cet aspect de grands cercles bruns en dermoscopie est corrélé histologiquement à l'arrangement des mélanocytes hyperplasiques regroupés le long crêtes allongées au cours d'une papillomatose caractéristique. La particularité de notre cas c'est la localisation palmaire qui donne à la lésion un aspect kératosique cliniquement, et des cercles polygonaux à la dermoscopie expliqué par l'épaisseur épidermique de cette zone anatomique.

Conclusion :

Nous rapportons la première description dermoscopique d'un NEVIL à localisation palmaire objectivant l'aspect de grand cercles bruns come signe spécifique. La reconnaissance de ce motif contribuera à une interprétation plus aisée par rapport aux diagnostics différentiels et à éviter les excisions inutiles de cette lésion bénigne

22. Aspect dermoscopique d'une nécrobiose lipoïdique

BELCADI Jihane [1], OULAD ALI Sara [1], SENOUCI Karima [1],ISMAILI Nadia
[1]*Département de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :
La nécrobiose lipoïdique est une dermatose granulomateuse rare rapportée chez 0,3 à 1,2% des diabétiques, localisées préférentiellement au niveau de la jambe.
Les lésions apparaissent comme des plaques érythémateuses, avec des dépressions centrales.

Observation :
Une jeune femme de 27 ans connue diabétique de type I et qui présente depuis 6 mois des plaques érythémateuses bien circonscrites avec un centre jaunâtre atrophique et symétriques au niveau des faces postérieures des jambes ainsi qu'au niveau du sein droit, asymptomatiques. La dermoscopie des plaques a révélé des zones jaunâtres-orangées sans structure plus ou moins diffuses et des vaisseaux en tronc d'arbre avec des squames blanches.
L'examen histologique d'une des plaques de la jambe gauche a montré une réaction inflammatoire granulomateuse nodulaire à bordure palissadique disposée autour de foyers mal limités de stroma conjonctif altéré. Des cellules géantes plurinucléées et des dendrocytes étaient présents. Un aspect hyalin et des dépôts lipidiques étaient reconnus en faveur d'une nécrobiose lipoïdique.

Discussion :

La nécrobiose lipoïdique survient généralement chez l'adulte jeune ou d'âge moyen, avec une prédominance féminine (3 femmes : 1 homme). Son nom décrit ses caractéristiques cliniques : « nécrobiose » se réfère à l'histologie et « lipoïdique » correspond à l'apparence jaunâtre des lésions liée aux dépôts de lipides, secondaires à la dégénérescence du collagène. Fréquemment associée au diabète (80 à 90 % des cas), elle reste relativement rare.
La dermoscopie peut mettre en évidence des zones multifocales jaunâtres-orangées et blanchâtres ainsi que des vaisseaux ramifiés en tronc d'arbre bien focalisés ou globulaires, dont le diamètre décroît du centre vers la périphérie mais également des squames.
Dans notre observation, nous rapportons la corrélation histologique de l'aspect dermoscopique de la nécrobiose lipoïdique.
L'intérêt de cette observation est de mettre l'accent sur l'intérêt de la démoscopie dans le diagnostic de la nécrobiose lipoïdique qui permettrait ainsi de sursoir à des biopsies cutanées sur un terrain de diabète avec risque de mauvaise cicatrisation.

23. Présentation dermoscopique déroutante d'une maladie de Rosai-Dorfman

N.BENNOUNA, K.BALINE, F.HALI, H.Skalli, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc.

Introduction
La maladie de Rosai-Dorfman (MRD) est une histiocytose non langerhansienne bénigne atteignant principalement les aires ganglionnaires. Une localisation cutanée isolée est très rare. Les études rapportant les caractéristiques dermoscopiques de la MRD sont limitées. Nous rapportons une nouvelle observation de MRD cutanée pure avec sa présentation dermoscopique décrivant un nouvel aspect.
Observation
Patiente âgée de 24 ans présentait une éruption papulo-nodulaire localisée à la joue droite évoluant depuis 18 mois.
A l'examen on a retrouvé des lésions papulo-nodulaires angiolupoïdes de taille différente, de consistance ferme. L'examen ganglionnaire était normal.
La dermoscopie montrait un aspect jaune orangé avec des foyers jaunâtres, des structures blanchâtres avec bouchons kératosiques folliculaires jaunâtres entourées de gros vaisseaux télangiectasiques arborisants, linéaires mais aussi radiaire en épingle à cheveux.
Une biopsie exérèse d'un nodule a montré des granulomes épithélioïdes sans nécrose. Une sarcoïdose a été suspectée et un bilan a été réalisé NFS, BHE, enzyme de conversion, bilan phospho-calcique, IDR à la tuberculine, TDM thoracique et une électrophorèse des protéines ne révélant aucune anomalie. Une deuxième biopsie cutanée était en faveur d'une histiocytose de Rosai-Dorfman en montrant un infiltrat macrophagique avec des cellules de grande taille phagocytant des lymphocytes entiers avec des images d'empéripolèse. L'immunohistochimie montrait des PS100 et CD68 positifs.
Le diagnostic de MRD était retenu et un traitement par méthotrexate et corticothérapie orale était entrepris avec bonne évolution. **Discussion**
Chez notre malade, la présentation angiolupoïde et l'aspect dermoscopique qui peuvent être parfaitement compatibles avec une sarcoïdose nous ont fait évoquer initialement le diagnostic

erroné de sarcoïdose cutanée. Celle-ci constituait effectivement un diagnostic différentiel clinico-dermoscopique.
En effet ; tous les signes dermoscopiques retrouvés peuvent être vus dans la sarcoidose, notamment l'aspect en épingle à cheveux.
Cependant, l'étude anatomopathologique et immunohistochimique a confirmé le diagnostic de MRD.
Les signes dermoscopiques décrits jusque-là dans la MRD sont : fond rouge-orangé, structures ovoïdes jaunâtres, structures blanchâtres, bouchons kératosiques folliculaires jaunâtres, vaisseaux linéaires, irréguliers et arborisants.
Tous ces signes ont d'ailleurs été retrouvés chez notre patiente à l'exception des vaisseaux en épingle cheveux ; qui à notre connaissance n'avaient jamais été décrits auparavant dans cette entité.
Nous décrivons à travers ce cas un nouveau signe dermoscopique de la MRD et soulignons les diverses similitudes dermoscopiques avec la sarcoidose cutanée. Seule une confrontation clinico-dermoscopico-histologique pourra confirmer le diagnostic.

15. Dermoscopie du syringofibro adenome eccrine réactif kératose seborrhéique-like

R.Dassouli, Z.Douhi, I.Kacimi , H.baybay, S.Elloudi, FZ. Mernissi
Service de dermatologie CHU Hassan II Fes

Introsuction :
Le syringofibroadénome eccrinien (SFA) est tumeur annexielle bénigne rare qui provient des canaux eccrins. Décrite pour la première fois par Mascaro en 1963 , caractérisée histologiquement par des cordons anastomosés de cellules épithéliales noyées dans un stroma vasculaire. Cependant, malgré sa manifestation histologique distincte, l'aspect clinique de l'ESFA est non spécifique et variable. Le dermoscope est un outil non invasif qui a prouvé son efficacité dans d'identification de plusieurs lésions non mélanocytaires. Néanmoins, il n'existe pas à notre connaissance d'études détaillant les motifs dermoscopiques spécifiques du SFA. Nous rapportons un cas d'ESFA mimant une kératose séborrhéique chez un sujet porteur de mélanome métastatique. **Observation :**
Il s'agit d'un patient de 65ans, suivi pour un mélanome nodulaire de la plante du pied gauche depuis 2ans avec des métastases ganglionnaires pour laquelle il a bénéficié d'une exérèse avec curage ganglionnaire puis radiothérapie complémentaire. Qui présentaient depuis 3 ans une lésion brunâtre au niveau du pli inguinal gauche augmentant progressivement de taille devenant rugueuse a la surface et prurigineuse. L'examen dermatologique trouve une plaque brun grisâtre bien limitée de contours irréguliers de 3 cm au niveau inguinal gauche à surface rugueuse papillomateuse. La démoscopie a mis en évidence un patron pavimenteux de couleur brun grisatre, et des chryzalides rectilignes perpendiculaires d'arrangement central. Vu le contexte de mélanome métastatique et l'aspect clinique et dermoscopique, un mélanome KSlike a été redouté d'où la réalisation d'une biopsie exérèse. L'examen histopathologique a révélé un réseau épithélial formé de cordons cellulaires anastomotiques au dépend des canalicules sudoraux surmontes d'une hyperkératose orthokérosique en faveur d'un syringofibroadénome.
Discussion :
L'ESFA est une tumeur bénigne rare à différenciation canalaire éccrine avec des présentations cliniques très variées allant généralement d'un nodule solitaire à de multiples papules. Le diagnostic repose sur l'analyse histologique qui est caractéristique. Il est généralement classée en 5 sous-types dont ESFA réactif qui est le plus souvent associé à des ulcères cutanés

chroniques,des cicatrices de brulures ou à des carcinomes épidermoïdes. L'originalité de notre observation réside dans l'aspect clinique KS-like qui n'a jamais été rapporté, ainsi que l'association à un mélanome nodulaire métastatique. En outre, la dermoscopie montre un aspect pavimenteux grisâtre avec exagération des chryzalides sans mettre en évidence de pseudokystes, de vaisseaux en épingles à cheveux ou d'aspect cérebriforme caractérisant une KS mature. Le patron pigmentaire et le patron vasculaire n'étaient pas identifiés. A ce jour, il n'existe pas d'études abordant les caractéristiques dermoscopiques du SFA. Cependant, l'identification des signes spécifiques du SFA s'avère nécessaire pour une meilleure orientation diagnostique et éviction des exérèses inutiles.

Conclusion :

L'ESFA réactif peut prendre différentes présentations cliniques. L'identification des caractéristiques dermoscopiques de cette entité s'avère d'une importance cruciale. Nous rapportons la première description dermoscopique d'un ESFA KS-like chez un patient suivi pour mélanome.

16. TRICHOSCOPIE DE LA SARCOIDOSE ET SIGNIFICATION HISTOPATHOLOGIQUE

B.Karrakchou[1*], S.Hamich[1], A.Fliti[1], I.Boubnane[1], K.Znati[2], N.Ismaili[1], L.Benzekri[1], K.Senouci[1], M.Meziane[1]

[1] *Service de Dermatologie et de Vénéréologie, Hôpital Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc*

[2] *Service d'Anatomo-pathologie, Hôpital Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc*

INTRODUCTION

La sarcoïdose du cuir chevelu est une affection rare qui se présente principalement sous la forme d'une alopécie cicatricielle. Nous rapportons ici un cas d'alopécie cicatricielle totale due à une sarcoïdose et nous soulignons ses caractéristiques trichoscopiques et sa corrélation histopathologique.

OBSERVATION

Une femme de 51 ans ayant des antécédents de vitiligo et de carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure, s'est présentée avec une alopécie totale évoluant depuis 9 ans, commençant par un état érythémateux indolore et non prurigineux de l'ensemble du cuir chevelu, évoluant progressivement vers une alopécie totale. L'examen clinique montrait un aspect érythémateux et jaunâtre du cuir chevelu avec plusieurs ulcérations recouvertes de croûtes hémorragiques et une atrophie du cuir chevelu de type sclérodermie. La trichoscopie a objectivé de multiples

vaisseaux arborescents et des aires jaune-orangées. Des aires blanchâtres d'aspect cicatriciel ont été observées. L'examen histologique a révélé de multiples granulomes épithélioïdes et giganto cellulaires sans nécrose caséeuse, associés à un infiltrat lymphocytaire dermique et périannexiel sans dépôt de mucine. L'immunohistochimie a éliminé un lymphome cutané. La prednisone orale a été initiée avec une cicatrisation des lésions du cuir chevelu mais sans repousse des cheveux.

DISCUSSION

La sarcoïdose du cuir chevelu est rare et polymorphe, ses schémas dermatoscopiques reflètent les structures histologiques sous-jacentes :

- les aires jaune orangées correspondent à des granulomes ronds et bien formés sans nécrose centrale dans le derme superficiel. Ils constituent une orientation diagnostique pour la sarcoïdose
- les vaisseaux arborescents sont des vasodilatations capillaires dans le derme papillaire
- l'alopécie cicatricielle est due à une destruction des follicules pileux par des granulomes siégeant dans le derme profond et l'hypoderme. Elle apparaît sous la forme d'aires blanchâtres sans structure.
- des poils dystrophiques peuvent également être observés et probablement en corrélation avec l'activité de la maladie.

Ainsi, la dermoscopie constitue un outil diagnostique important prédictif du résultat histopathologique.

17. TRICHOSCOPIE DE LA SARCOIDOSE ET SIGNIFICATION HISTOPATHOLOGIQUE

B.Karrakchou[1*], S.Hamich[1], A.Fliti[1], I.Boubnane[1], K.Znati[2], N.Ismaili[1], L.Benzekri[1], K.Senouci[1], M.Meziane[1]

[1] *Service de Dermatologie et de Vénéréologie, Hôpital Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc*

[2] *Service d'Anatomo-pathologie, Hôpital Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc*

INTRODUCTION

La sarcoïdose du cuir chevelu est une affection rare qui se présente principalement sous la forme d'une alopécie cicatricielle. Nous rapportons ici un cas d'alopécie cicatricielle totale due à une sarcoïdose et nous soulignons ses caractéristiques trichoscopiques et sa corrélation histopathologique.

OBSERVATION

Une femme de 51 ans ayant des antécédents de vitiligo et de carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure, s'est présentée avec une alopécie totale évoluant depuis 9 ans, commençant par un état érythémateux indolore et non prurigineux de l'ensemble du cuir chevelu, évoluant progressivement vers une alopécie totale. L'examen clinique montrait un aspect érythémateux et jaunâtre du cuir chevelu avec plusieurs ulcérations recouvertes de croûtes hémorragiques et une atrophie du cuir chevelu de type sclérodermie. La trichoscopie a objectivé de multiples

vaisseaux arborescents et des aires jaune-orangées. Des aires blanchâtres d'aspect cicatriciel ont été observées. L'examen histologique a révélé de multiples granulomes épithélioïdes et giganto cellulaires sans nécrose caséeuse, associés à un infiltrat lymphocytaire dermique et périannexiel sans dépôt de mucine. L'immunohistochimie a éliminé un lymphome cutané. La prednisone orale a été initiée avec une cicatrisation des lésions du cuir chevelu mais sans repousse des cheveux.

DISCUSSION

La sarcoïdose du cuir chevelu est rare et polymorphe, ses schémas dermatoscopiques reflètent les structures histologiques sous-jacentes :

- les aires jaune orangées correspondent à des granulomes ronds et bien formés sans nécrose centrale dans le derme superficiel. Ils constituent une orientation diagnostique pour la sarcoïdose
- les vaisseaux arborescents sont des vasodilatations capillaires dans le derme papillaire
- l'alopécie cicatricielle est due à une destruction des follicules pileux par des granulomes siégeant dans le derme profond et l'hypoderme. Elle apparaît sous la forme d'aires blanchâtres sans structure.
- des poils dystrophiques peuvent également être observés et probablement en corrélation avec l'activité de la maladie.

Ainsi, la dermoscopie constitue un outil diagnostique important prédictif du résultat histopathologique.

18. Monilethrix : Valeur de la dermoscopie

Chahoub Hanane, El Faker Ibtissam, Marraha Farah , Benyamna Younes, Rahmani Najlae, Kabbou Soukaina, Rkiek Yasmine, Haddad meryem, Boukamza firdaouss, Snoussi Ilham, Gallouj Salim
Service de Dermatologie, CHU Tanger, Maroc

Le monilethrix est une génodermatose rare, qui se transmet en mode autosomique dominant. Elle se caractérise par une fragilité capillaire et une dysplasie de la tige pilaire, responsables d'une hypotrichose ou d'une alopécie.
Le terme Monilethrix vient du latin pour « monile », qui signifie collier et du grec pour « thrix » qui signifie cheveux. 1
La dermoscopie est nécessaire pour confirmer le diagnostic et pour le différencier des autres causes d'hypotrichose.

Nous rapportons le cas d'un garçon de 8 ans né d'un mariage non consanguin amené par sa mère pour des cheveux fragiles avec hypotrichose depuis l'âge de 6 mois.
Une histoire similaire a été retrouvé chez sa mère, son frère et ses deux oncles maternels.

L'examen clinique retrouve : une hypotrichose, des cheveux cassants à quelques milimètres du cuir chevelu et des sourcils, ainsi qu'une hyperkératose du cuir chevelu, de la nuque et des membres.(Figure 1)

Les signes de la dermoscopie comprennent : (figure 2)
-Des poils cassés révélant un aspect perlé

-Des nœuds épileptiques avec des constrictions intermittentes donnant l'apparence d'un « collier de perle », ce qui est un signe caractéristique.

L'examen dermoscopique a également objectivé des points noirs et une anisotrichose comme signes non spécifiques.

Un traitement par minoxidil topique a été démarrée suivie d'une amélioration estimée modérée à 6 mois.

19. Alopécie : étiologie multiple et la trichoscopie redresse le diagnostic !

Ibtissam Al faker, Farah Marraha, Hanane Chahoub, Najlae Rahmani, Younes Benyamna, Soukayna Kabbou, Yasmine Rkiek, Salim Gallouj
Service de dermatologie – vénéréologie, CHU Tanger
Faculté de médecine et de pharmacie – Université Abdelmalek Essadi – Tanger. Maroc

Introduction :
L'alopécie acquise est un motif fréquent de consultation, elle peut résulter de plusieurs pathologies dont certaines peuvent avoir des aspects cliniques similaires dans certains cas, comme la trichotillomanie -qui une forme d'alopécie de traction- et la pelade Ainsi, la trichoscopie reste l'outil diagnostique le plus utile pour poser le diagnostic. Nous rapportons quatre cas de trichotillomanie tout en décrivant les signes trichoscopiques trouvés

Observations:
Quatre patientes avec une tranche d'âge entre 9 et 26 ans, deux entre eux avaient une alopécie diffuse tandis que les deux autres avaient une plaque alopécique limitée, l'examen clinique trouvait une alopécie non cicatricielle chez 2 patientes et une hypotrichose de bordure géométrique au niveau frontal et vertex respectivement chez les autres filles et les zones environnantes avaient une densité capillaire normale, le test de traction était négatif le long des bords et le scalp ne montrait pas de signes d'inflammation ni de squames. Les patientes niaient toute manipulation des cheveux
L'examen dermoscopique de ces plaques objectivait des points noirs de diamètre et forme différents, des poils en V (division en Y de la partie distale des cheveux), des cheveux cassés de longueurs différentes, foyers de microhémorragie, quelques points jaunes et des poils en repousse.
A l'inspection des ongles, une patiente présentait des signes en faveur d'onychophagie, par ailleurs, l'examen somatique était sans particularité. En se basant sur l'examen clinique et les signes trichoscopiques, le diagnostic de trichotillomanie a été établi.

