Société Marocaine de Dermatologie

organise

35ème Congrès National

du 20 au 22 octobre 2022

Hotel Fairmant Taghazout

NUMÉRO SPÉCIAL

REVUE SMD

RESUMES DES POSTERS DU CONGRES SMD

Pathologies tumorales:

Un mycosis fongoïde polymorphe chez un même patient

I.LAKHAL ;S.AIT OUSSOUS ; S. BELAASRI ; H.KHERBACH ; R.CHAKIRI
Service de Dermatologie CHU Souss Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

Le mycosis fongoïde (MF) est le lymphome cutané T le fréquent (50%). La variante classique du MF est celle qu'on rencontre le plus souvent.Les variantes cliniques du MF sont nombreuses et parfois trompeuses : MF hyperpigmenté ou surtout hypopigmenté, psoriasiforme, verruqueux, voire icthyosiforme, bulleux, poïkilodermique…. D'une manière plus générale, le MF peut mimer nombre d'autres maladies dermatologiques. Nous rapportons un cas d'un patient atteint de mycosis fongoïde avec des lésions polymorphes ; classiques, papuleuses, hyperpigmentées, poikilodermiques, plantaires et folliculotrope.

Observation :

Patient de 71 ans, suivi pour hypertrophie bénigne de prostate depuis 2ans et arthrose du genou gauche depuis 8 ans. Il a été admis dans notre formation pour prise en charge de lésions érythémato-squameuses et pigmentées prurigineuses non douloureusesévoluant depuis 6mois, les lésions avaientdébuté des deux jambes puis extension aux pieds, cuisses, dos et la face antérieure du thorax, sans autres signes associés notamment ganglionnaires ou pulmonaires ou digestifs ou neurologiques.

L'examen clinique trouvait un patient en bon état général avec à l'examen de la peau des papules et plaques érythémato-squameuses infiltrées fixes , bien limitées par endroit plus floues par ailleurs des deux jambes et face postérieure des 2 cuisses et le dos des pieds et des mains , un placard érythémateux infiltré surmonté de squames fines mal limité de la plante des deux pieds , un placard hyperpigmenté mal limité au niveau du cou et du dos , un aspect poikilodermique like au niveau des fesses et une dépilation des deux jambes.

Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

L'histologie des lésions objectivait un mycosis fongoidepilotrope sans mucinose.

L'immunohistochimie montrait des Anticorps anti-CD20 et Anticorps anti-CD30 négatifs, des Anticorps anti-CD3, des Anticorps anti-CD4 et des Anticorps anti-CD8 avec positivité des cellules tumorales avec épidermotropisme , l'Anticorps anti-Ki67 exprimait une positivité modérée.

Le bilan biologique était normal avec recherche de cellules de Sézary négative. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne était sans anomalies.

Le patient a été classé T2b N0 M0 B0, stade IB.

Le patient a été mis sous méthotrexate injectable 15mg par semaine ainsi qu'une préparation à base de corticoïdes locaux d'activité très fort.

L'évolution clinique a été favorable avec disparition des lésions cutanées après une dose cumulée de 230mg de méthotrexate.

Discussion :

Le mycosis fongoïde (MF) est le lymphome cutané T le plus fréquent (50%). Si son pronostic est favorable dans la grande majorité des cas (88% de survie à 5 ans), la survenue de tumeurs cutanées, ou, plus rarement, d'une érythrodermie, assombrit le pronostic.

Il touche des sujets d'âge médian 55-60 ans, avec un ratio homme/femme de 2/1.

La variante classique représente 70 à 75% des cas des MF.Le MF classique se caractérise par des plaques érythémato-squameuses plus ou moins prurigineuses, des placards érythémato-squameux infiltrés et/ou des tumeurs rougeâtres. Les plaques sont habituellement très peu à peu palpables et peuvent évoluer en placards plus ou moins infiltrés. Ensuite, des vraies lésions tumorales peuvent survenir. La fixité des lésions, leur délimitation nette et leur prédominance dans les zones non photoexposées sont des éléments évocateurs du diagnostic.

Outre le MF classique, toute une série de formes atypiques et plus rares sont décrites: pagétoïde, folliculotrope, syringotrope, granulomateux, ichtyosiforme, érythrodermique, unilésionnel ou solitaire, verruqueux ou hyperkératosique, bulleux ou vésiculeux, pustuleux, palmo-plantaire ou acral, alopécique, poïkilodermique, hypopigmenté, hyperpigmenté, intertrigineux, papillomateux ou végétant, muqueux, et purpurique pigmenté.Notre patient avait l'association des lésions classiques, papuleuses, hyperpigmentées, poikilodermiques, plantaires et folliculotrope.