Discussion :
La trichotillomanie est un trouble obsessionnel compulsif qui consiste à s'arracher ses propres cheveux. La trichoscopie dans ce cas révèle des anomalies résultant de l'étirement et de la fracture des tiges pilaires, les fractures peuvent se produire à différentes longueurs, donnant ainsi des points noirs, des poils enroulés ou fourchus (1). Ces points noirs ont tendance à être irréguliers, de diamètre et de forme variables dans la trichotillomanie et la teigne, alors qu'ils sont uniformes dans la pelade (1), cette dernière est caractérisée aussi par la présence des points jaunes, des poils en repousse et des poils en point d'exclamation (2).

En cas de teigne, on trouve souvent des anomalies de la tige pilaire en fonction du germe causal à savoir des poils en virgule, en zigzag, en tire-bouchon et code à barre avec des points noirs (3) ; par contre, le signe pathognomonique de l'alopécie androgénétique est l'anisotrichie qui est une diversité du diamètre capillaire (4).
La trichotillomanie touche surtout les filles (70 à 93% des cas) entre 9 et 13 ans qui nient généralement ce désordre, elle est accompagné d'un retentissement psychologique très important, son diagnostic est parfois difficile en pratique et peut être confondu avec une pelade vu qu'ils partagent presque le même aspect clinique ; elle se manifeste par des plaques d'hypotrichose mal limitées avec parfois des excoriations. Quatre nouveaux signes ont été décrit récemment (5) : cheveux en flamme, V sign, cheveux de tulipe et poils en poudre qui ressemblent largement à des points noirs. Le rôle de la dermoscopie dans ces affections est indiscutable, non seulement sur la plan diagnostic mais aussi thérapeutique en orientant le patient vers un centre de psychiatrie afin d'être pris en charge.

20. Intérêt de la dermoscopie dans le diagnostic de la leishmaniose cutanée : série de 12 cas

Ibtissam Al faker, Farah Marraha, Hanane Chahoub, Najlae Rahmani, Younes Benyamna, Soukayna Kabbou, Yasmine Rkiek, Firdaouss Boukamza, Meriem El haddad, Ilham Snoussi, Salim Gallouj Service de dermatologie – vénéréologie, CHU Tanger
Faculté de médecine et de pharmacie – Université Abdelmalek Essadi – Tanger. Maroc

Introduction :

La leishmaniose cutanée (LC) ou « bouton d'orient » est une maladie parasitaire à tropisme cutané, très répondue dans notre pays, le vecteur est un petit diptère femelle (phlébotome). La dermoscopie a été proposé en tant qu'outil diagnostique dans le cas des maladies infectieuses en particulier la LC vue la similitude de son aspect clinique avec d'autres pathologies infectieuses et tumorales.

Objectif : est d'étudier l'apport de la dermoscopie dans le diagnostic de la LC

Matériels et méthodes :

Etude prospective de tous les patients qui se présentaient en consultation pour des lésions suspectes, un examen dermoscopique (DermLite) était pratiqué, suivi d'un frottis cutané à la recherche de corps de Leishman, parfois on a recours à une biopsie cutanée**.**

Résultats :

15 lésions suspectes étaient identifiées chez 12 patients. L'âge moyen était de 27.25 ans (extrêmes allant de 2 à 76 ans), le sex-ratio H/F était de 1. Les aspects cliniques observés varient entre papulo-nodules (6 cas), nodules ulcérés (4 cas), plaques infiltrées (1 cas) et un ulcère bourgeonnant (1 cas), ces lésions étaient localisées au niveau du visage (joues, front), avant-bras et en regard de la cheville. Les aspects dermoscopiques trouvés étaient : ulcération (75%), larmes jaunes (83.3%), aspect en étoile éclatée (75%), érythème (91.7%), hyperkératose (66.7%), une teinte jaunâtre (50%), kystes miliaires (41.7%), les télangiectasies (75%), les vaisseaux punctiformes (58.3%), en virgule (33.3%), glomérulaires (25%), des structures ovalaires saumon (25%) et des croutes dans 66.7%.

Discussion :

Certaines études soulignaient l'intérêt de la dermoscopie dans la LC (1. 2. 3), notre étude trouve des critères en commun : larmes jaunes, hyperkératose, vaisseaux en point ou télangiectasies à des fréquences presque similaires, les signes qui ont été identifiés le plus souvent sont : les larmes jaunes, l'ulcération, aspect en étoile éclatée, l'érythème, l'hyperkératose et les télangiectasies, les croutes et les vx punctiformes.

L'ulcération, l'érythème, l'hyperkératose et les signes vasculaires sont observés au cours de plusieurs autres pathologies principalement le carcinome épidermoïde, le carcinome baso-cellulaire et certaines maladies inflammatoires, de ce fait, ils ne sont pas spécifiques de la LC.
Récemment, Taheri et al (2) ont découvert d'autres signes tels la teinte jaunâtre et les kystes miliaires en plus des signes vasculaires (vaisseaux punctiformes, en virgule, en épingle à cheveux et glomérulaires) qui sont corrélées à la localisation et à la durée des lésions.
Yücel et al ont ajouté des structures ovalaires de couleur saumon (4).
Dans notre étude, les larmes jaunes étaient présentes dans 83.3% et l'aspect en étoile éclatée dans 75%, alors que dans l'étude de Llamrich et al. Ils étaient présents dans 53% et 38% des cas respectivement, ces signes n'ont jamais été décrit dans d'autres pathologies, de plus, ces pourcentages significatifs soulignent leur importance dans le diagnostic de la LC

Conclusion :

D'autres études avec un effectif plus important pourraient permettre de proposer la dermoscopie comme examen de référence dans le diagnostic de LC sans recours à l'examen direct.

THÉRAPEUTIQUE

1. Efficacité de la balnéopuvathérapie dans la prise en charge des kératodermies palmoplantaires: 56 cas

M. Rimaoui ; F.Hali ; S .Skalli ; S.Chiheb
Service de dermatologie ; Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

La prise en charge des kératodermies palmo-plantaires (KPP) sévères est difficile. Le recours à la balnéopuvathérapie localisée semble être une option thérapeutique prometteuse . Nous avons mené une étude évaluant l'efficacité et la sécurité de cette approche .

Matériel et Méthodes :

Etude rétrospective étalée de Juin 2017 à mars 2021 , incluant les patients suivis pour KPP, toutes étiologies confondues. Le protocole utilisé était l'immersion palmo-plantaire dans un bain de solution de méladinine forte. Les doses utilisées étaient 0,2 j à S1 et S2, puis 0,3 j à S3, S4, et S5, puis augmentation de 0,1 j chaque séance, à raison de 2 séances/semaine. La bonne réponse thérapeutique était jugée sur la diminution de plus de 50 % de l'érythème, l'infiltration et la desquamation ainsi que des symptômes subjectifs (prurit, brûlure).

Résultats

Nous avons colligé 56 patients. L'âge moyen de nos patients était de 42 ,35 ans avec des extrêmes allant de 6 ans à 79 ans. 11 patients avaient un terrain d'atopie , 16 patients avaient un psoriasis vulgaire. L'analyse sémiologique des lésions des mains et des pieds a objectivé une KPP diffuse bien limitée et prurigineuse chez 45 patients, transgrédiente dans 10 cas. L'atteinte unguéale était présente chez 43 patients, à type de dé à coudre chez 30 patients une xanthonychie et une pachyonychie chez 20 patients , une onycholyse chez 10 patients. L'étiologie la plus fréquente était le psoriasis chez 35 patients suivi de l'eczéma chez 17 patients, le mycosis fongoïde était retrouvé chez 3 patientes .La durée moyenne des séances est estimée à :18 séances .40 patients avaient bien répondu, dont 24 ont eu un blanchiment total. L'hyperpigmentation était notée chez 4 patients . Un cas d'irritation au produit a été rapportée.

Discussion

Nos données suggèrent que la balnéopuvathérapie peut être efficace dans la prise en charge des KPP résistantes au traitement conventionnel, et peut être considérée comme une alternative thérapeutique pratique par rapport à la PUVA-thérapie localisée. Le recours à cette approche permet d'éviter les effets indésirables de la thérapie systémique au psoralène et de réduire l'utilisation des corticostéroïdes .Dans la littérature , il a été démontré que la balnéopuvathérapie est plus efficace et plus tolérable dans le traitement des eczémas dyshidrosiques que la puvathérapie locale .Un autre avantage de la balnéopuvathérapie est la courte persistance de la photosensibilité induite par le 8-MOP ce qui permet au patient de poursuivre des activités normales 2 heures après le traitement. D'autres études ont démontré

que l'objectif thérapeutique au cours de la balnéopuvathérapie est atteint à des doses d'UVA plus faibles que la puvathérapie locale . La balnéopuvathérapie permet d'éviter les effets secondaires de la méladinine orale telle que l'hépatotoxicité .

4. Efficacité de la LED chez les patients atteints de la rosacée

S.Essaddouki, F Z.El fatoiki, H.Skalli, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie
Hôpital universitaire CHU Ibn rochd Casablanca

Introduction

La rosacée est une dermatose inflammatoire faciale chronique assez fréquente, caractérisée par des poussées d'exacerbation et de rémission. Les approches thérapeutiques de la rosacée sont axées sur la suppression des symptômes par le biais d'agents anti-inflammatoires. Plus récemment, la thérapie photodynamique, en particulier les diodes électroluminescentes, a été présentée comme une alternative valable à la thérapie conventionnelle.
Nous rapportons l'efficacité et l'innocuité de la thérapie par diodes électroluminescentes pour le traitement de deux patientes atteints de rosacée papulopustuleuse.

Observation

Deux femmes âgées successivement de 21 et 34 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, avaient consulté pour une éruption papulo-pustuleuse du visage évoluant par poussées et rémissions aggravés par la chaleur, associés à une sécheresse et brûlure oculaire chez la 2ème patiente. Ces poussées sont parfois déclenchées par l'exposition solaire, la chaleur et l'application de certains produits cosmétiques.L'examen clinique retrouvait des lésions papuleuses de petites tailles parsemées de quelques pustules et siégeant sur un fond érythémateux avec des fines télangiectasies localisés au niveau des 2 joues, du front et du menton chez la 1ère patiente et au niveau des du nez et du menton chez la 2ème patiente. Le diagnostic de la rosacée au stade papulo-pustuleuse a été retenu cliniquement. La prise en charge thérapeutique initiale était basée sur les mesures hygiéno-diététique et un traitement médical à base des cyclines orales et métronidazole locale. Les deux patientes ont signalé une réduction des symptômes tels que les brûlures et les démangeaisons et des pustules et la persistance de l'érythème et les papules. La décision était d'ajouter la LED au protocole thérapeutique. Une bonne réponse et réduction complète des symptômes a été obtenue pour les deux patients après dix séances.

Discussion

La particularité de notre observation réside sur l'utilité de la thérapie par la LED pour le traitement des patients atteints de rosacée.
Plusieurs approches thérapeutiques sont actuellement disponibles pour le traitement de la rosacée et elles visent principalement à contrôler les symptômes de la maladie. En général, la réduction de la thérapie orale en faveur d'une thérapie topique ou physique est souhaitable afin de réduire les effets secondaires pour les patients et d'augmenter la sécurité du traitement. La LED agit sur la régulation et la baisse des médiateurs inflammatoires clés de la rosacée, tels que la cathelicidine, TLR2, et les kallikréines et cela pourrait également avoir un impact aussi important sur l'étiopathogénie de la rosacée et sur la modulation de la réponse immunitaire. Ce type de traitement pourrait représenter une approche efficace, plus sûre et bien tolérée pour le traitement de ce type d'affection.

5. Efficacité du Rituximab dans le traitement du pemphigus: expérience du service en 2021

M.Alj, F.Chahboun, M.EL Jazouly, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc

Introduction :
Le pemphigus est une maladie bulleuse auto-immune due à des autoanticorps dirigés contre les protéines transmembranaires constitutives des desmosomes : la desmogleine DSG. Le Rituximab RTX représente actuellement le traitement de première intention du pemphigus, notamment des formes modérées à sévères.
Nous rapportons notre expérience avec le RTX dans le traitement des pemphigus à travers 3 observations. **Observations :**
1er cas : M.N âgée de 43 ans consultait pour un pemphigus vulgaire cutanéomuqueux. Elle présentait des lésions érosives de la muqueuse buccale douloureuses, gênant l'alimentation et des lésions cutanées érosives post bulleuses au niveau de la face antérieure du tronc, du dos et des membres supérieurs ainsi qu'une atteinte unguéale faite de paronychie associée à des lignes de beau. Le diagnostic était posé sur la biopsie d'une lésion érosive de la muqueuse buccale montrant un décollement épidermique suprabasale avec acantholyse. La recherche d'anticorps anti substance intercellulaire par immunofluorescence indirecte IFI était positive à 320 UI/ml. Après un bilan biologique pré-RTX réalisé sans anomalie, la patiente a reçu 2 cures de Rituximab à 1g en intraveineuse lente à 15 jours d'intervalle associées à une corticothérapie per os à 0.5mg/kg/j pendant 1 mois puis dégression progressive. Une 2ème cure de RTX a été reçue après 6 mois. Une très bonne évolution clinique a été constatée dès le 2ème mois. Une IFI réalisée 2 mois après la 2ème cure s'est révélée négative. La patiente est actuellement en rémission complète 26 mois après le début du traitement par RTX.
2ème cas : E.A âgée de 52 ans, suivie pendant 2 ans pour pemphigus profond diagnostiqué sur biopsie cutanée présentant une cortico-résistance avec amélioration partielle sous corticothérapie orale à 1mg/kg/j. A l'admission, la patiente présentait des lésions érosives au niveau du visage. L'IFI était de 160 UI/ml. Après un bilan pré RTX sans anomalie, la patiente a reçus 2 cures de RTX à 1g en IVL à 15 jours d'intervalle, associée à une dégression de la corticothérapie. Actuellement, à 4 mois après la première cure de RTX, on note une bonne évolution clinique avec disparition des lésions cutanées et une IFI négative.
3ème cas : patiente suivie pour pemphigus vulgaire depuis mai 2020 mise sous corticothérapie 1mg/kg/j associée à l'azathioprine 150 mg /j avec cortico-dépendance et récidive des lésions à la dégression de la corticothérapie. Après un bilan pré RTX sans anomalie, la patiente a reçu 2 cures de RTX 1g en IVL à 15 jours d'intervalle avec dégression de la corticothérapie. Une nette amélioration clinique a été constatée dès le 1èr mois d'évolution après la 1ère cure.
Discussion :
Comme en témoigne notre modeste expérience dans le traitement du pemphigus, et bien qu'il n'existe pas actuellement d'AMM dans cette indication, le RTX représente le traitement de première intention, notamment des formes modérées à sévères, en association à une corticothérapie générale brève (3 à 6 mois). Le recours à une corticothérapie générale seule de durée prolongée n'est plus recommandé sauf en cas de contre-indication au RTX ou d'impossibilité de réaliser ce traitement. Une étude montre que l'effet du RTX dans le pemphigus est lié à l'élimination des lymphocytes B (LB) mémoires IgG spécifiques de la DSG dont surtout les LB DSG+ commutés mémoires IgG + CD27+.Leur diminution après

RTX est directement corrélée à la rémission clinique. Le maintien de la rémission semble également faire intervenir la production de gènes au rôle régulateur par les LB non spécifiques de la DSG dont la production d'IL-1RA, récepteur antagoniste de l'IL1 circulante, cytokine indispensable à la survie des LB auto-réactifs.

Conclusion

Au vue de son action sur le plan physiopathologique ainsi que son efficacité clinique évidente, le RTX représente une excellente alternative thérapeutique pour le pemphigus, en 1ère intention.

6. Psoriasis pustuleux généralisé traité avec succès par de l'isotretinoine:

Dr Benahmed Jihane, Pr Ismaili, Pr Meziane, Pr Benzekri, Pr Senouci

Introduction :

Le psoriasis pustuleux généralisé est une forme rare et grave de psoriasis, caractérisé par des épisodes récurrents d'éruptions érythémateuses parsemées de pustules aseptiques. Nous rapportons le cas d'un patient présentant un PPG ayant bien évolué sous isotrétinoine.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 17 ans sans antécédents, qui a présenté 1 mois avant son admission une éruption érythémato-squameuse généralisée pustuleuse atteignant le tronc, le dos, les membres, le visage et le cuir chevelu le tout évoluant dans un contexte fébrile, sans notion de prise médicamenteuse. Le bilan biologique retrouve un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à 19000 à prédominance PNN et une CRP élevée à 150 nm. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de psoriasis pustuleux généralisé. Devant l'indisponibilité du méthotrexate au cours de la pandémie liée à la Covid, le patient a reçu de l'isotrétinoine à raison de 0,6 mg/kg/j soit 35 mg/j avec bonne évolution clinique à 3 mois de traitement.

Discussion:

Le psoriasis pustuleux généralisé est une forme rare et grave de psoriasis qui pose le problème de diagnostic différentiel avec de nombreuses dermatoses dont la pustulose exanthématique aigue généralisée, la pustulose de Snnedon Wilkinson, le pemphigus à IgA. L'examen anatomo-pathologique retrouve un paterne psoriasiforme avec parakératose et un infiltrat inflammatoire périvasculaire mononuclée.

Le traitement repose essentiellement sur l'acitrétine, methotrexate, cyclosporine et photothérapie. L'isotretinoine a été également utilisée dans le traitement du PPG et aurait une efficacité comparable à l'etretinate, comme le démontre l'évolution chez notre patient. L'isotrétinoine pourrait être une alternative intéressante dans le traitement du PPG. De grandes cohortes seraient souhaitables afin de démontrer l'efficacité de l'isotrétinoine dans le traitement du PPG.

5. Ulcère de jambe artériel traité efficacement par la LED

F.Chekairi* 1 , K.Baline 1 , F.Elfatoiki 1 , H.Skali1 , F.Hali1 , S.Chiheb 1 1Dermatologie et vénéréologie , CHU ibn rochd , Casablanca , Maroc

Introduction

La photothérapie LED est connue pour accélérer le processus de cicatrisation des plaies par son action anti-inflammatoire, antalgique et régénératrice. Elle a été utilisée avec succès dans les ulcères veineux et chez les diabétiques, nous rapportons ici le cas d'une patiente atteinte d'un ulcère de jambe artériel traité efficacement par la LED.

Observation

Patiente âgée de 70 ans, connue hypertendue sous diurétiques et ARA II, diabétique type 2 sous ADO et cardioaspirine, suivie pour dyslipidémie sous statines depuis 10 ans. Admise pour un ulcère douloureux de la jambe droite, post traumatique, évoluant depuis 1 mois dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

L'examen dermatologique trouve un ulcère unique mesurant 8 cm de grand axe siègeant sur la face antéro-externe du tiers moyen de la jambe droite, à fond fibrineux et nécrotique par endroits, à bordure régulière et surélevée.

L'échographie-Doppler artérielle des MI montrait une infiltration athéromateuse diffuse des axes artériels sans plaque saillante ni sténose hémodynamique significative avec médiacalcose des axes jambiers, sans retentissement hémodynamique significatif. L'angioscanner des MI a objectivé un aspect en faveur d'une AOMI bilatérale avec mauvaise distalité et l'écho-doppler veineux des MI était normal.

L'ulcère a été traité par des soins locaux adaptés, associés à un traitement médical (vasodilatateurs et antiagrégant plaquettaire) dans le but d'assurer une expansion vasculaire. La patiente a également bénéficié de 12 séances de LED à raison de 3 séances par semaine avec réduction de la surface de l'ulcère de moitié (4 cm versus 8 cm) au bout d'un mois et diminution de la douleur.

Discussion

Le traitement étiologique de l'ulcère de jambe artériel repose en premier lieu sur les procédures de revascularisation locale. En complément, un traitement médical est instauré visant à réguler le dysfonctionnement microcirculatoire ou lorsque la chirurgie n'est pas possible. Mais cette approche thérapeutique standard a toujours besoin de nouveaux traitements, non invasifs, pour optimiser le processus de cicatrisation.

La peau péri-ulcéreuse est lisse, froide, luisante, dépilée, scléreuse et les pouls artériels périphériques sont perçus.

En effet, de nombreuses études ont montré l'intérêt de la LED dans les ulcères veineux et chez les diabétiques. Dans notre cas d'ulcère de jambe artériel, la chirurgie n'était pas indiquée, nous avons entrepris une thérapie adjuvante par la LED qui a abouti à un très bon résultat.

Cependant, d'autres essais sont nécessaires pour établir l'efficacité de la LED dans la prise en charge des ulcères de jambes artériels en compléments des soins standards.

9. L'Efficacité de Sécukinumab dans le traitement du psoriasis sévère de l'enfant

A.Kerouach ; F.Hali ;S.Chiheb; K.Bouayed
Service de Dermatologie, Service de Pédiatrie
CHU Ibn Rochd , Casablanca ,Maroc

Introduction :
Le psoriasis touche 1% des enfants, la compréhension de sa physiopathologie a permis de développer des thérapies ciblées avec une efficacité et une tolérance bien établies.
Le Sécukinumab est un anticorps monoclonal humain inhibant sélectivement l'IL 17A, cette molécule est couramment utilisée dans le psoriasis de l'adulte, et elle a été récemment approuvée par la commission européenne pour le traitement du psoriasis résistant chez les enfants de plus de 6 ans.
A travers nos observations, nous rapportons la tolérance et l'efficacité de cette biothérapie chez 2enfants atteints du psoriasis sévère.

Observations
Il s'agit de 2 enfants de sexe masculin âgés de 7 et 3 ans, pesant respectivement 15kg et 8kg , sans antécédents pathologiques particuliers, suivis depuis leurs 2 -ème année de vie pour un psoriasis pustuleux confirmé à l'histologie.
Plusieurs voies thérapeutiques ont été essayé, notamment des préparations à base de dermocorticoïde , les rétinoïdes ,la ciclosporine et le méthotrexate ; avec une amélioration légère et rechutes fréquentes. Chez nos 2 patients la recherche de la mutation IL36 était négative,
Après concertation pédiatre-dermatologue et un bilan pré biothérapie correct ,Le Sécukinumab a été démarré simultanément chez nos deux patients à raison d'une injection sous cutanée de 75mg/semaine à S0, S1, S2, S3, S4 puis 1 injection par mois, une régression rapide des lésions cutanées avec normalisation du bilan inflammatoire ont été noté. Le PASI était à 90% après la 3eme injection (S3) ,7 injections ont été reçu et aucun effet secondaire n'a été rapporté jusqu'à présent. **Discussion**
L'originalité de nos deux observations réside dans l'efficacité rapide et la bonne tolérance de Sécukinumab chez des enfants très jeunes ; 1 de nos patients est âgé de moins de 6ans (hors AMM), et ne présentant pas la mutation IL36, la présence de cette dernière est généralement corrélée à la bonne réponse à cette biothérapie. L'amélioration marquée observée, suggère que le Sécukinumab pourrait s'agir d'une option thérapeutique prometteuse pour cette population
Une révision des AMM pour le psoriasis de l'enfant, une incitation aux études thérapeutiques et la rédaction de recommandations s'avèrent nécessaires.

7. Succès de l'association dermocorticoïdes et peeling à l'acide trichloracétique dans le traitement du lichen scléroatrophique vulvaire

H.Ragragui Ouasmin[1]; N.Zerrouki[1] ; H.Saddouk[1]; N.Zizi[1,2]; S.Dikhaye[1,2]
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda
2Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :
Le lichen scléreux (LS) vulvaire est une dermatose inflammatoire chronique qui affecte les femmes à tout âge. Son incidence est inconnue. Il entraine un aspect scléreux vulvaire avec un impact sur le fonctionnement sexuel et un risque de transformation maligne. L'incertitude continue d'exister autour de sa pathogenèse, son diagnostic histologique et son traitement [12-5].

Observation :
Il s'agit d'une patiente âgée de 70 ans, sans antécédents pathologiques particulier, consultait pour un prurit génital intense, insomniant, d'installation progressive depuis 1 an avant sa consultation. L'examen clinique objectivait la présence d'un placard érythémateux, hypopigmenté, blanc ivoire par endroit, scléreux et atrophique, siégeant au niveau des petites lèvres et au niveau du vagin, déformant les reliefs anatomique avec rétrécissement de l'orifice vaginal et sans atteinte périanale. Une biopsie cutanée a été réalisée montrant une hyperkératose avec atrophie de l'épiderme et un infiltrat inflammatoire lichénoïde en bande dans le derme confirmant le diagnostic d'un lichen scléroatrophique vulvaire. La patiente était mise sous dermocorticoïde fort pendant 3 mois et a bénéficié d'une séance peeling au TCA à 33%. Des séances lasers CO2 étaient proposées, mais refusé par la patiente. L'évolution était marquée par une très nette amélioration clinique avec disparition de l'érythème, du prurit et de l'hypopigmentation avec un aspect souple sans atrophie.

Discussion :
Le lichen scléreux est une affection prurigineuse parfois asymptomatique. Son étiologie reste non claire avec implication des composantes génétiques et auto-immunes. Le délai entre l'apparition des symptômes et le diagnostic peut aller de 5 à 15 ans [1-2]. L'acide trichloracétique (TCA) est impliqué dans la régulation de l'inflammation et de la sclérose en améliorant l'efficacité des dermocorticoïdes [3-4]. Le diagnostic du LS vulvaire est généralement clinique, mais dans certains cas une biopsie peut être réalisée, notamment pour exclure une transformation maligne [2]. Le traitement de référence pour le LS vulvaire est les dermocorticoïdes forts. Les traitements de deuxième intention comprennent les inhibiteurs de la calcineurine, les rétinoïdes et les immunosuppresseurs. La chirurgie n'est utilisée que pour le traitement des complications [1-2]. Les solutions contenant du TCA sont largement utilisées en dermatologie pour les traitements cosmétiques, le mélasma, les verrues ou l'acanthosis nigricans [5]. A notre connaissance, aucun cas n'a été rapporté dans la littérature concernant l'utilisation du peeling au TCA comme traitement du lichen scléroatrophique vulvaire en combinaison avec les dermocorticoïdes forts.

Conclusion :
Ce rapport de cas illustre l'excellente réponse du lichen scléroatrophique vulvaire au traitement avec un stéroïde topique fort en combinaison avec le peeling au TCA à 33%. D'autres essais randomisés et contrôlés sont nécessaires.

8. Urticaire chronique et place de la corticothérapie

S.Essaddouki, F Z.El fatoiki, H.Skalli, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie
Hôpital universitaire CHU Ibn rochd Casablanca

Introduction

L'urticaire chronique est une affection cutanée courante avec un impact considérable sur la qualité de vie, d'où le recours répétitif à la corticothérapie par méconnaissance du diagnostic ou par améliorer le mode de vie. Peu de données cliniques sur le rôle aggravant des corticoïdes dans l'UC ont été rapportées. Nous rapportons une série de 34 patients suivis pour une urticaire chronique traités initialement par des corticoïdes.

Matériels et méthodes

Une étude rétrospective incluant 34 malades suivis pour une urticaire chronique peu ou non améliorés par les antihistaminiques H1, prenant des corticoïdes plus de deux jours par mois.

Résultats :

Trente quatre malades ont été inclus dans l'étude : il s'agissait de 5 hommes et 29 femmes (sex-ratio : 0,17) âgés de 7 à 60 ans (moyenne : 36,91) qui avaient une urticaire sévère depuis six semaines à vingt trois ans (moyenne : 62 mois). Tous nos patients avaient présenté une symptomatologie typique de l'urticaire avec une moyenne des épisodes de 2 fois par semaine. Vingt cinq patients (75,5%) ont présenté un angiœdème concomitant avec l'urticaire superficielle avec une fréquence d'un épisode / semaine en moyenne. Des CG étaient pris 3 à 30 jours par mois, administrés le plus souvent par voie orale, parfois intramusculaire. La durée moyenne d'utilisation des corticoïdes était de 1.45 ans. Tous les patients notaient une amélioration initiale des poussées sous corticoïdes et un rebond de la symptomatologie à leur arrêt. Une aggravation de la symptomatologie a été notée chez 75.52% des patients avec une fréquence quotidienne d'urticaire superficielle et des poussées répétées d'angiœdème. Une exploration de l'axe corticosurrénalien avait révélé une insuffisance surrénalienne iatrogène. La prise en charge consistait en un sevrage progressif des corticoïdes, hydrocortisone chez les patients présentant une insuffisance surrénalienne puis les anti-H1 de 2eme génération (triple dose chez 71,44% double dose chez 11,76 % et dose quadruplée chez 14,7% associé à un antileucotriène chez 26,47 %. Le méthotrexate a été prescrit chez 14,7% des patients. On notait une bonne évolution avec espacement des poussées chez 88,23% après un délai de 9 mois. **Discussion** L'originalité de notre étude réside dans l'illustration de l'absence d'indication des corticoïdes dans l'urticaire chronique spontanée. Une corticothérapie répétée semble pouvoir aggraver l'UC et induire une résistance aux anti-H1 et donc un échappement thérapeutique au traitement de première intention. Elle peut générer une corticodépendance et des effets secondaires non négligeables dans une pathologie cutanée, certes invalidante en termes de qualité de vie, mais bénigne.

9. Omalizumab : Début d'une nouvelle expérience

Dr K.Mejjati, Dr Z .Douhi , Dr N.Kalmi , Pr H.Baybay ,Pr S.Elloudi , Pr. FZ.Mernissi

INTRODUCTION :

L'urticaire chronique est une dermatose inflammatoire qui a un impact non négligeable sur la qualité de vie des patients .L'Omalizumab est actuellement recommandé dans la prise en charge des cas non contrôlés par les antihistaminiques .

Nous rapportons le cas d'une patiente du service suivie pour une urticaire chronique réfractaire améliorée sous Omalizumab .

OBSERVATION :

Il s'agit de Mme H., âgée de 42 ans, sans antécédents pathologiques notables , suivie pour une urticaire chronique spontanée évoluant depuis 10 mois non améliorée par la prise d'antihistaminiques à dose quadruplée, avec une dégradation majeure de sa qualité de vie (DLQI À 22) .

A l'examen clinique, la patiente présentait des plaques érythémateuses œdémateuses bien limitées , prurigineuses , fugaces et migratrices.

La patiente a été traitée par Omalizumab en injection sous cutanée à raison de 300 mg/mois .
L'évolution a été marquée par une nette amélioration clinique et fonctionnelle avec absence de récidive des lésions.

Discussion :

L'urticaire chronique est une dermatose inflammatoire ,définie par la survenue quotidienne de lésions superficielles et/ou profondes pendant plus de 6 semaines .Elle est responsable d'une altération de la qualité de vie des patients (inconfort physique , psychologique avec un impact énorme sur la vie sociale).
Les recommandations internationales sur la prise en charge de l'urticaire chronique préconisent un traitement par les antihistaminiques anti-H1 de deuxième génération pendant 2 à 4 semaines en première intention, en cas de persistance des symptômes, la posologie peut être augmentée jusqu'à un facteur de 4 pendant 2 à 4 semaines en 2ème intention.

Cependant dans 25 à 37 % des cas, l'urticaire chronique n'est pas contrôlée par les anti-H1 à ces posologies augmentées, il est alors recommandé d'y associer l'Omalizumab en 3ème intention .
L'Omalizumab est un anticorps monoclonal qui se lie aux immunoglobulines E circulantes réduisant ainsi leur nombre et entraînant un rétrocontrôle sur leurs récepteurs situés à la surface des mastocytes .
Il est utilisé à raison de 300 mg toutes les 4 semaines .
Chez notre patiente, le traitement par Omalizumab a permis d'obtenir un contrôle satisfaisant de sa maladie avec une nette amélioration de sa qualité de vie . Cette efficacité a été également démontrée dans la majorité des études (1) ,(2) ,(3) ,(4) .

Conclusion :

L'utilisation de l'Omalizumab chez les patients atteints d'une urticaire chronique sévère ,présentant une réponse insuffisante aux traitements anti H1 à posologie quadruplée , constitue une alternative thérapeutique efficace et bien tolérée .

20. Le rôle des pharmaciens dans la prise en charge de l'acné

K. Kaddar 1; H. Daflaoui 1 ; N. Zizi 1,2 ; S. Dikhaye 1,2.

1 Service de Dermatologie Vénéréologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda Maroc.

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique,

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda Maroc

Introduction :

L'acné est une affection cutanée courante qui touche plus de 80% des adolescents. Sa clinique est polymorphe avec différents types de lésions élémentaires qui peuvent coexister ou succéder les unes aux autres. Les patients acnéiques se présentent généralement dans les pharmacies aux premiers stades de leur maladie(1). Pour cela, Il était nécessaire d'évaluer, à travers notre étude, les connaissances des pharmaciens dans la prise en charge de l'acné.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une enquête transversale réalisée en mois d'Aout 2021 et qui a concerné des pharmaciens et des préparateurs marocains. Les participants ont répondus à un questionnaire qui comprenait des questions portant sur les données du pharmacien mais également sur les différents produits conseillés en matière d'acné et sur les modalités de délivrance des rétinoïdes.

Résultats :

On a pu colliger 63 participants, dont 36 pharmaciens (57,1%), 24 préparateurs en pharmacie (38,1%) et 3 résidents (4,8%). 71,4% des participants étaient des femmes (sex-ratio H/F 0,4). L'exercice de la profession variait de 6 mois à 37 ans (moyenne de 8,8 ans).

La majorité des participants n'ont jamais assisté à une conférence/formation en dermatologie (46%), 20,6% des participants ont assisté une seule fois, 11,1% deux fois, 6,3% trois fois, 15,9% ont assisté à plus de 4 conférences.

Parmi nos 63 pharmaciens et préparateurs, 61 ont déjà reçus au minimum un patient consultant pour acné par semaine. L'âge moyen des patients demandant conseil se situait dans la tranche 20-30 ans dans 49 cas (77,8%) et la tranche 10-20 ans dans 14 cas (22,2%). Aucun patient n'était âgé de plus de 30 ans.

La quasi-totalité des participants ont déjà conseillé un traitement anti-acnéique (95,2%) à raison de : 1 fois/semaine dans 44,4% des cas, 2 fois dans 23,8%, 3 fois dans 15,9% et plus de 4 fois par semaine dans 15,9%.

Avant de conseiller un traitement, les participants s'intéressaient essentiellement à la sévérité de l'acné (76,2%), suivi du type de l'acné (52,4%), les traitements antérieurs reçus, le suivi dermatologique antérieur et l'ancienneté de l'acné dans 49,2% chacun. Ils ne s'intéressaient aux antécédents du patient que dans 34,9% des cas.

Selon le questionnaire, Un gel nettoyant était prescrit dans 93,7% des cas suivi de l'écran solaire (71,4%). Les traitements les plus conseillés étaient : le peroxyde de benzoyle (63,5%), les ATB topiques (34,9%), les rétinoïdes topiques (31,7%), les ATB per os (23,8%). Les rétinoïdes per os n'ont été conseillés dans 20,6%. Les autres produits étaient rarement prescrit (Contraceptifs oraux, gluconate de zinc...)

Concernant les modalités d'hygiène et mode de vie, La protection solaire était préconisée chez 53 cas (84,1%). Le régime alimentaire a été conseillé chez 27 patients (42,9%), l'utilisation de produits doux et l'éviction de manipulation des lésions chez 27 cas chacune.

Tous les patients ont été adressés au dermatologue dans 36,5% des cas, dès la première fois dans 26 cas, Selon la sévérité de l'acné dans 15 cas, Après échec du traitement conseillé dans 12 cas, et Selon les moyens du patient dans 10 cas.

Nos pharmaciens et préparateurs de pharmacie recevaient, chaque semaine, des ordonnances pour traitement de l'acné au moins une fois, et étaient prescrites le plus souvent par des dermatologues. Exceptionnellement les pharmaciens ou les préparateurs de pharmacie ont reçu une ordonnance des autres spécialités médicales pour traite ment de l'acné. (2)

Concernant la délivrance des rétinoïdes, elle est obligatoire pour 50 participants, et ne devait être prescrite par un dermatologue que pour 29 pharmaciens et préparateurs. Une éventuelle grossesse n'a été systématiquement vérifiée que dans 20 cas. La méthode de contraception, le niveau de compréhension et l'accord de soin des patientes n'ont été évalués que rarement.

Les pharmaciens et préparateurs en pharmacie rappelaient aux patients les effets indésirables irritants des rétinoïdes dans 92% des cas, et conseillaient quasiment toujours au moins une mesure pour les prévenir : une crème hydratante (98,4%), baume labial (90,5%) et un apport hydrique important (76,2%).