La stadification de la maladie repose sur le système TNMB, qui évalue l'étendue de l'atteinte cutanée (T), la présence ou de cellule de Sézary dans le sang périphérique (B). L'atteintecutanée se définit comme T1 (< 10% de la surface corporelle), T2 (> 10% de la surface corporelle), T3 (lésions tumorales) ou T4 (stade érythrodermique).

Histologiquement, le MF se caractérise par un infiltrat lymphocytaire T dermique superficiel en bande sous-épidermique et épidermotrope. Les cellules tumorales sont disposées en « chaînettes » ou « file indienne » le long de la couche basale, ou peuvent dans l'épiderme se grouper en amas, appelés micro-abcès de Pautrier ou thèques. L'immunomarquage montre que cet infiltrat est majoritairement de phénotype T mature CD2+, CD3+, le plus souvent CD4+. Au stade des tumeurs, la recherche d'une transformation cytologique, définie par la présence de plus de 25% de grandes cellules, exprimant ou non CD30 est recommandée.

Le pronostic du mycosis fongoide est favorable dans la majorité des cas. Le meilleur facteur pronostique reste le stade de la classification TNM. Les malades avec un mycosis fongoide au stade de plaques localisées ont une survie identique à celle de la population générale du même âge et de même sexe.

Pour le traitement du MF au stade des macules et/ou plaques infiltrées sans atteinte ganglionnaire clinique ou histologique, on utilise des corticoïdes locaux très forts (niveau IV) seuls si lésions limitées (T1), des badigeons de caryolysine, ou la photothérapie de type PUVA ou UVB.En cas d'échappement ou de non réponse aux traitements précédents,sontdiscutés selon les antécédents du patient, son âge et le type de lésions : l'interféron alpha seul ou associé à la puvathérapie ou à un rétinoïde, l'acitrétine seule ou en association avec l'interféron alpha ou la puvathérapie, le méthotrexate à faible dose (15 à 25 mg/semaine) ou le bexarotène.

Conclusion :

Les présentations cliniques du MF sont nombreuses et variées. Il peut mimer différentes dermatoses.Devant toute présentation clinique atypique d'une dermatose fréquente, résistance ou perte de réponse thérapeutique, il ne faut pas hésiter à réaliser une biopsie cutanée afin d'exclure un diagnostic de lymphome cutané.

Le lymphome B cutané primitif à grandes cellules non leg type : une entité à ne pas méconnaitre

S. BELLASRI (1) , L. ELHIZAZI (2) , R.CHAKIRI (1) , S. FARES (2)
(1) service de dermatologie, CHU SOUSS MASSA AGADIR (2) service d'hématologie, CHU SOUSS MASSA AGADIR

Introduction :

Les lymphomes cutanés primitifs diffus à grandes cellules B (PCDLBCL) sont des néoplasmes hématologiques rares. Cette catégorie comprend le lymphome cutané primitif à grandes cellules B de type jambe (PCDLBCL-LT), et un lymphome cutané primitif à grandes cellules B type autres (PCDLBCL-NOS), une sous-entité largement débattue avec un cours plus indolent.

Nous rapportons l'observation d'un cas qui présente un lymphome B cutané primitif à grandes cellules localisé au niveau de la jambe avec au profil immunophénotypique CD20+, CD10+, BCL6+ et Mum1 +, BCL2 +, CD3- et CD30 -

Observation :

Un homme âgé de 64 ans, présentait une tumeur ulcéro bourgeonnante douloureuse, évoluant depuis 1 an et demi de façon progressive au niveau de la face antéro interne de la jambe droite, sans autres signes associés. L'examen clinique trouvait une tumeur lobulée à base indurée et surface ulcérée à fond fibrineux mesurant 20 cm de grand axe, des nodules et papules érythémato - violacées en périphérie de la tumeur et des adénopathies inguinales lenticulaire bilatérales fixes et indolores. Le reste de l'examen physique était normal. L'examen histologique révélait une infiltration massive du derme et de l'hypoderme par une prolifération lymphomateuse d'architecture diffuses avec territoires d'écrasement . Les cellules étaient de taille moyenne à grandes pourvues de noyaux hyperchromatiques aux contours irréguliers avec de très nombreuses mitoses. L'étude immunophénotypique trouvait des cellules tumorales exprimant de façon diffuse le CD20 et le CD10, BCL6 et Mum1 de façon focale. Le BCL2 marquait quelques cellules atypiques. Les CD3 et CD30 étaient négatifs. Le Ki67 montrait un index de prolifération à 95%. Au bilan biologique le LDH était à 427. Ainsi, le diagnostic de PCDLBCL-NOS a été retenu selon la classification OMS 2018. Le bilan d'extension révélait des lésions pulmonaires probablement d'origine secondaire et des lésions osseuses secondaires à la TDM-TAP, et un envahissement musculaire à l'IRM de jambe. La BOM ne montrait pas d'infiltration lymphomateuse. Le patient a été classé en T2b NO M1 selon la stadification EORTC/ISCL des lymphomes cutanés et a bénéficié de soins locaux quotidiens à base de pansements à l'argent et d'une polychimiothérapie de type R-CHOP. L'évolution clinique est toujours en cours d'évaluation.