Discussion :

L'acné est une dermatose chronique fréquente qui fait souvent l'objet d'une consultation directement auprès de l'officine. Dans notre étude, un nombre assez important demande conseil auprès de leur pharmacien.

Cette affection touche les adolescents entre 12 et 18 ans. La tranche d'âge comprise entre 2030 ans était la plus demandeuse de traitement dans notre étude.

Plusieurs classes thérapeutiques sont disponibles pour traiter les diverses formes d'acné. Le traitement repose essentiellement sur les traitements topiques dans l'acné mineure à modérée, alors que l'association d'un traitement topique et systémique s'avère nécessaire dans l'acné moyenne à sévère(3). Les différentes classes thérapeutiques sont prescrites par les participants de l'étude à des pourcentages variables, notamment le peroxyde de benzoyle en premier lieu.

D'une autre part, le pharmacien tient un rôle majeur dans la gestion du risque tératogène en s'assurant de la mise en place et du suivi de la contraception chez les patientes(4), Or, dans notre série, le test de grossesse n'est vérifié que dans 31% des cas. De plus, il existe des aberrations en matière de prescription et d'information concernant les rétinoïdes et les cyclines, d'où l'intérêt de restreindre la prescription de ces molécules aux dermatologues, et de réglementer leur délivrance dans les officines.
L'orientation vers une consultation spécialisée s'avère nécessaire des fois, ce qui est souvent conseillé par nos pharmaciens. La protection solaire est indispensable notamment chez les personnes acnéiques(5), du fait du risque de l'hyperpigmentation post inflammatoire.

Nos pharmaciens sont conscients de ce problème. L'écran total est parmi les produits les plus conseillés, ses modalités d'application sont bien connues et rappelées pour chaque patient.

Conclusion : L'acné est une affection qui peut être lourde par son retentissement psychologique. Sa prise en charge nécessite l'implication de tous les acteurs de santé notamment les dermatologues et les pharmaciens. Les effets indésirables du traitement peuvent favoriser la mauvaise observance, l'écoute et les conseils du pharmacien seraient d'une grande utilité.
Ainsi, le rôle du pharmacien ne se limite pas à la simple délivrance de traitement. Une meilleure formation en matière de prise en charge de l'acné ne serait que bénéfique pour répondre aux attentes du patient acnéique.

21. Phytothérapie en dermatologie et cosmétologie: Une enquête auprès de 126 patients

M. Benkaraache[1], A. Khouna[1], N. ZIZI [1,2], S. DIKHAYE [1,2]

1. Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
2. Laboratoire d'épidémiologie, de recherche scientifique et de santé publique.
   Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier , Maroc.

INTRODUCTION :

La phytothérapie est une discipline médicale très ancienne, basée sur l'utilisation de plantes médicinales pour le traitement de différentes pathologies.
Elle varie d'un pays à un autre. Elle dépend de la culture, l'histoire, les convictions personnelles et le contexte socio-économique.
Dans notre contexte marocain, vu la diversité et la disponibilité des plantes médicinales, ainsi que la médiatisation de ces dernières, le recours à la phytothérapie ne fait qu'augmenter jour après jour (1).
La peau, étant un organe accessible, elle constitue la première cible en matière de phytothérapie cosmétique ou thérapeutique .

MATERIELS ET METHODES :

Nous avons mené une enquête auprès de cent vingt-six patients souffrant d'acné, psoriasis, vitiligo, pelade, hyperhidrose axillaire, hyper pigmentation, sur une durée de trois mois allant de Janvier 2021 à Avril 2021.

Nous avons inclus les patients qui ont été vus en consultations et ceux qui ont été hospitalisés au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Oujda durant la période de l'étude. Pour la réalisation de ce travail, nous avons établi un questionnaire qui a été traduit en arabe dialectal.

L'objectif de cette enquête était d'évaluer les pratiques traditionnelles des patients, l'efficacité et les effets indésirables remarqués.

RESULTATS :

Notre étude avait concerné cent vingt-six patients avec un âge moyen de 37 ans dont 65 % étaient de sexe féminin et 35% de sexe masculin.

Concernant le niveau d'instruction, 48,41% n'étaient pas scolarisés, 21,42% avient une scolarisation primaire ,23,80 % avaient une scolarisation secondaire et 8,7% avaient un niveau d'études supérieures.
Parmi les patients que nous avons interrogés, 30,95% avaient une acné,35% consultaient pour une fragilité capillaire, 11,90 % atteints de Vitiligo, 11,11 % suivis pout un psoriasis, 8,7% avaient une hyper pigmentation,7,9 % étaient suivis pour une pelade et 3,9 % souffrant d'hyperhidrose.

Dans notre série, 42% des patients ont commencé d'emblée l'utilisation des plantes médicinales avant de consulter un dermatologue suite à des conseils des proches et 46 % après échec du traitement prescrit par le médecin, alors que 12% avaient une bonne observance thérapeutique et rapportaient n'avoir jamais eu recours aux pratiques traditionnelles.

Cette enquête a permis de recenser 11 types de plantes médicinales : le rosier de Damas (rosa damasena), Curcuma (curcuma longa), pourpier (portulaca oleracea), le lin (linum usitatissimum), nigelle cultivées (Nigella sativa), Figuier de barbarie (opuntia ficus indica), ail (allium sativum) , Huile de Ricin, la lavande, la pierre d'alun et le henné .

Aucune amélioration n'a été notée chez 82 patients chez 65%, Les résultats étaient modérément satisfaisants (régression légère des symptômes à type de prurit et érythème) chez 14% et 10,31 % sz patients ont trouvé des résultats satisfaisant en matière de repousse de cheveux, de dépigmentation et de désodorisation.

Les effets secondaires rencontrés étaient très peu fréquents à type d'épigastralgies chez 4% des patients, surinfection des lésions et sensation de picotement au site d'application chez 9 % des patients.

DISCUSSION :

La phytothérapie est une pratique très ancienne, qui consiste à utiliser un produit dit phyto thérapeutique soit en infusion, en macération ou en extrait liquide ou solide.
Le rosier de Damas, l'huile de Ricin, l'ail, la lavande, la pierre d'alun et le henné représentent les espèces les plus utilisées par nos patients, ceci est dû à leur utilisation depuis des années au sein de la société marocaine.
L'efficacité de ces plantes en cosmétologie a été reconnue grâce au principe actif contenu dans la plante qui à lui seul doit être extrait. Dans les dermatoses courantes telles que le psoriasis le vitiligo, l'acné et la pelade, l'efficacité des plantes n'a pas été prouvée sauf en cas d'application de plantes ayant un effet anti inflammatoire ou anti oxydant tels que les Nigelles cultivées qui étaient efficaces chez 10% , ce qui rejoint les résultats de notre étude (2).
Les effets secondaires des plantes médicinales peuvent être graves, à type d'hépatotoxicité, réactions allergiques et douleurs abdominales.
Cependant il n'existe pas d'études scientifiques justifiant leur utilisation, confirmant leur efficacité et décrivant leurs effets secondaires. (3).

CONCLUSION:
La phytothérapie est encore très largement utilisée dans notre contexte. A cause de la forte consommation de ce type de thérapeutique et le manque d'information chez les patients de la toxicité potentielle des plantes

médicales, il est nécessaire de mettre en œuvre un système de vigilance pour assurer un usage sécuritaire et bénéfique.

12 . Syndrome de la langue noire chevelue associé à une intoxication rénale et hématologique à la phytothérapie

H .Moata[1], F .Elfatoiki [1], H .SKalli[1] , F .Hali[1], S .Chiheb[1] .

1 Service de dermatologie vénérologie, chu ibn rochd. Casablanca. Maroc.

Introduction :

Le syndrome de la langue noire chevelue est une affection acquise caractérisée par une hypertrophie filiforme des papilles linguales, associée à une coloration noirâtre de la face dorsale de la langue. Nous rapportons un cas inhabituel d'un syndrome de la langue noire chevelue, associé à une intoxication rénale et hématologique à la phytothérapie.

Observation :

Patiente âgée de 21 ans, hospitalisée en réanimation pour une insuffisance rénale aigue sévère suite à une automédication à la phytothérapie, présente depuis 1 semaine une modification de l'aspect et de la coloration de la langue .A l'interrogatoire, il n'ya pas de notion de tabagisme ni d'alcoolisme ni de prise d'antibiotiques . L'examen objective une langue de coloration noirâtre, villeuse d'aspect chevelu. L'aspect clinique était évocateur d'un syndrome de la langue noire chevelue . Au bilan ,la patiente avait une créatininémie à 76 mg/L et une pancytopénie avec une anémie normochrome normocytaire avec un taux d'hémoglobine à 8g/dl, une leucopénie à 2420 /mm3 et une thrombopénie à 50000 /mm3 .La patiente a été mise sous soins locaux avec normalisation de l'aspect de la langue au bout d'une semaine de l'arrêt de toute automédication ancestrale et après la normalisation de la fonction rénale et de la formule sanguine .

Discussion :

La physiopathologie du syndrome de la langue noire chevelue est multifactorielle impliquant des facteurs locaux et systémiques. En plus du tabagisme , l'alcoolisme, l'hygiène buccale défectueuse, l'abus de consommation de café et de thé noir, la névralgie du trijumeau, l'irradiation cervicale , le terrain delibité et l'immunodépression , certains médicaments antibiotiques comme la pénicilline, l'auréomycine, l'érythromycine ,la doxycycline et la néomycine sont aussi incriminés en altérant la flore orale. La particularité de notre observation est la survenue de ce syndrome suite à une automédication à la phytothérapie compliquée d'une insuffisance rénale aigue et d'une pancytopénie.

13. Plasmaphérèse en dermatologie : expérience d'un CHU marocain

Kaoutar Sof [1]; Hasnae Saddouq [1]; Soraya Aouali [1] ; Nada Zizi [1-2]; Siham Dikhaye [1-2]

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

(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction:

Les échanges plasmatiques (EP) sont prescrits en dermatologie dans les pathologies autoimmunes : les dermatoses bulleuses auto-immunes (DBAI), la dermatomyosite, le lupus érythémateux disséminé…Le but de cette étude est de décrire l'expérience de notre service en matière de plasmaphérèse.

Matériel et méthodes :
Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive colligeant tous les patients hospitalisés au service de dermatologie et ayant bénéficié d'EP à partir de Juin 2020 jusqu'au mois de Mai 2021.

Résultats :

Nous avons recueilli 11 patients d'âge moyen de 70 ans et de sexe ratio H/F de 1,2. Notre échantillon est composé de : 2 cas de pemphigus vulgaire, 2 cas de pemphigus superficiel, 2 cas de dermatomyosite, un cas de pemphigoïde cicatricielle , un cas de pemphigoïde bulleuse et un cas de psoriasis. Tous les patients avaient des formes sévères ou ne pouvaient pas bénéficier de traitements immunosuppresseurs notamment avec la pandémie de la COVID 19. Au total, 29 séances d'EP ont été réalisées. Nous avons noté une bonne évolution chez 7 patients : 4 pemphigus, 1 pemphigoïde bulleuse, 1 pemphigoïde cicatricielle et 1 dermatomyosite. L'évolution était jugée sur l'amélioration des scores cliniques, de la qualité de vie des patients ainsi que la diminution de la surface cutanée atteinte. Deux effets indésirables sont survenus : un choc septique chez deux patients et une thrombose du membre inférieur chez un autre patient.

Discussion :

À notre connaissance, c'est la première série marocaine rapportant l'usage de la plasmaphérèse en dermatologie.

Au début de la pandémie de la COVID 19, nous n'avions pas assez de recul par rapport à l'utilisation des traitements immunosuppresseurs, ce qui nous a poussé à démarrer la plasmaphérèse comme traitement de première intention chez quelques patients et de différer ainsi l'instauration de ces traitements. Les résultats obtenus nous ont poussé par la suite à élargir les indications de ce procédé.

L'évolution était favorable principalement dans les dermatoses auto-immunes : 6 DBAI et 1 dermatomyosite. En effet, tous les patients suivis pour pemphigus et qui ont bénéficié d'EP ont bien évolué avec une amélioration rapide par rapport aux traitements usuels. L'efficacité des EP dans cette indication est déjà rapportée dans la littérature.

Le choc septique était l'effet indésirable le plus fréquent dans notre étude, ce qui rejoint les données de la littérature.

Conclusion :

La plasmaphérèse est un traitement de sauvetage pour différentes pathologies dermatologiques auto-immunes, qui nous a été très utile en période de pandémie de la COVID 19.

24. Thérapies non conventionnelles en dermatologie :

Kaoutar Sof[1], Khadija Kaddar [1], Hasnae Saddouk [1], Siham Dikhaye [1-2], Nada Zizi [1-2]

Introduction :
Les thérapies non conventionnelles sont les traitements qui n'ont pas prouvé leur efficacité en se basant sur des preuves scientifiques. Ces traitements comprennent l'acupuncture, l'aromathérapie, l'homéopathie, la phytothérapie, les vitamines, le yoga, la méditation... Cette étude a pour objectif d'évaluer l'utilisation de ces traitements en dermatologie.

Matériel et méthodes :
Étude prospective colligeant tous les patients adultes hospitalisés en dermatologie de Janvier 2021 au mois d'Aout 2021. Tous les patients ont répondu à un questionnaire comprenant l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, le niveau de scolarité, le diagnostic et les traitements non conventionnels utilisés.

Résultats :
Nous avons colligé 128 patients, 69 femmes et 59 hommes, avec un sex ratio H/F de 0,85. L'âge moyen est de 52,34. Trente-trois patients (25,7%) utilisaient au moins un traitement alternatif. Les traitements les plus souvent utilisés étaient les plantes médicinales (69%), les huiles essentielles (15%) et les humectants (15%). Ces traitements étaient utilisés fréquemment dans les pathologies néoplasiques (22%), la pelade (15%), le psoriasis (12%) et le prurigo chronique (9%). La plupart des patients qui utilisaient ces traitements n'avaient jamais reçu de scolarisation (14) ou avaient eu uniquement une scolarisation primaire (9). La quasi-totalité des patients ne trouvaient pas ces traitements utiles (96%). Les sources d'information des patients étaient la famille (65%), les amis (25%) et les réseaux sociaux (10%).

Discussion :
Les thérapies non conventionnelles sont de plus en plus populaires cette dernière décennie[1]. Une étude anglaise a montré que le tiers des patients suivis en dermatologie utilisaient des thérapies non conventionnelles[2]. Une autre étude turque a objectivé un pourcentage de 30%[3]. Notre pourcentage (25,7%) est légèrement inférieur à celui de la littérature, ceci est expliqué par notre échantillon qui était basé uniquement sur les patients hospitalisés. Les données de la littérature n'ont pas montré de relation significative entre le sexe, le niveau de scolarité et le statut socio-économique[2,3]. Les auteurs ont démontré que l'urticaire, la pelade et le psoriasis sont significativement liés à l'utilisation de thérapies non conventionnelles [3]. Ceci rejoint partiellement notre étude qui a objectivé une utilisation plus importante chez les patients suivis pour pelade et psoriasis.

Conclusion :
Les dermatologues doivent être conscients de la tendance des patients à utiliser des thérapies non conventionnelles et doivent les guider vers l'utilisation de traitements inoffensifs.

AUTRES

1. Les demandes de consultations dermatologiques par téléphone

S.Bouabdella 1 ; S. Aouali1; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2.

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction :

En deux décennies, la télédermatologie est devenue une des applications les plus développées de la télémédecine. Sur différentes plateformes et site webs, des dermatologues font le diagnostic des pathologies les plus bénignes aux plus dangereuses. Le but de notre étude est de déceler les particularités de ce type de consultation et de décrire l'attitude des dermatologues vis-à-vis ces consultations.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée en Aout 2021, portant sur les dermatologues ainsi que les résidents en dermatologie au niveau national. Nous avons utilisé un questionnaire rédigé en français et comportant 18 questions conçu par la plateforme Google forms qui a été distribué à travers les réseaux sociaux sur différents groupes.

Résultats :

Notre échantillon était composé de 80 répondants, dont 32 dermatologues et 48 résidents en dermatologie. Tous les interrogés étaient de sexe féminin et 66.6% travaillaient dans le secteur public. L'âge moyen était de 31,5 ans. Tous les répondants ont déjà reçu des images cliniques de patients pour une consultation sur leur téléphone et aucun de nos médecins n'a jamais effectué de consultation à travers une plateforme officielle. Ces images proviennent surtout de membres de la famille, amis ou d'autres médecins et 2 répondants ont reçu des images venant de parfaits inconnus. Tous les interrogés les ont reçus par WhatsApp, 60% sur Facebook, 28% sur Instagram, 10% par courriel et 2% par SMS/MMS. Ces images cliniques portaient surtout sur la pathologie infectieuse selon 68 médecins, puis sur la pathologie inflammatoire selon 42 médecins, sur la pathologie tumorale selon 5 d'entre eux et sur la dermatologie esthétique en dernier. Quatre-vingts pour cent des médecins interrogés demandent un complément d'images et posent tous des questions complémentaires au patient afin d'établir un diagnostic. Soixante pour cent des interrogés pensent que ce type de consultation peut être justifié et pensent tous que ces consultations doivent être réglementées pour une meilleure organisation.

Discussion :

Un problème de peau ? Faites une photo ! C'est le concept de multiples applications web ou mobiles qui sont de plus en plus adaptées surtout, en période de pandémie, comme celle que nous vivons à travers le Coronavirus. Elles sont en général gratuites mais l'analyse de l'image par le dermatologue est payante. Ces plateformes permettent de consulter un dermatologue à distance et de recevoir un diagnostic ainsi qu'un traitement par ordonnance si

nécessaire. Elles ont pour but d'améliorer l'accès aux soins car les délais de prise de rendezvous chez les dermatologues sont longs. Or, dans notre contexte, ces applications ne sont pas toujours utilisées et ce type de consultation n'est pas codifié et se fait de façon anarchique. Dans notre échantillon, tous nos médecins reçoivent des demandes de consultations sur leur téléphone mais aucun n'a effectué ces consultations à travers une application ou plateforme codifiée. Whatsapp est le réseau social le plus utilisé par les dermatologues pour la discussion des cas cliniques selon l'équipe de dermatologie du CHU de Marrakech vu sa facilité d'utilisation, la rapidité du téléchargement des images et la rapidité des réponses. Cette plateforme était également la plus utilisée par nos répondeurs pour ce type de consultation.

Conclusion :

La télédermatologie est un outil prometteur qui est en plein essor. Cependant, ces consultations doivent être effectuées dans un cadre sécurisé et formalisé pour le bien du patient et du médecin.

3. Pathologies dermatologiques en médecine générale : Expérience de 10 centres de santé à Marrakech

Layla Bendaoud, Ouafa Hocar , Said Amal
Service de dermatologie, CHU Med VI , Marrakech FMPM Laboscience

Introduction :

La dermatologie est une spécialité médicale, très sollicitée en médecine générale. Elle se caractérise par la diversité et la multiplicité de ses pathologies, qui représentent un motif de consultation fréquent aux centres de santé. L'objectif de ce travail est de décrire la prévalence et le profil des dermatoses vues en consultation de médecine générale aux centres de santé de la ville de Marrakech.

Patients et méthodes :

Une étude transversale à visée descriptive et analytique, réalisée entre décembre 2020 et février 2021, sur une durée de 3 mois chez une population de tout âge consultant pour une dermatose en médecine générale dans la ville de Marrakech.

Résultats :

Durant la période d'étude, 46 patients étaient inclus, sur un total de 400 consultants, soit une prévalence de 11.5%. Ils étaient 32 femmes (65.59%) et 14 hommes (34.41%). L'âge moyen était 26.7 ans avec des extrêmes allant de 3 mois à 68 ans. Dix-neuf patients avaient moins de 15 ans (41.3%), et 27 avaient plus de 15 ans (58.70%). Les motifs de consultation étaient une éruption cutanée chez 34 cas, un écoulement vaginal chez 7 cas, un prurit chez 3 cas et une atteinte unguéale chez 2 cas. 71,74 % des lésions étaient aiguës et 28,26 % étaient chroniques.

Les principales affections recensées étaient les dermatoses infectieuses (34.78%), les dermatoses immuno-allergiques (17.39%), les infections sexuellement transmissibles (15.21%), les dermatoses inflammatoires (11,85%), les génodermatoses (0,50%), les maladies dysimmunitaires (0,01%)

Les dermatoses infectieuses occupaient le premier rang parmi les dermatoses recensées au cours de cette étude avec un pourcentage de 34.78%. Les infections mycosiques étaient retrouvées dans 10.84% des cas, et constituées par l'intertrigo sous mammaire (5%), l'intertrigo inter-orteil (2.5%), la teigne et l'érythème fessier. En ce qui concerne les infections bactériennes, elles étaient également retrouvées dans 10.84%, faites de 5 cas de furoncle. Les infections virales étaient réparties en deux cas de varicelle, deux cas de

molluscum contagiosum et un cas de syndrome main-pied-bouche. Quant à l'infection parasitaire était retrouvée dans 2.17% représentée par un cas de leishmaniose cutanée.

Les dermatoses immuno-allergiques représentaient 17.39% des pathologies dermatologiques, incluant des cas d'urticaire (8.69%), d'eczéma (4.34%) et de la dermatite atopique (4.34%). Les infections sexuellement transmissibles étaient notées dans 15.21% des cas, et constituées par 7 cas de vulvovaginite. Les engelures étaient présentes dans 10.86% des cas. 3 patients âgés respectivement de 12 ans et 14 ans et chez 2 patientes âgées respectivement de 11 ans et 46 ans, évoluant depuis moins de 15 jours chez les 5 patients

Trois cas de prurit isolé étaient retrouvés. Et concernant les pathologies annexielles, deux patients consultaient pour un ongle incarné, et un autre consultait pour une acné. Puis Il a été noté un cas de chacune de ces pathologies : psoriasis, dermite séborrhéique, ulcère de jambe et piqure d'insecte.

Discussion :

Les pathologies dermatologiques sont fréquentes en pratique courante. Elles sont réparties en dermatose infectieuse, inflammatoire, tumorale, immun-allergique et dysimmunitaire. Les dermatoses infectieuses sont les plus fréquentes en consultation de médecine générale dans certaines études de la littérature, ceci concorde avec les résultats de notre travail. Alors que, la pathologie tumorale était absente dans notre étude. La prédominance féminine pourrait être expliquée par le biais de recrutement, puisque dans notre contexte marocain, la plupart des femmes sont des femmes au foyer, ayant le temps pour aller consulter contrairement aux hommes qui sont peu soucieux. D'autres études s'avèrent nécessaires dans d'autres régions, pour établir un profil épidémio-clinique des dermatoses vues en médecine générale dans notre pays.

Conclusion :

Les dermatoses constituent un motif de consultation fréquent en médecine générale, dont certaines relèvent d'une prise en charge spécialisée nécessitant l'intervention du dermatologue.

3. Digital Exposome

S.Aouali (1); H.Saddouk (1) ; N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)

(1) Service de Dermatologie- CHU Mohammed VI d'Oujda
(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier

Introduction

Les réseaux sociaux prennent de plus en plus place dans notre vie quotidienne. Les influenceurs et les stars exposent une image d'une vie parfaite, un corps parfait et une peau parfaite.

Bien que la majorité des photos ne reflètent pas la vérité, mais l'impact psychique n'est pas négligeable. Le manque d'estime de soi, les troubles alimentaires et de sommeil peuvent en faire les conséquences. Tous ces facteurs ne sont pas sans conséquences sur la peau et donc constituent le 'Digital exposome '.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'influence du 'Digital exposome' chez les internautes marocains.

Matériels et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive réalisée en Mars 2021, utilisant un questionnaire anonyme partagé sur les réseaux sociaux.

Ce questionnaire est composé de 12 questions portant sur la fréquence de l'usage des réseaux sociaux, l'intérêt porté aux profils des stars/ influenceurs, le ressenti face à ce genre de profils, les troubles alimentaires et du sommeil ainsi que l'automédication suite aux recommandations sur internet.

Résultats : Cent quatre-vingts quatre personnes ont répondu au questionnaire. Nous notions une nette prédominance féminine avec un sexe ratio Femme/Homme à 3,68. L'âge moyen était de 27 ans.

La grande majorité des participants (96,7%) consultent les réseaux sociaux plusieurs fois par jour. Presque 90% des participants suivent de façon régulière des influenceurs sur les différents réseaux sociaux.

Soixante pour cent des internautes éprouvent un manque de confiance en soi, un stress et une insatisfaction corporelle. La moitié des participants se sont déjà comparés à ces influenceurs, et affirment avoir l'envie de leurs ressembler.

Le tiers des internautes présente des troubles alimentaires, et 54,9% ont des troubles de sommeil. Plus que la moitié des participants admettent avoir utilisé des filtres Instagram/Snapchat pour masquer leurs problèmes de peau.

Enfin, 38,9% déclarent avoir pris un médicament (par voie orale ou topique) suite aux conseils des influenceurs sans demander l'avis d'un médecin.

Discussion :

Actuellement, La tendance d'idéalisation règne le monde virtuel. Beaucoup d'internautes s'affolent pour suivre la vague. Les filtres et les modifications des photos sont de plus en plus adoptés par les jeunes, certains se jettent même aux procédures cosmétiques. Pire encore, les consommateurs de ce genre de contenu virtuel tendent à suivre aveuglement des conseils insensés des influenceurs. Le stress et l'insatisfaction corporelle affectent aussi bien directement qu'indirectement la santé psychique et physique. La peau, étant le miroir de l'organisme, n'est certainement pas épargnée.

L'impact des réseaux sociaux sur la santé psychique a fait l'objet de plusieurs études. Une étude australienne a démontré que l'usage régulier de Facebook par des jeunes femmes impacte négativement l'humeur et participe au développement de sentiment d'insatisfaction corporelle[1].

Plus spécifiquement, dans le cadre des effets directs du 'digital exposome, une étude à évaluer l'effet des réseaux sociaux sur l'acné, et a démontré que le recours aux conseils des plateformes virtuelles complique la prise en charge de l'acné[2].

L'effet des réseaux sociaux sur les habitudes alimentaires a été étudié chez un groupe d'étudiantes universitaires et le résultat confirmait l'existence d'une relation significative entre l'adhérence aux réseaux sociaux et les désordres alimentaires[3].

Conclusion :

Les réseaux sociaux constituent un exposome qui affecte la peau de façon directe et indirecte. L'influence du digital exposome reste toujours sous estimée, particulièrement chez les jeunes internautes. Bien que le monde virtuel soit attirant et séduisant, il faut savoir le manier avec prudence à fin d'éviter ses désavantages.

4. Fausses croyances en dermatologie chez les médecins d'un centre hospitalier universitaire

S.Bouabdella 1 ; A.Khouna 1; S.Dikhaye 1,2; N.Zizi 1,2.
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction :

Les fausses croyances sociales et/ou médicales sont fréquentes en médecine. Le domaine de la dermatologie est riche en fausses croyances [1]. Le but de cette étude est de déceler certaines de ces fausses idées qui sont parfois difficile à combattre afin de les corriger.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée en Mai 2021, portant sur le personnel médical du Centre Hospitalier Universitaire d'Oujda. Nous avons utilisé un questionnaire rédigé en français et comportant 80 questions conçu par la plateforme Google forms et distribué à travers les réseaux sociaux sur différents groupes.

Résultats : Notre échantillon était composé de 106 personnes avec sexe ratio H /F de 0.20. L'âge moyen était de 27ans. Concernant l'hygiène de la peau, 80% des répondeurs pensent que la peau grasse n'a pas besoin d'être hydratée et 40% croient que l'eau aggravent les lésions cutanées infectées. Dans la partie des pathologies infectieuses, 27 médecins pensent

que les verrues ne sont pas contagieuses et 16 d’entre eux pensent que les mycoses ne sont pas contagieuses.
L’herpès génital ne fait pas partie des infections sexuellement transmissibles selon 12

médecins et 15% pensent que l'herpès ne peut pas guérir spontanément. Pour les pathologies inflammatoires, Quinze médecins ont répondu que l'acné ne touche que les adolescents, 18 pensent qu'elle peut être traitée par de l'auréomycine et 35 croient qu'elle interdit tout maquillage. Le psoriasis est contagieux selon 5 médecins et ne touche pas les enfants selon 20 d'entre eux. Concernant la protection solaire et les cancers cutanés, cinquante-cinq pour cent de notre échantillon pensent qu'il y a un risque de transformation maligne si un médecin manipule une lésion précédemment bénigne par biopsie ou exérèse et 18 médecins ont répondu qu'il est inutile d'appliquer un écran soleil quand il fait nuageux.

Discussion :

Les fausses idées en dermatologie affectent la prise en charge des patients et peuvent conduire à un retard diagnostique. Certaines croyances passent de génération en génération et sont même parfois cautionnées par le monde médical [1]. Par exemple,l'utilisation d'une crème hydratante est essentielle quel que soit le type de la peau, elle permet de la garder protégée et hydratée sans la rendre plus grasse [2]. Pour ce qui est des plaies, le traitement local doit comprendre le lavage et la détersion afin de prévenir les infections locorégionales. Le nettoyage à l'eau et au savon doux des plaies est donc recommandé [3]. Une étude, réalisée en France, a soulevé l'importance des idées fausses concernant l'herpès génital et a montré un manque de connaissance alarmant [4]. En ce qui concerne l'acné, c'est une dermatose fréquente qui touche un large éventail d'âges ; cependant, elle survient davantage à l'adolescence. Le maquillage peut répondre aux besoins quotidiens des patients souffrant d'acné et fournir une solution rapide pour améliorer leur apparence et qualité de vie. Les crèmes colorées et les correcteurs doivent être exempts d'huile, non comédogènes, fixés avec de la poudre et plus faciles à enlever que les bases lourdes [5]. Quant au psoriasis, c'est une maladie non transmissible, ayant un fardeau élevé et un impact sur la qualité de vie des patients. Une étude a montré des connaissances très insuffisantes concernant le psoriasis chez les italiens [6].
Depuis plus de 40 ans, le message solaire en France est faux, incomplet et trop timoré. Seules des campagnes intensives et précoces dans les jeunes générations devraient permettre une diminution des cancers cutanés dans les années futures [1].

Conclusion :

Le milieu médical marocain véhicule encore des fausses idées. Nous devons tous lutter contre ces fausses croyances souvent néfastes aux patients et à leurs entourages [1].

5. La pathomimie cutanee : etude retrospective a propos de 32 cas

M. Rimaoui ; F.Hali ; F. mernissi ; M.Agoub ; S.Chiheb

Service de dermatologie ; Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc **Introduction :** la pathomimie appartient aux troubles factices et correspond à l'imitation volontaire, l'induction de symptômes organiques par un patient dans le but de manipuler l'autre, et en particulier le corps médical. Il s'agit d'une manifestation psychopathologique potentiellement

grave et souvent difficile à prendre en charge. L'objectif de notre étude c'est d'illustrer à travers une série de cas ce trouble factice .

Matériel et méthodes

Notre travail est une étude rétrospective et descriptive, étalée sur une durée de 10 ans de 2010 à 2020 . L'étude a été réalisée grâce à la collaboration des résidents en dermatologie. La fiche d'exploitation préétablie était remplie pour chaque patient à partir des données fournies des dossiers médicaux.

Résultats : Un total de 32 patients ont été inclus .On a identifié trois tranches d'âge : ≤ 18 ans (34 ,38%), de 18 à 50 ans (50%) , supérieur à 50 ans (15.63%). Le sexe ratio : 0,2 . 62,5% des patients avaient un antécédent psychiatrique .78,13% des patients ont nécessité une hospitalisation. L'analyse sémiologique retrouve majoritairement des bulles et des érosions post bulleuses (30%) . La topographie lésionnelle est répartie : au tronc (37,5%), le visage (31,25%) les membres supérieurs (18,75%) et enfin les membres inférieurs (12,5%). Le recours à la biopsie cutanée était noté chez 84,37% des patients. 20 patients ont rapporté un facteur délenchant . Les données de l'examen psychiatrique ont objectivé : troubles dépressifs (83,33%), des troubles psychotiques (11,11%) , des troubles de la personnalité(5.56%). Tous les patients ont été traités par des pansements occlusifs et des topiques .Le traitement étiologique était basé chez 90% des

patients sur un traitement médical associé ou pas à une thérapie cognitico comportementale(TCC) , 9,52% ont été soumis à une TCC seule .

Discussion

Notre étude est parmi les grandes séries de la littérature illustrant la pathomimie cutanée . Il s'agit d' une manifestation psychopathologique potentiellement grave et souvent difficile à prendre en charge. Des études préalables ont conclu que la prédominance est féminine , l'incidence la plus élevée est situé dans la vingtaine ,un stress psychosocial préalable est souvent identifié ce qui est compatible avec les données de notre étude .La pathomimie peut signifier un « appel à l'aide indirect » à l'égard d'une situation de difficulté psychologique .Une prise en charge plurielle est donc indispensable pour contenir et soulager les angoisses et permettre l'accès à la verbalisation des souffrances.

6. Le prurit chronique : Signe fonctionnel fréquent, causes multiples. K.

Kaddar 1; N. Zizi 1,2 ; S. Dikhaye 1,2.

1 Service de Dermatologie Vénéréologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda Maroc.

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique, Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda Maroc

Introduction :

Le prurit chronique est un motif de consultation fréquent en consultation dermatologique, qui peut être responsable d'une altération de la qualité de vie majeure. C'est un symptôme souvent révélateur de multiples pathologies sous-jacentes. L'enquête étiologique est souvent complexe, d'où l'importance d'une approche systématique et soigneuse. (1)

L'objectif de notre travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique, étiologique, thérapeutique et évolutif d'une série de patients hospitalisés pour un prurit chronique.

Matériel et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive menée au service de Dermatologie vénéréologie du CHU MED VI OUJDA, incluant tous les patients hospitalisés pour un prurit chronique sur une durée de 7 ans (de 2014 à 2021). Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies à travers une fiche d'exploitation remplie à partir des dossiers des malades.

Résultats :

Il s'agit d'une série hospitalière de 35 cas de patients se plaignant d'un prurit chronique. Une nette prédominance féminine a été notée (sex-ratio H/F de 0,66). L'âge moyen de survenue était de 56 ans (20-94 ans). Les patients avaient des antécédents d'HTA (22%), de diabète (17%), d'atopie personnelle (8,57%) et de pathologie thyroïdienne (5,71%). Seulement 2,85% des patients avaient un antécédent psychiatrique. Une prise médicamenteuse précédant le prurit a été retrouvée chez 17,14% des cas. Un antécédent de prurit familial a été noté chez 4 patients (11,42%). La durée moyenne d'évolution était de 5,18 ans. L'index de qualité de vie (DLQI) moyen était de 9,94. L'examen dermatologique a objectivé essentiellement des lésions excoriées/ de grattage (42,85%), une xérose cutanée (31,42%), des macules hyperpigmentées cicatricielles (28,57%) et une lichénification (11,42%). La NFS a révélé une anémie chez 20% des patients, une hyperéosinophilie (11,42%) une hyperleucocytose (20%). Une insuffisance rénale a été découverte chez 5,71% des patients. Le bilan hépatique était perturbé chez 11,42% des cas. L'examen parasitologique des selles était positif chez 2,85% des cas. L'enquête étiologique a révélé une pathologie sous-jacente chez 31 patients (88,5%). Une cause néoplasique a été révélée chez 7 patients (20%) : pulmonaire dans 2 cas, endométriale dans 2 cas, mammaire et œsophagienne dans 1 cas chacune. Une pathologie hépatobiliaire a été retrouvée chez 5 patients (14,28%) dont 1 kyste hydatique et 1 hépatite virale C. la pathologie infectieuse représentait 8,57% des cas : une tuberculose pulmonaire, une gastrite à HP et une parasitose intestinale. La biopsie cutanée a révélé 2 cas d'eczéma chronique, 3 cas de lichen pigmentogène et 2 amyloses papuleuses. Les autres causes étaient : Anémie ferriprive chez 3 patients, une dysthyroïdie, une maladie de biermer, un syndrome de Gougerot Sjogren chez 2 patients chacune. Un traitement à base d'émollients et d'antihistaminiques a été proposé chez tous nos patients, en addition au traitement de la cause sous-jacente. L'évolution était favorable dans la quasi-totalité des cas.

Discussion :

Nos résultats concordent avec la littérature quant aux données épidémiologiques (prédominance féminine, âge moyen de survenue, fréquences de tares associées ...). Une étiologie a été révélée dans 88,5% dans notre série, avec plus de 20 pathologies différentes,

ce qui confirme la fréquence du prurit chronique comme symptôme révélateur de multiples causes sous-jacentes, allant des plus bégnines aux plus graves.