Discussion :

Les lymphomes cutanés primitifs à cellules B (PCBCL) présentent une incidence de 4 personnes sur 1 000 000 par an.1 Le PCLBCL est défini par des infiltrats à prédominance de centroblastes et d'immunoblastes. La plupart des cas de PCLBCL sont classés comme PCLBCL / LT, qui montrent une forte expression de Bcl-2 ainsi

qu'une expression de MUM-1, IgM et une expression variable de Bcl-6. Au cours des quinze dernières années, différents groupes ont décrit une autre sous-entité de PCDLBCL, à savoir PCDLBCL-NOS qui semble affecter les patients plus jeunes présentant des lésions du tronc ou de la tête/du cou et présente un résultat intermédiaire entre le PCDLBCL-LT et le lymphome cutané primitif du centre folliculaire PCFCL. La distinction histopathologique de PCDLBCL-NOS et PCDLBCL-LT a fait l'objet de débats depuis la première description de PCDLBCL-NOS par Kodama et al.1 Au cours des études rétrospectives qui ont été dédiées à la différenciation entre ces deux entités, on trouve que les patients atteints de PCDLBCL-NOS étaient majoritairement de sexe masculin, avec un âge médian au diagnostic de 60 ans. Comme son nom l'indique, les membres inférieurs étaient des sites de prédilection pour les PCLBCL/LT (dans 76 % des cas), alors que les tumeurs PCLBCL/NOS étaient localisées sur les membres inférieurs dans seulement 43 % des cas. Les lésions élémentaires se présentaient comme des lésions nodulaires/ tumorales uniques. L'infiltrat de PCDLBCL-NOS était composé principalement de grandes cellules centroblastiques (> 90 %), mélangées à un composant mineur de cellules centrocytoïdes de taille moyenne et/ ou à un infiltrat de lymphocytes T réactifs. L'infiltrat présentait un aspect diffus dans la majorité des cas , principalement composé de petits lymphocytes CD3 + réactifs. Les cellules néoplasiques exprimaient intensément les marqueurs pan-B (CD20, CD79a) et étaient fréquemment positives pour BCL2 et BCL6. MYC, CD10, IgM et IRF4/MUM1 étaient positifs dans un quart à un tiers des cas. 1 L'expression de CD30 a été observée dans 35 % des cas. Bien que dans une large fourchette, l'indice de prolifération médian était élevé dans PCDLBCL-LT (70 %, plage de 50 à 90 %), alors qu'une valeur intermédiaire a été documentée dans PCDLBCL- NOS (50 %, plage de 10 à 90 %).2 la présentation clinique, le profil histologique et immunophénotipique de notre patient cadrait avec un PCDLBCL-NOS localisé au niveau de la jambe, qui reste une localisation plutôt rare et atypique de cette entité. Les cas PCLBCL / NOS ont un résultat significativement meilleur que les cas PCLBCL / LT 2, la prise en charge thérapeutique reste cependant la même basée sur la polychimiothérapie type R-CHOP.

Conclusion :

L'existence et les caractéristiques déterminantes de PCDLBCL-NOS ont fait l'objet de controverses, en effet, les critères clinicopathologiques et la définition de cette entité ont été variables selon les auteurs, affectant ainsi la reproductibilité de ce diagnostic. Des études génomiques pourraient donc être utiles à l'avenir.

Le mycosis fongoidepoikilodermique: une série de 7 cas

FZ.Hashas, S. Elloudi, Z. Douhi, M.Soughi, H. Baybay, FZ. Mernissi .

service de dermatologie CHU Hassan II Fès.