Les pathologies néoplasiques et tumorales étaient retrouvées au premier plan, ce qui rejoint les données de plusieurs séries de la littérature(2)(3)(4). La pathologie hépatobiliaire est également une cause fréquente de prurit (14,28% des cas dans notre série). La prise

médicamenteuse est à rechercher systématiquement(5). Dans notre série, elle a précédé le prurit dans 17,14%.
Cliniquement, Il peut s'associer à des lésions induites par le grattage comme : les excoriations, les stries de grattage, les troubles pigmentaires, et dans certains cas, la lichénification. Le prurit chronique survient dans un contexte pathologique évocateur ou doit être suspecté à travers l'examen clinique et éventuellement des examens complémentaires(6). La règle d'or est d'éliminer toute cause organique avant de retenir le diagnostic d'un prurit sénile ou psychogène.

Conclusion : À travers notre série, on a pu décrire plus de 20 pathologies différentes s'exprimant par un prurit chronique, avec une prédominance de la pathologie néoplasique et infectieuse, confirmant ainsi la nécessité, pour tout dermatologue, de mener une enquête étiologique exhaustive afin d'aboutir à un diagnostic et d'instaurer le traitement adéquat.

Néanmoins, du fait de l'altération de la qualité de vie des patients qui est souvent majeure, un traitement symptomatique s'avère également nécessaire.

7. Maladie de kyrle : A propos d'un cas

Hasna Kerrouch°, Meryem Khalidi, Hicham Titou, Rachid Frikh, Naoufal Hjira , Mohammed Boui

°Service de Dermatologie de l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V- RABAT

Introduction

La maladie de kyrle est une dermatose perforante acquise rare, de diagnostic parfois difficile, évoluant sur plusieurs années. Nous rapportons un cas de cette entité rare et méconnue.

Observation

Patiente de 48 ans, ayant comme antécédent une insuffisance cardiaque d'origine ischémique et une insuffisance hépatique, consultait pour une éruption prurigineuse, papuleuse et kératosique, siégeant au niveau du tronc et membres supérieurs, évoluant depuis 10 ans.

L'examen dermatologique objectait plusieurs papules violines ombiliquées, d'âge différent, avec un bouchon corné central adhérent, faisant environ 5 mm de taille, douloureuses à la palpation, associées par endroits à des lésions de grattage non spécifique. Les lésions affectaient le tronc et les membres supérieurs. L'examen des muqueuses et des phanères était normal.

L'histologie avait montré un épiderme acanthosique avec importante hyperkératose parakératosique compacte et une élimination de lamelles de kératine. Par ailleurs le derme était légèrement inflammatoire. Ces constatations histologiques ont permis de retenir le diagnostic de maladie de Kyrle.

La patiente a été mise sous antihistaminiques, dermocorticoïde classe forte, ainsi qu'une crème émolliente kératolytique à base d'urée. L'amélioration était toujours partielle.

Discussion

La maladie de kyrle (MK) appartient au groupe des dermatoses perforantes et survient préférentiellement chez l'adulte âgé de 30 à 50 ans.

Elle se manifeste cliniquement par une éruption de papulo-nodules ombiliqués à centre hyperkératosique ou croûteux, touchant surtout les membres inférieurs. L'atteinte du visage et des extrémités est exceptionnelle. Le prurit est souvent intense. L'histologie permet de confirmer le diagnostic.

La MK est souvent associée à un diabète sucré, une insuffisance rénale chronique terminale et les hépatopathies, ainsi qu'après certaines prises médicamenteuses

Le traitement comporte : kératolytiques, rétinoïdes par voie générale ou photothérapie, sans réelle efficacité

Conclusion La maladie de Kyrle est une affection rare qui doit particulièrement être recherchée chez le diabétique et l'insuffisant rénal. Le diagnostic est confirmé par l'histologie. Le traitement est décevant.

8. Complications cutanées chez les greffés rénaux.

El Arabi Y[1],
Hali F[1], Zahid S[2], El Fetoiki F.Z[1],
Skali Dahbi H[1], Ramdani B[2], Chiheb S[1]. [1]Dermatologie,
[2]Néphrologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction:

La greffe rénale représente la première greffe d'organe solide. Malgré les avancées dans la prise en charge, les traitements immunosuppresseurs s'accompagnent encore d'une incidence accrue de complications. L'objectif de notre étude est de décrire les complications cutanées post-greffe rénale et d'en définir les facteurs de risque.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude prospective portant sur les patients greffés rénaux suivis dans le service de néphrologie du CHU de Casablanca, sur une durée de un an à

partir du 1er Janvier 2020. Nous avons d'abord décrit la population ayant présenté des complications cutanées puis nous l'avons comparé à un échantillon n'en ayant pas présenté.

Résultats:

Vingt-huit patients greffés ont présenté une complication cutanée, dont vingt hommes et huit femmes âgés en moyenne de 43 ans [17 - 65 ans]. La néphropathie causale était indéterminée (n=15), malformative (n=4), hypertensive (n=4), glomérulaire (n=3), et de reflux (n=2). Neuf patients avaient un donneur compatible. Tous les patients avaient reçu une corticothérapie, un inhibiteur du métabolisme des purines (Mycophénolate Mofétil), et un inhibiteur de la calcineurine: Tacrolimus (n=22) et Ciclosporine (n=6). Quinze patients avaient reçu de la Thymoglobuline et trois du Basiliximab. Les complications infectieuses prédominaient (57,1%). On notait six cas d'infections virales: verrues (n=3), Herpès labial (n=2), et zona intercostal (n=1); six cas d'infections mycosiques et deux cas d'infections bactériennes (furoncle et langue noire villeuse). Les complications inflammatoires (32,1%) comportaient trois cas d'acné, trois cas d'urticaire, un cas de rosacée et un cas d'exanthème maculo-papuleux simple. Une kératose actinique, une xérose cutanée et une fragilité capillaire étaient retrouvées chez respectivement un patient. Tous les patients ont bien répondu au traitement symptomatique. Après analyse statistique (échantillon: n=23), la survenue de complications cutanée était significativement corrélée au sexe masculin (p = 0,009; Odds ratio (OR) = 4,688; intervalle de confiance à 95% (IC) = [1,431 - 15,359]), à l'anémie (p = 0,011; OR = 5,778; IC = [1,393 - 23,969]), et à la prise du Tacrolimus (p < 0,001; OR = 13,2; IC = [3,455 - 50,429]).

Discussion:

Les complications cutanées générales chez les greffés rénaux sont peu étudiées. Elles sont souvent étudiées chez les hémodialysés. Ces complications sont dues aux effets spécifiques des traitements immunosuppresseurs ou à l'immunosuppression. Notre série est caractérisée par la prédominance des complications infectieuses, alors que les complications tumorales malignes sont absentes contrairement aux données de la littérature. Ceci peut être expliqué par la surveillance rigoureuse de ces patients en termes de dosage et de prophylaxie. La survenue de complications cutanées était corrélée à la prise du Tacrolimus qui est en effet connu d'être pourvoyeur d'infections et de cancers cutanés.

9. Nécrose cutanée aux injections : des messages à passer.

Imane Kacimi Alaoui*[1], Zakia Douhi[1], Sara Elloudi[1], Hanane Baybay[1], Fatima Zahra Mernissi[1] [1]Dermatologie, CHU HASSAN II, FES, Maroc.

Introduction :
L'extravasation est définie comme une instillation ou une fuite accidentelle d'une solution dans l'espace périvasculaire pendant sa perfusion.

Avec de grandes variations, cette complication a été rapportée dans 0,1 à 6,5% des perfusions, ses dommages dépendent de la toxicité et de la quantité du produit. À l'heure

actuelle, il n'existe pas de recommandations concernant la prise en charge de ces lésions, ce qui peut conduire à un mauvais choix ou à un retard dans les traitements possibles.
Nous rapportons trois nouvelles observations.

Observations :

Il s'agit d'une série de 3 patients, qui partagent l'antécédent d'une cardiopathie ischémique sous traitement, qui ont présenté une extravasation de produit de contraste chez deux cas, et d'amiodarone chez un autre, le membre supérieur était le siège exclusif.
L'évolution s'est marquée par l'installation d'un érythroedème douloureux au point d'injection, évoluant vers la nécrose dans un délai moyen de 5 jours. **Figures 1 et 2.**

Chez tous nos cas, une excision chirurgicale de la nécrose était réalisée, un patient a présenté une surinfection bactérienne, traitée par des antibiotiques avec une bonne évolution.

Discussion :

L'extravasation consiste en une fuite d'un agent administré par voie intraveineuse à l'extérieur du vaisseau sanguin, causant une infiltration des tissus environnants. Sa présentation clinique varie d'un érythème mineur et d'une sensibilité à une nécrose avec un œdème progressif et des ulcérations.

Une attention particulière doit être portée chez les patients aux âges extrêmes. De même, les patients présentant des troubles de la vascularisation, un diabète ou des troubles trophiques sont plus à risque. Lorsque l'injection doit se faire au niveau d'un site de faible abondance de tissu sous-cutané (dos de la main, poignet, cheville), ou lors de l'utilisation d'une aiguille plutôt que d'un cathéter, une surveillance renforcée sera nécessaire.

Les principaux médicaments concernés sont les anticancéreux, les produits de contraste, les immunoglobulines et les médicaments radiopharmaceutiques.
Lorsque celle-ci est identifiée, la prise en charge doit être immédiate. Des mesures générales sont mises en place: arrêter l'injection; aspirer un maximum de liquide extravasé; délimiter la zone extravasée. Des mesures spécifiques seront prises en fonction du type du produit et des facteurs de risque associés.

La gestion et le suivi des conséquences des extravasations nécessitent une bonne connaissance des dommages tissulaires par une échographie des parties molles ou une angiographie afin de mieux évaluer le flux sanguin.
Il existe des recommandations à destination préventive: privilégier le membre supérieur; commencer par les veines les plus distales; vérifier le retour veineux; mettre un pansement transparent et vérifier l'absence de douleur ou d'extravasation au moment de la pose.

10. Névrodermite sur excision

BELCADI Jihane [5], OULAD ALI Sara [1], SENOUCI Karima [1]

[5] *Département de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :

La névrodermite est une réaction muqueuse ou cutanée à un frottement ou à un grattage chronique, lui même provoqué par un prurit. Le prurit chronique à l'origine des lésions peut

avoir différentes étiologies (eczéma atopique, mycose, lichen scléreux, lichen plan) ou être primitif (névrodermite).

Observation :

Une jeune femme de 24 ans d'origine subsaharienne ayant comme antécédent une excision lors de sa petite enfance s'est présentée pour un prurit chronique et féroce de la région génitale avec impact important sur sa qualité de vie.
À l'examen clinique on retrouvait des grandes lèvres tuméfiées, infiltrées, parcourue de plis profonds prenant un aspect grisâtre. Le versant muqueux étant sans anomalie mise à part la mutilation génitale qui consistait en l'exérèse du clitoris avec suture des petites lèvres.

Nous avons procédé à une biopsie cutanée.
L'examen histologique a montré un revêtement cutané tapissé d'un épiderme acanthosique, papillomateux et verruqueux surmonté d'une hyperkératose orthokératosique avec une hypergranulose, un derme élargi par une fibrose cicatricielle avec un infiltrat inflammatoire de densité modérée respectant l'assise basale. L'aspect était compatible avec une névrodermite.
Nous avons traité la patiente par un dermocorticoïde local et gabapentine avec bonne évolution.

Discussion :

La mutilation génitale féminine consiste à couper ou à retirer délibérément une partie des organes génitaux externes de la femme. Souvent, il s'agit de couper les lèvres ou le clitoris. La MGF est souvent considérée comme la garantie d'un comportement sexuel adéquat. Elle permet, pour les communautés qui la pratiquent, à préparer une fille ou une femme à l'âge adulte au mariage et à lui garantir une "féminité pure".

Elle est couramment pratiquée sur les jeunes filles, souvent entre la petite enfance et l'âge de 15 ans. En plus d'être extrêmement douloureuse et pénible, elle provoque aussi un risque d'infection élevé : la fermeture du vagin et de l'urètre laisse une très petite ouverture permettant le passage des urines et du liquide menstruel.

Dans notre observation, nous rapportons le cas d'une excision féminine compliquée d'une névrodermite.

11. Nodule axillaire révélant un sein surnuméraire

Ngouele.A ; El Fatoiki.FZ ; Skalli.DH ; Hali.F ; Chiheb.S
Service dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Université Hassan II, Casablanca
Introduction

Le sein surnuméraire ou polymastie est une anomalie rare du tissu mammaire ectopique. Le diagnostic est difficile en l'absence de mamelon, occasionnant un retard de diagnostic. Nous

décrivons un cas chez patiente jeune dont la symptomatologie clinique nous a permis de poser le diagnostic.

Observation

Une patiente âgée de 34ans, G1P1 sans autres antécédents pathologiques, avait consulté pour un nodule axillaire gauche apparue depuis 3ans et qui avait augmenté progressivement de volume, devenant douloureux depuis la période d'allaitement, traité par antalgiques sans amélioration. L'examen dermatologique objectivait une masse axillaire gauche bien limitée, mesurant environ 4cm de diamètre de grand axe, de consistance ferme, douloureuse à la palpation, adhérente au plan superficiel mais mobile au plan profond avec une peau en regard sans signes inflammatoires. L'examen des seins était sans particularités. Devant la notion de douleur à l'engorgement mammaire lors de la lactation, nous avons pensé à un sein surnuméraire complété par une échographie de la masse qui a révélé une image évoquant un tissu glandulaire ectopique entouré d'un tissu graisseux sans lésion kystique décelable, confirmant ainsi le diagnostic de sein surnuméraire. La patiente a été adressée en génécologie pour exérèse chirurgicale.

Discussion

L'originalité de cette observation réside dans la rareté de cette anomalie mammaire et le caractère unilatéral de la localisation axillaire qui peut prêter à confusion avec une adénopathie axillaire ou un lipome. En effet le sein surnuméraire résulte du tissu mammaire ectopique localisé sur le trajet des crêtes mammaires primitives dû à l'involution incomplète de la crête mammaire qui entraine la persistance du tissu mammaire le long de la ligne lactée, de l'aisselle à la région inguinale. Au niveau axillaire, le sein surnuméraire est habituellement bilatéral et symétrique. L'augmentation transitoire du volume lors de l'allaitement et la mobilité clinique par rapport au plan profond et non au plan superficiel, nous a permis d'orienter le diagnostic clinique. L'exploration échographique a permis de confirmer le diagnostic d'où l'importance de l'interrogatoire minutieux et l'examen clinique.

12. *Nodule de Villar : Un nouveau cas*

S.Rabba/Fz.El Fetoiki /F.Hali/H.Dahbi Skalli/ F.Marnissi /S.Chiheb

Introduction :

L'endométriose est définie par la présence d'épithélium endométrial avec stroma en dehors de la cavité utérine. Les principales localisations de l'endométriose sont : pelvienne (80 à 90%), digestive (5 à 15%) et urinaire (2 à 4%). La localisation ombilicale a rarement été décrite dans la littérature. Nous rapportons ici une endométriose isolée ombilicale chez une jeune femme également connue sous le nom de nodule de Villar.

Observation :

Notre patiente est une femme de 31 ans qui a présenté une tuméfaction ombilicale douloureuse, parfois hémorragique, augmentant progressivement de volume, depuis un an. Elle n'avait pas d'antécédents pathologiques significatifs. Les saignements étaient cycliques et coïncidaient avec les menstruations. L'examen histologique a montré des tubes glandulaires

endométriaux dans le derme et l'hypoderme, des fibres musculaires et des remaniements hémorragiques importants. L'IRM pelvienne n'a montré aucun autre foyer d'endométriose. Le diagnostic d'endométriose primitive ombilicale ayant été posé, nous avons adressé la patiente au service de gynécologie pour une omphalectomie.

Discussion :

L'ombilic est une localisation extra-pelvienne rare de l'endométriose. Elle a été décrite pour la première fois par Villar en 1886. Il ne représente que 0,5 à 1% de toutes les localisations de l'endométriose. Elle touche les femmes pendant l'activité génitale. Elle est rare avant la ménarche et tend à diminuer après la ménopause. L'endométriose est une maladie chronique, probablement multifactorielle. La pathophysiologie reste en partie obscure. Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la genèse de l'endométriose. La théorie de Sampson est actuellement la plus largement acceptée. Selon cette théorie, l'endométriose proviendrait de cellules endométriales viables refluant par les trompes de Fallope pendant les menstruations et se déposant à la surface du péritoine et des organes pelviens.

Le nodule de Villar se manifeste par une masse ombilicale douloureuse caractérisée par un écoulement de sang pendant le cycle menstruel. La douleur et les saignements cycliques sont fondamentaux pour évoquer le diagnostic. Ce dernier est confirmé par l'examen anatomopathologique. L'examen histologique de la pièce chirurgicale montre des glandes endométriales en position ectopique avec des tubes glandulaires, un chorion cytogène et des fibres musculaires. Le traitement de référence est basé sur une large exérèse de la masse avec des marges de sécurité d'au moins 1cm pour réduire le risque de récidives.

Conclusion :

La localisation ombilicale de l'endométriose est rare. La symptomatologie cyclique doit faire évoquer le diagnostic afin d'établir une stratégie thérapeutique basée principalement sur la chirurgie.

13. Pathomimie : un piège diagnostic

G. Basri1, F. Agharbi1, M. Faik Ouahab 1, S. Chiheb1-2

1Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Faculté de médecine de l'Université Mohammed VI des Sciences de la santé. 2Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire Ibn Rochd, Faculté de médecine de l'Université Hassan II

Introduction

La pathomimie est une pathologie cutanée peu fréquente en dermatologie clinique et constitue en général un diagnostic d'élimination. Au cours de celle-ci, le rapport entre peau et

psyché a été formellement établi même si la physiopathologie demeure encore sujet de recherches. Nous rapportons les cas de trois patients souffrant de pathomimie.

Observations

Observation 1 : Patiente de 65 ans, s'est présentée pour des lésions ulcéro-croûteuses non prurigineuses diffuses apparues il y a trois ans suite à un traumatisme psychique. Le premier diagnostic évoqué était celui d'un pemphigus. Devant la symptomatologie atypique, la disposition des lésions uniquement au niveau des zones accessibles au grattage, ainsi que le contexte psycho social, le diagnostic de pathomimie semblait évident. La patiente a été adressée pour thérapie cognitivo- comportementale avec un traitement topique symptomatique avec une nette amélioration après un mois.

Observation 2 : Patient de 37 ans, se présente pour des lésions érosives du cuir chevelu évoluant depuis six ans. Une biopsie cutanée a été réalisée et a retrouvé un infiltrat inflammatoire non spécifique. Le diagnostic de pathomimie a été retenue devant l'atypie des lésions, la non spécificité de l'histologie et devant le contexte social particulier.

Observation 3 : Patiente de 15 ans, avec notions de plusieurs tentatives de suicide suite à un harcèlement scolaire, consulte pour de multiples lésions ulcérées, érosives et pigmentées au niveau des jambes. Devant l'atypie des lésions cutanées, leur siège sur des zones accessibles et le contexte psychologique particulier, nous avons retenu le diagnostic de pathomimie

Discussion

La pathomimie cutanée est, selon le DSM-5 un trouble factice provoqué par le patient luimême sur son revêtement cutanéomuqueux ou ses phanères. Il s'agit de l'expression somatique cutanée d'un désordre psychiatrique souvent grave. De ce fait, une prise en charge psychologique ou psychiatrique et indissociable voire primaire au traitement dermatologique des lésions. Le diagnostic d'une pathomimie n'est pas toujours aisé et prête très souvent à confusion mais il est important d'y penser devant un faisceau d'argument, et ce afin d'éviter des explorations abusives

Conclusion

Par ailleurs, la pathomimie doit demeurer un diagnostic d'élimination et l'aspect atypique des lésions ulcérées sans orientation diagnostique, doit conduire à la réalisation d'une biopsie cutanée pour éliminer toute autre affection organique.

14. Le mystère de la plaque pigmenté du menton

Sabrina oujdi, Hanane Baybay, Siham Boularbah, Sara Elloudi, Zakia Douhi, Fatima Zahra Mernissi

Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction

Les pigmentations du visage et du cou sont les plus importantes sur le plan cosmétique.et constitue un motif de consultation très fréquent ; Ils sont fréquents chez les femmes d'âge moyen et Le mélasma en est la cause la plus fréquente

Observation

Patiente âgée de 30 ans sans antécédents pathologiques notables consultait pour des lésions asymptomatiques pigmentées au niveau du visage évoluant depuis 18 mois

A l'examen clinique : on notait la présence de plaque pigmentée mal limite grossièrement linéaire légèrement atrophique au niveau de la moitié gauche du menton arrivant jusqu'en péri buccal gauche avec absence d'autres lésions cutanées ou muqueuses

Les diagnostics évoqués était : lichen pigmentogène et l'atrophodermie de pierini et pasini

La biopsie cutanée a objectivé un tissu cutané revêtu par un épiderme régulier et atrophique comportant une hyperpigmentation de la couche basale ; le derme sous-jacent est le siège d'un infiltrat inflammatoire mononuclée modéré essentiellement péri vasculaire et les annexes cutanées sont conservées en faveur de l'atrophodermie de pierini et pasini

Discussion L'atrophodermie de Pierini et Pasini (APP) est une entité rare qui atteint généralement l'adulte jeune avec une prédominance féminine. La présentation clinique habituelle est faite d'une ou de plusieurs plaques d'emblée atrophiques et de couleur brune, violacée sans inflammation ni sclérose associée. L'APP se localise essentiellement au niveau du tronc et des membres inférieurs. L'évolution est lente sur plusieurs années. Ces lésions se stabilisent pendant 10 à 20 ans. Des régressions spontanées sont décrites. Sur le plan histologique, la biopsie cutanée emportant la peau saine et lésée montre une atrophie de l'épiderme avec une hyperpigmentation de la basale, un infiltrat lymphocytaire péri vasculaire et une homogénéisation des faisceaux de collagène au niveau du derme profond. Les annexes cutanées et le réseau élastique restent conservés.

Parmi les diagnostics différentiels on note l'atrophodermie linéaire de Moulin qui est une dermatose rare définie par la présence de lésions unilatérales, atrophiques et hyperpigmentées disposées selon les lignes de Blaschko rarement localise au niveau du visage aussi ; l'histologie est souvent non spécifique, elle peut montrer une hyperpigmentation de la couche basale de l'épiderme, un infiltrat lymphocytaire périvasculaire du derme et une ascension des glandes sudoripares ;le principal critère distinctif est que AAP ne suivent jamais sur les lignes de Blashko.(3)

Une revue libanaise publiée en 2008 ayant inclus 16 patients avec atrophodermie de pierini et pasini a objectivé la localisation au niveau de la face de cette pathologie chez uniquement 2 patients qui avait aussi d'autre lésions associées au niveau du reste du corps et a souligné la rareté de cette pathologie au niveau de cette localisation (2)

Conclusion

L'atrophodermie de Pierini et Pasini (APP) est une dermatose initialement décrite par Pasini en 1923 et Pierini en 1936. Il s'agit d'une dermatose rare dont l'étiopathogénie reste sujet à controverse, nous avons rapportés le cas d'une APP de localisation atypique

15. Pustulose aseptique et hypocalcémie : une nouvelle observation

Y.ZAROUALI ; F.AMAOUNE(1) ; R.CHAKIRI(1)

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

Introduction

L'hypocalcémie peut être associé a une pustulose généralisé, dans des différentes pathologies hypocalcémies, cette pustulose pose des difficultés nosologique, notamment avec le psoriasis pustuleux généralisé, nous rapportons ici une pustulose aseptique chez une patiente ayant une insuffisance rénale

Nous rapportons une observation d'un cas d'une pustulose aseptique, associé à une hypocalcémie.

Observation

Il s'agit dune femme âgée de 68 ans, ayant comme antécédents une HTA sous traitement, un diabète sous insulinothérapie, une insuffisance rénale de découverte il y a un mois pour laquelle la patiente a bénéficie des séances d'hémodialyse

Elle a été hospitalisée en urgence dans notre service devant un tableau fait d'une pustulose généralisée, dans un contexte d'apyrexie et d'asthénie

L'examen avait montré des pustules millimétriques aseptiques, non folliculaires, sur un fond érythémateux mal limité au niveau du tronc, membres sup et inferieurs, région cervical et rétro mandibulaire, avec une desquamation cutanée diffuse

Le bilan initial a monté une calcémie à 65 mg/l et une hyperphosphorémie à 84mg/l. le taux de la parathormone était à 345 pg/l ; une hypoalbuminémie à 21g/l, urée à 1,7 g/L et créatinine à 76 mg/l Biopsie cutanée : aspect morphologique d'une pustulose aseptique

La correction de l'hypocalcémie s'est accompagnée d'une amélioration clinique des lésions

Discussion

La pustulose aseptique sur hypocalcémie est une dermatose rare.

Ses rapport avec le psoriasis pustuleux restent discutés, l'existence de lésions de psoriasis préexistantes est parfois signalés renforcant l'hypothese d'un lien nosographique entre ces entités.

En tenant compte des similitudes cliniques, histologiques et pathogéniques avec le psoriasis, certains auteurs la considèrent comme une variante de psoriasis pustuleux.

Par ailleurs des éruptions pustuleux, en rapport avec un psoriasis pustuleux ont également été décrites au cours d'états d'hypocalcémie.

Elles sont caractérisées par une pustulose généralisée aseptique souvent associée à un syndrome général spectaculaire avec fièvre, obnubilation et arthralgies.

La lésion histologique est représentée par une pustule spongiforme typique du derme superficiel.

Au vu des cas de la littérature, on peut rappeler que l'hypocalcémie, quand elle existe, est toujours majeure, le plus souvent méconnue, négligé ou insuffisamment traitée

Conclusion

L'insuffisance rénale est une cause fréquente d'hypocalcémie, cette hypocalcémie semble 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.

16. Utilisation des produits cosmétiques en dermatologie : enquête marocaine

Kaoutar Sof [1]; Sara Bouadella [1]; Sara Bensalem [1] ; Nada Zizi [1-2]; Siham Dikhaye [1-2]

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

(2) Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc **Introduction :**

La prescription des produits cosmétiques a largement augmenté ces dernières années.
L'objectif de cette étude est d'évaluer l'utilisation de ces produits en dermatologie.

Matériel et méthodes :

C'est une étude transversale à l'aide d'un questionnaire en ligne destiné aux résidents en dermatologie et dermatologues.

Résultats :

86 personnes ont répondu à notre questionnaire, l'âge moyen était de 26 ans et le sexe ratio H/F de 0.01. Notre échantillon était composé de 92% de résidents et de 8% de dermatologues

exerçant au secteur libéral. Un peu plus de la moitié de notre population (55%) prescrivait les produits cosmétiques plus de 10 fois par semaine et 42% en prescrivait entre 2 et 10. Les produits fréquemment prescrits sont les écrans solaires, les anti-acnéiques, les émollients, les dépigmentants, et les nettoyants. 80% des personnes interrogés prescrivaient les produits cosmétiques à la demande des patients. Les effets indésirables étaient rarement notés avec une fréquence inférieure à une fois par semaine. L'eczéma de contact était la réaction la plus courante.

Discussion :

L'industrie cosmétique a beaucoup évolué ces dernières années et représente un réel volet thérapeutique pour les dermatologues [1]. Seuls, ou en association à un traitement pharmacologique, les produits cosmétiques sont régulièrement utilisés pour la photoprotection, la lutte contre la peau sèche, la prévention du vieillissement cutané, les dermatoses inflammatoires telles que l'acné, la rosacée, la dermatite atopique, le psoriasis et

la dermatite séborrhéique[2]. Toutefois, ces produits peuvent être responsable de divers effets indésirables. Une étude s'intéressant à la fréquence des dermatoses associées aux cosmétiques a montré que l'eczéma de contact était la principale réaction rencontrée et que la plupart des patients ne faisaient pas bon usage de ces produits [3].

Conclusion :

Notre étude montre que les produits cosmétiques font partie intégrante de l'arsenal thérapeutique du dermatologue marocain.

17. Evaluation des connaissances des médecins du Maroc sur la PEC des plaies chroniques et la place des pansements.

S.Ben Salem[1]; A.Khouna[1]; S.Aouali[1]; N.Zizi [1,2] ; S.Dikhaye [1,2]

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

Les pansements dits modernes occupent une place primordiale dans la prise en charge des plaies chroniques. Ils permettent de maintenir un environnement et des conditions favorables à une meilleure cicatrisation. L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances

des médecins généralistes, spécialistes, résidents et internes au Maroc concernant

les pansements et leur place dans la prise en charge des plaies chroniques.

Matériel et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive réalisée en Juin 2021. Nous avons réalisé un formulaire de 23 questions créé sur Google Forms®, partagé à travers les réseaux sociaux, contenant des renseignements sur les médecins et leurs connaissances sur les bonnes pratiques dans la prise en charge des plaies chroniques et des différents pansements utilisés.

Résultats :

Quatre-vingt-seize médecins généralistes (4.2%), résidents (62.5%), internes (8.3%) et médecins spécialistes (25%) ont répondu au questionnaire, avec un ratio F/H de 1.18, dont 79,2 % travaillent dans un CHU. Seulement 12.5% des médecins ont déjà reçu une formation sur les pansements. Tous les participants affirment que le traitement d'une plaie chronique doit être à la fois symptomatique et étiologique, et 75% ont répondu que la prise en charge doit être

multidisciplinaire. L'antibiothérapie locale ou générale est jugée non systématique devant tout type de plaie par 12.5% mais l'utilisation des antiseptiques est systématique chez 58.3%. Le tiers de la population de notre échantillon pensent que le contact de la plaie avec l'eau est permis, alors que pour 62.5% pensent que le contact avec l'eau est interdit dans quelques situations. Selon 69.6% des médecins, le lavage quotidien de la plaie devrait se faire au sérum salé alors que pour 25% ce lavage se fait aux antiseptiques. Concernant les conditions favorables à la cicatrisation, 52.2% ont répondu qu'elle se fait dans un milieu sec et non pas humide, et 34.8% en absence de flore bactérienne. Les participants ont été amenés à répondre à une série de questions sur les différents pansements, notamment hydrocolloïdes, hydrocellulaires, alginates, à l'argent, à l'hydrogel, gras, au charbon, à l'acide hyaluronique et bioactifs. Par exemple, les pansements hydrocellulaires sont utilisés dans les plaies très exsudatives seulement dans 20% des cas et les pansements alginates sont utilisés dans les plaies infectées dans 45% des cas et dans les plaies hémorragiques dans 15% des cas. En analysant les réponses, nous avons noté que le choix du pansement primaire en fonction du type de la plaie représentait une difficulté pour les médecins.

Discussion

Cette étude observationnelle souligne les difficultés rencontrées durant la prise en charge des plaies chronique et surtout la place des différents pansements et leurs indications. Ces pansements sont utilisés afin d'assurer

les conditions adéquates à la bonne cicatrisation notamment un milieu humide, froid et en présence de flore bactérienne. Les pansements hydrocellulaires, par exemple, sont indiqués dans les plaies très exsudatives tandis que les pansements alginates sont utilisés dans les plaies hémorragiques, infectées et exsudatives.

Dans une étude tunisienne (1) publiée en 2017, et portant sur l'évaluation des pratiques d'utilisation des pansements modernes chez le personnel paramédical au CHU Sahloul de Sousse, les pansements modernes n'ont jamais été utilisés par 69,3 % du personnel. Étant donné que tous les médecins peuvent être confrontés à la prise en charge d'une plaie chronique, leur méconnaissance peut aggraver le pronostic fonctionnel, et augmenter le coût de prise en charge.

Les pansements représentent l'avenir de la prise en charge des plaies chroniques notamment avec les avancées des recherches et les nouvelles technologies visant à mettre en place de nouveaux pansements intelligents reposant sur l'utilisation de nanoparticules permettant la libération de molécules dites actives (antibiotiques et facteurs de croissance) au sein des plaies (2).

Conclusion

Notre étude rejoint les données de la littérature concernant les mauvaises connaissances des médecins sur les différents pansements utilisés et leurs indications dans les plaies chroniques, ce qui implique l'importance des formations continues et peut être même la mise en place d'un guide d'utilisation de ces pansements en fonction des différents stades de plaies chroniques pour le personnel médical et paramédical.

18. Evaluation des connaissances des étudiants en médecine sur les lésions cutanées suspectes.

S.Ben Salem[1]; K.Sof[1]; M.Benkaraache[1]; S.Dikhaye [1,2]; N.Zizi [1,2]

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

Les cancers cutanés sont les plus fréquents des cancers humains de l'adulte (1). Leur incidence ne cesse d'augmenter et leur pronostic est fortement corrélé à la précocité de leur prise en charge. Le dépistage précoce de lésions cutanées malignes augmente la survie globale des patients et réduit le coût de santé publique. Notre étude décrit la pratique des étudiants en médecine (EM) lorsqu'ils sont confrontés à une lésion cutanée maligne et observe leur niveau d'implication dans ce dépistage. L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances des EM concernant la prise en charge des lésions cutanées suspectes.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale multicentrique réalisée en Juillet 2021 à partir d'un questionnaire anonyme créé sur Google Forms®, partagé à travers les réseaux sociaux, envoyé aux EM présentant 11 photographies de lésions cutanées : un carcinome épidermoïde du gros orteil, un mélanome acral, une kératose séborrhéique, un carcinome épidermoïde de la jambe, un mélanome de Dubreuilh, un kyste chéloïde, un carcinome baso-cellulaire, un mycosis fongoïde, une neurofibromatose et une maladie de Kaposi. Il leur était demandé de choisir entre le caractère bénin ou malin de la lésion et de déterminer une prise en charge.

Résultats :

Cent quatorze EM ont été inclus dans l'étude dont 40% en 7ème année d'étude et 20% en 6ème année. Cinquante-sept pour cent des étudiants ont déjà passé un stage dans un service de Dermatologie et ont donc déjà réalisé un examen dermatologique complet. Les cancers cutanés les plus connus par ces EM sont le mélanome le carcinome épidermoïde et le carcinome baso-cellulaire contrairement aux Lymphomes cutanés et aux sarcomes. Les cancers cutanés peuvent toucher les phanères pour 90% d'entre eux. Les EM arrivaient à différencier une lésion maligne d'une lésion bénigne dans 67% des cas. Les difficultés retrouvées concernaient plus la maladie de Kaposi et le mycosis fongoïde que le mélanome et les carcinomes. Concernant la prise en charge, 70.5% des EM proposaient une prise en charge adaptée. L'erreur fréquemment retrouvée était d'adresser le

patient chez le dermatologue alors que la lésion était considérée comme bénigne. Enfin, parmi ceux qui ont répondu, 91% ressentaient un besoin en formation et 51% jugeaient leurs connaissances sur les lésions suspectes insuffisantes.

Discussion

Notre étude nous permet d'observer une bonne maitrise concernant la différenciation des lésions bénignes et malignes. Cependant, les étudiants en médecine préfèrent quand même adresser plus de la moitié des lésions bénignes aux dermatologues impliquant une sur sollicitation du spécialiste. Il a
également été constaté que les étudiants ont un niveau de confiance modéré dans leur diagnostic et sont en demande de formation.

Dans une étude française similaire (2) publiée en 2020 et portant sur l'évaluation des compétences des étudiants de médecine générale dans le diagnostic précoce des lésions cutanées malignes, ayant inclus 142 étudiants dont 82% ayant pu différencier entre les lésions bénignes et malignes. Cette étude a aussi souligné la sur sollicitation du dermatologue devant les lésions bénignes. Notre étude rejoint les données de la littérature concernant les connaissances des étudiants en médecine sur la prise en charge des lésions cutanées suspectes. **Conclusion**
Face à l'augmentation continue de l'incidence des cancers cutanés, il semble alors nécessaire de sensibiliser davantage les futurs médecins généralistes au dépistage des lésions malignes.

19. Un cas rare de maladie du Morbihan associé à un lymphœdème scrotal

N.BENNOUNA, F.Z ELFETOIKI, F.HALI, H.Skalli, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc.

INTRODUCTION :
La maladie du Morbihan, également appelée rosacée lymphœdèmateuse, se caractérise par un œdème facial persistant solide des deux tiers supérieurs du visage.
Nous rapportons un cas de syndrome du Morbihan associé à un lymphœdème scrotal.

OBSERVATION :
Un patient âgé de 52 ans, sans antécédent, présente depuis 6 ans un rhinophyma non suivi compliqué il y a 2 ans d'un érythroedème de la partie supérieure de son visage.
Par ailleurs le patient a récemment été diagnostiqué d'un lymphœdème scrotal primaire, évoluant depuis 3 ans.
L'examen Clinique a révélé un érythème et un œdème dur et persistant, ne prenant pas le godet au niveau des paupières, front, glabelle et des joues. Aussi l'examen a retrouvé un rhinophyma nasal, des télangiectasies, des pustules et des bouchons kératinisés sur le nez.
L'examen dermoscopique des lésions a révélé des vaisseaux linéaires et arborisant, des points blancs folliculaires, des squames blanchâtres, des pustules sur fond érythémateux.

L'examen génital a révélé un lymphœdème scrotal avec présence de lymphangiectasie. L'examen ophtalmologique a révélé une blépharite. Et les bilans hématologiques, biochimiques, sérologiques et immunologiques étaient normales. La tomodensitométrie du massif facial était également normale.
La rhinocavoscopie a révélé une volumineuse déviation septale antérieure gauche obstruant complètement la cavité nasale.
L'examen histopathologique d'une biopsie nasale a révélé un derme fibreux avec télangiectasie et infiltration inflammatoire dense et nodulaire a prédominance lymphocytaire avec présence de plasmocytes et d'histiocytes autour des vaisseaux
L'examen histopathologique d'une biopsie scrotale a révélé des lymphangiectasie associé a une folliculite pustuleuse et un granulome perilymphatique.
Compte tenu de tous les résultats, le patient a été diagnostiqué comme un cas de maladie du Morbihan associée à un lymphœdème scrotal. Parallèlement à des mesures de protection solaire, il a été traité avec de la doxycycline par voie orale à 200 mg / jour, et une préparation à base de métronidazole.

DISCUSSION :
La particularité de notre observation réside dans la rareté de l'association d'un lymphœdème scrotal au syndrome de Morbihan.
Le lymphœdème scrotal primaire se produit à la suite de l'accumulation dans les vaisseaux lymphatiques superficiels de la lymphe entre l'aponévrose et la peau. L'association de ces signes chez notre patient conforte l'hypothèse selon laquelle une anomalie primaire de la lymphangiogenèse peut être incriminée dans la pathogenèse de la maladie du Morbihan.

20.Un cas rare de maladie du Morbihan associé à un lymphœdème scrotal

N.BENNOUNA, F.Z ELFETOIKI, F.HALI, H.Skalli, S.CHIHEB
Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc.

INTRODUCTION :
La maladie du Morbihan, également appelée rosacée lymphœdèmateuse, se caractérise par un œdème facial persistant solide des deux tiers supérieurs du visage.
Nous rapportons un cas de syndrome du Morbihan associé à un lymphœdème scrotal.

OBSERVATION :
Un patient âgé de 52 ans, sans antécédent, présente depuis 6 ans un rhinophyma non suivi compliqué il y a 2 ans d'un érythroedème de la partie supérieure de son visage.
Par ailleurs le patient a récemment été diagnostiqué d'un lymphœdème scrotal primaire, évoluant depuis 3 ans.

L'examen Clinique a révélé un érythème et un œdème dur et persistant, ne prenant pas le godet au niveau des paupières, front, glabelle et des joues. Aussi l'examen a retrouvé un rhinophyma nasal, des télangiectasies, des pustules et des bouchons kératinisés sur le nez.
L'examen dermoscopique des lésions a révélé des vaisseaux linéaires et arborisant, des points blancs folliculaires, des squames blanchâtres, des pustules sur fond érythémateux.
L'examen génital a révélé un lymphœdème scrotal avec présence de lymphangiectasie. L'examen ophtalmologique a révélé une blépharite. Et les bilans hématologiques, biochimiques, sérologiques et immunologiques étaient normales. La tomodensitométrie du massif facial était également normale.
La rhinocavoscopie a révélé une volumineuse déviation septale antérieure gauche obstruant complètement la cavité nasale.
L'examen histopathologique d'une biopsie nasale a révélé un derme fibreux avec télangiectasie et infiltration inflammatoire dense et nodulaire a prédominance lymphocytaire avec présence de plasmocytes et d'histiocytes autour des vaisseaux
L'examen histopathologique d'une biopsie scrotale a révélé des lymphangiectasie associé a une folliculite pustuleuse et un granulome perilymphatique.
Compte tenu de tous les résultats, le patient a été diagnostiqué comme un cas de maladie du Morbihan associée à un lymphœdème scrotal. Parallèlement à des mesures de protection solaire, il a été traité avec de la doxycycline par voie orale à 200 mg / jour, et une préparation à base de métronidazole.

DISCUSSION :
La particularité de notre observation réside dans la rareté de l'association d'un lymphœdème scrotal au syndrome de Morbihan.
Le lymphœdème scrotal primaire se produit à la suite de l'accumulation dans les vaisseaux lymphatiques superficiels de la lymphe entre l'aponévrose et la peau. L'association de ces signes chez notre patient conforte l'hypothèse selon laquelle une anomalie primaire de la lymphangiogenèse peut être incriminée dans la pathogenèse de la maladie du Morbihan.

21.Le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada : à propos d'un cas

Handi O, Naji C, Hocar O, Amal S : Service de dermatologie et vénérologie CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc
Camara F ,Belghamaidi S, Hajji I,Moutaouakil A ,Service d'ophtalmologie CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc
Laboratoire Biosciences et santé
Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad

Introduction

Le vitiligo est une dermatose chronique auto-immune, souvent associé à d'autres pathologies auto-immunes. Son association à une atteinte oculaire, méningée, auditive détermine le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) qu'on va essayer d'illustrer à travers ce cas **Observation**

Une patiente de 36 ans présentant un vitiligo depuis l'âge de 4 ans, consulte pour une baisse de l'acuité visuelle de l'œil gauche évoluant depuis une semaine sans notion de traumatisme avec notion de vertiges transitoires. L'examen dermatologique objectivait la présence de lésions de vitiligo diffuses au cou, dos, membres et tronc, de poliose affectant le cuir chevelu sans atteinte ciliaire ni sourcilière , et de plaques alopéciques au niveau du cuir chevelu .L'examen ophtalmologique du segment postérieur montrait de multiples décollements séreux rétiniens (DSR) avec des plages d'hypopigmentation choroidiennes et papille normale ,l'acuité visuelle corrigée à l'admission (oeil droit : 8/10, oeil gauche :6/ 10), le tonus oculaire et l'examen du segment antérieur étaient sans anomalies. La rétinographie montrait un décollement rétinien de l'œil gauche et l'angiographie objectivait la présence de quelques foyers d'hyperfluorescence par endroit localisés au pôle postérieur. L'examen ORL objectivait un syndrome vestibulaire périphérique. L'examen neurologique était normal. La TDM cérébrale était normale. La ponction lombaire n'a pas montré de pléiocytose .L'audiogramme était normal. La patiente a été mise sous bolus de corticothérapie pendant 3 jours puis relais par corticothérapie orale et topique, avec bonne évolution : acuité visuelle corrigée après bolus (oeil droit : 10/10, oeil gauche :10/ 10) avec régression des décollement séreux rétiniens.

Discussion

La maladie de Vogt-Koyanagi-Harada est une maladie auto-immune dirigée contre les mélanocytes et peut toucher alors l'uvée, les méninges, l'oreille interne et la peau. Il s'agit d'une pan uvéite granulomateuse bilatérale, chronique et diffuse, caractérisée par un décollement rétinien séreux et fréquemment associée à des atteintes neurologiques, auditives et dermatologique .Le traitement à base de corticoïde à fortes doses est en général efficace et doit être prolongé pour éviter les rechutes .Les immunosuppresseurs et les biothérapies peuvent également être utilisées

Conclusion

La maladie de Vogt-Koyanagi-Harada nécessite une prise en charge pluridisciplinaire qui doit faire intervenir une équipe associant ophtalmologiste, dermatologue, neurologue et ORL afin de prévenir certaines complications compromettant le pronostic fonctionnel.

22 . Syndrome arthro-cutané lors de la maladie de crohn: une manifestation dermatologique rare qui accompagne une maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

Soumaya Faras, Ikram Elmodafar, Ouafa Hocar, Said Amal

Dermatologie, CHU Mohammed VI de Marrakech , Laboratoire bioscience et santé , Faculté de Médecine de Marrakech, Université Cadi Ayyad , MARRAKECH, Maroc **Introduction :**
Le syndrome arthro-cutané se caractérise par l'association d'une éruption cutanée pustuleuse associé à une atteinte articulaire(1). Il complique les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et la chirurgie de déviation iléo-jéjunale. Nous rapportons une observation de syndrome arthro-cutané chez une patiente suivie pour maladie de crohn.

Observation :

Patiente de 20 ans, suivie pour maladie de crohn depuis 1 an en poussée, mise sous corticoïde, azathioprine et salazopyrine, qui consulte pour des éruptions pustuleuses, associées à des arthralgies évoluant dans un contexte fébrile, l'histologie a objectivé des pustules sous-cornée avec aspect de vasculite discrètement leucocytoclasique, les critères clinico-histologiques étaient en faveur du syndrome arthro-cutané, sous traitement les lésions ont régressé laissant places à les macules hyper pigmentées.

Discussion :

Le syndrome arthro-cutané fait partie des manifestations cutanéo-muqueuses rares compliquant la chirurgie des dérivations jéjuno-iléales ou encore dans le cadres des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (2), qui se manifeste par des pustules non folliculaires reposant sur un fond érythémateux, associé a des arthralgies et une fièvre, l'histologie est proche à celle du syndrome de sweet, permettant de le classer parmi les dermatoses neutrophiliques, le traitement repose surtout sur la corticothérapie et le traitement de la MICI sous jacente (3).

Mots clés : Syndrome arthro-cutané ; Maladies intestinales chroniques inflammatoires ; Maladie de Crohn ; Pustulose, manifestation cutanéo-muqueuses Déclaration de liens d'intérêts : aucun d'intérêts à déclarer.

23.Syndrome de Klippel-Trenaunay associé à une syndactylie chez un nouveau né

I.Bahbouhi, O.Hocar, S.Amal
Service de dermatologie et vénérologie,

Introduction :

Le syndrome de Klippel-Trenaunay (SKT), aussi appelé syndrome angio-ostéohypertrophique est une malformation vasculaire combinée complexe congénitale rare, caractérisé par une triade clinique.
La triade au complet est rarement présente à la naissance.
Nous rapportons le cas d'un nouveau-né chez qui nous avons posé le diagnostic à la naissance.

Observation :

Nous avons été contactés par le pédiatre néonatologue pour avis spécialisé en salle d'accouchement concernant un nouveau né nouveau né de sexe masculin, né d'un mariage consanguin de 2ème degré, d'une maman de 27ans en bonne santé. L'accouchement s'était déroulé sans incident.
Le nouveau né était rose, réactif, avait un bon tonus, gesticulait spontanément et présentait à l'examen une nappe érythémateuse couleur lie de vin aux contours bien tracés qui

correspondait à un angiome plan géographique, étendu de la région lombo- sacrée aux faces antéro-latérales des 2 membres inférieurs. Les membres inférieurs étaient également le siège de nombreuses varicosités. On notait également une hypertrophie du membre inférieur droit, une inégalité des membres inférieur (membre droit plus long), ainsi qu'une syndactilie des 2ème et 3ème orteils droits.

Devant ces éléments cliniques, nous avons retenu un syndrome de Klippel-Trenaunay, associé à une syndactilie.

Discussion :

Le syndrome de Klippel-Trenaunay a été d'abord décrit en l'an 1900 par deux médecins français, Maurice Klippel et Paul Trenaunay.
Il s'agit d'une malformation vasculaire rare caractérisée par une triade clinique qui associe un angiome plan de membre présent dès la naissance, des malformations veinocapillaires et/ou lymphatiques et hypertrophie des tissus mous et/ou osseux, qui est souvent notée à l'âge de la marche. Cette triade n'est complète que dans 30% des cas.

L'atteinte du membre inférieur plutôt que le membre supérieur est plus fréquente. L'atteinte bilatérale de 2 membres ou homolatérale d'un hémicorps est plus rare.
D'autres malformations congénitales peuvent s'y associer, en particulier des anomalies squelettiques, des anomalies des doigts et des orteils, telles qu'une macrodactylie, une syndactylie comme chez notre patient, une clinodactylie, une polydactylie ou une camptodactylie, des anomalies des tissus mous ou des anomalies cardiovasculaires.

Il est généralement sporadique, mais quelques rares cas de transmission autosomique dominante ont été décrits.
L'âge au moment du diagnostic, varie de la naissance à 72 ans, avec une moyenne de 14 ans.
Le diagnostic est clinique, pouvant être complété par une échographie-Doppler en cas de doute sur une malformation artério-veineuse, une IRM pour caractériser les anomalies vineuses, des radiomensurations de membres, en cas d'inégalité de membres, ou une échocardiographie à la recherche de malformations cardiaques pouvant être associées au syndrome de Klippel-Trenaunay. Une surveillance régulière des patients atteints de ce syndrome, permet de dépister les complications évolutives notamment les troubles thromboemboliques, les saignements et les troubles de la marche en cas d'inégalité de membres.

Le traitement est essentiellement symptomatique.

Conclusion :

Les dermatologues, pédiatres et orthopédistes devraient savoir reconnaître ce syndrome afin de pouvoir proposer un suivi et une prise en charge adéquats.

25. Syndrome de Lutz-Lewandowsky : A propos d'un cas

Hasna Kerrouch°, Meryem Khalidi, Tarik Hanafi, Rachid Frikh, Naoufal Hjira , Mohammed Boui
°Service de Dermatologie de l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V- RABAT

Introduction

Le syndrome de Lutz-Lewandowsky ou épidermodysplasie verruciforme est une affection cutanée rare d'origine génétique. Nous rapportons un cas de cette génodermatose méconnue.

Observation

Patiente de 41 ans sans antécédent pathologique notable consultait pour des lésions verruqueuses siégeant au niveau des deux membres inférieurs et évoluant depuis 5 ans. L'examen dermatologique trouvait des lésions verruqueuses planes de couleur brune associées à des macules pityriasis versicolor like, non prurigineuses, siégeant au niveau des deux membres inférieurs. Le reste de l'examen était sans particularité et ne trouvait pas de lésions suspectes.

La biopsie cutanée montrait un épiderme papillomateux, acanthosique surmonté d'une hyperkératose parfois parakératosique. Par ailleurs le derme sous-jacent était le siège d'un infiltrat inflammatoire mononuclée lymphoplasmocytaire. La confrontation anatomoclinique a permis de retenir le diagnostic du syndrome de Lutz-Lewandowsky.

Un traitement à base de rétinoides a été démarré et la patiente est toujours sous surveillance.

Discussion

Le syndrome de Lutz-Lewandowsky est une génodermatose très généralement autosomique récessive caractérisée par présence persistante de virus HPV du groupe bêta dans la peau. L'affection se manifeste habituellement durant la petite enfance, l'enfance et l'adolescence. Elle se traduit par l'apparition de macules squameuses et de papules d'évolution parfois exubérante, pseudo-tumorale, essentiellement au niveau des mains et des pieds.

Le risque de transformation particulièrement en carcinome épidermoide est important. Plusieurs traitements ont été essayés avec des succès peu ou pas reproductibles.

Conclusion

Le syndrome de Lutz-Lewandowsky est une affection rare, caractérisée par une infection chronique au papillomavirus humain (HPV) et présentant un risque élevé de cancer de la peau.

25. AVC ischémiques récurrents et livedo reticularis : Penser au Syndrome de Sneedon

Farah Marraha (1), Rimani mouna (2), Ibtissam Al Faker (1), Najlaa Rahmani (1),Younes Benyamna (1), Soukaina Kabbou (1), Yasmine Rkiek (1) Ilham Snoussi (1), Meriem el Haddad (1), Firdaous Boukamza (1) et Gallouj Salim(1)

(1) Service de Dermatologie Vénéréologie CHU Tanger, Faculté de Médecine et de Pharmacie -Université Abdelmalek Saidi -Tanger -Maroc
(2) Laboratoire d'anatomopathologie Hassan –Rabat –Maroc

Introduction :

Le syndrome de Sneddon (SS) est une vasculopathie thrombotique non inflammatoire rare, caractérisée par l'association chez le sujet jeune d'un livedo reticularis et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) récidivants. Le livedo reticularis ou racemosa est une décoloration marbrée persistante de la peau, en forme de réseau de maille violacé cyanotique, affectant surtout les jambes et les bras, mais pouvant aussi impliquer les fesses et le tronc. Nous

rapportons un cas de syndrome Sneddon révélait par une hémiplégie droite améliorait sous anticoagulation.

Observation :
Patient de 45 ans avec antécédent d'AVC ischémique 2 ans auparavant non étiqueté, se présente avec une hémiplégie droite et dysphonie. A l'examen on notait la présence d'un livedo reticularis fait de réseau de maille violacé au niveau du ventre et des jambes.
L'examen cardiovasculaire ne révèle ni la notion de douleur thoracique ni de dyspnée et les pouls étaient symétriques. L'IRM cérébrale rapportait un AVC ischémique du territoire sylvien superficiel gauche associé à des multiples hypersignaux au niveau de la tête du noyau caudé droit et cérébelleux droit. Une biopsie cutanée du réseau a été réalisée objectivant une vasculopathie des artérioles de petit calibre du derme profond en faveur d'un livedo pathologique. Une insuffisance aortique grade 2 a été retenu sur l'échocardiographie transthoracique (ETT). Par ailleurs, le bilan d'auto-immunité était négatif. L'évolution a été marquée par une amélioration de son hémiplégie à 4/5 après 5 mois de traitement anticoagulant associé à une rééducation.

Discussion :
Devant le jeune âge du patient et l'association des signes cutanés à type de livedo reticularis et d'AVC ischémiques cérébraux récurrents (dont l'enquête étiologique s'est révélée négative), le diagnostic du syndrome de Sneddon était posé. L'incidence annuelle estimée du SS est de 4 cas par million et son étiologie précise reste inconnue. La manifestation cutanée principale est le liveo réticulaire qui résulte d'une thrombose des artérioles sous-cutanées et d'une dilatation capillaire compensatrice provoquant ainsi une stagnation du sang, et par conséquent une décoloration marbrée. L'analyse histopathologique révèle le plus souvent une vasculopathie thrombotique non inflammatoire des petits et moyens vaisseaux cutanés et cérébraux. Les signes neurologiques incluent des attaques ischémiques transitoires (AIT) récurrentes et des infarctus, souvent du territoire de l'artère cérébrale centrale, et résultant en une hémiparésie controlatérale, une aphasie et/ou des troubles du champ visuel. Rarement, des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou des hémorragies intracrâniennes peuvent apparaître. Cette pathologie peut être aussi associée à des maladies auto-immunes telles que le lupus érythémateux disséminé, le syndrome des antiphospholipides, la maladie de Behçet et la connectivite mixte, tandis qu'environ 50% des cas sont idiopathiques. Le traitement le plus largement accepté est l'anticoagulation par warfarine. Certains spécialistes suggèrent que les patients sans anticorps antiphospholipides doivent avoir une approche thérapeutique moins agressive, consistant en antiagrégants plaquettaires (aspirine).

Conclusion :
Le syndrome de Sneddon constitue une cause rare d'AVC du sujet jeune qui doit être évoqué et rapidement identifié afin de prévenir les démences vasculaires.