Introduction :

Le mycosis fongoïde (MF) est un lymphomecutané primitif épidermotrope de type T.C'est le plus fréquent des lymphomescutanés primitifs. Le MF poïkilodermique est une variante rare du MF, nous en rapportons une série de 7 cas.

Matériels et méthodes :

Etude rétro-prospective incluant tous les cas de mycosis fongoïde confirmés sur biopsie et immunohistochimie, entre Janvier2009 et décembre 2021.

Résultats :

Sur 75 cas de MF, 7 correspondaient à la forme poïkilodermique (9,33%), avec un sex ratio H/F de 0.75, un âge moyen de 54,5ans. La durée d'évolution avant le diagnostic était de 7 ans, cinq patients

étaient de phototype foncé (71%).La présentation clinique était une poïkilodermie isolée chez 5malades,associée à une dépilation chez un seul et à des lésions de MF classique dans 1

cas. Les lésions siégeaient préférentiellement au niveau du tronc notamment en regard desseins chez les femmes ainsi qu'au niveau des membres. La dermoscopie trouvait de multiples structures polygonales pigmentées, des zones réticulaires brunes sur un fond blanc rosé ainsi que des squames blanches chez tous les cas, des vaisseaux courts linéaires (28,6 %) et des rosettes (25 %) .

les traitements utilisés étaient: la puvathérapie chez 3 patients diagnostiqués à un stade precoce (IB) avec amélioration compléte, le méthotrexate et les retinoides chez deux patients (IB) avec amélioration partielle. Le patient présentant à la fois les plaques de MF classique et la poïkilodermie

a été mis sous RE-PUVA avec une nette amélioration. Le 7 ème cas diagnostiqué à un stade IV a été mis sous chimiothérapie.

Discussion :

Le mycosis fongoide poïkilodermique est une forme rare de lymphome T cutané ,se caractérise par des plaques rouges ou brunâtres avec desquamation, une dyschromie marbrée, une atrophie et des

télangiectasies intéressant le tronc et les extrémités. Les caractéristiques dermoscopiques clés rapportées dans la littératures étaient les structures polygonales pigmentées et lobules blanches les vaisseaux en pointillés et en épingle à cheveux(1).Cette forme inhabituelle partage le caractère indolent du MF classique et se distingue par une réponse particulièrement bonne à la photothérapie selon une étude portant sur 49 cas. Notre série met en évidence une forme particulière de MF souvent difficile à diagnostiquer rapporte l'utilité de la démoscopie et confirme l'efficacité de la photothérapie.

Conclusion :

Le MF poikilodermique est une entité clinique unique dont la présentation est différente de celle de MF classique et dont le pronostic est excellent : progression lente de la maladie et bonne réponse de la photothérapie. L'examen dermoscopique contribue également à un diagnostic

Pseudo comédon : une structure dermoscopique rare au cours du carcinome basocellulaire

S. Oujdi, S.Elloudi, S.Boularbah, H.Baybay, M.Soughi, Z.Douhi, FZ.Mernissi

Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction :

Le pseudo comédon est une structure dermosocpique facilement reconnaissable elle se présente sous forme de structure ronde ou ovalaire sombre et qui correspond a de la kératine oxydé au sein d'une invagination épidermique a la surface d'une lésion, c'est une structure dermoscopique caractéristique de la kératose séborrhéique mature, nous rapportons un cas de carcinome basocellulaire dont le diagnostic était déroutant vu la présence à la dermoscopie de multiples pseudo comédon.

Observation :

Patiente de 37 ans, consulte pour une lésion du visage évoluant depuis 5 ans augmentant progressivement de taille à l'examen clinique on notait la présence d'une plaque pigmenté de 1 cm bien limité de contour régulier grossièrement ovalaire à surface grasse à base non infiltré siégeant au niveau de la joue droite à la dermoscopie on notait la présence de télangiectasies, des chrysalides,des pseudo kystes , des pseudo comédons et des nids ovoïdes agrégés au centre .

Nous avons évoqué la kératose séborrhéique, de mélanome kératose séborrhéique like et de carcinome basocellulaire.

La patiente a bénéficié de l'exérèse chirurgicale de la lésion, l'étude anatomopathologique a objectivé un épiderme non ulcéré en regard d'une formation vaguement nodulaire dermique constituée d'une prolifération de cellules carcinomateuses de type basaloide agencées en travées et en lobules avec une disposition palissadique des noyaux en périphérie et des fentes au contact. Les

atypies cytonucléaires sont modérées à marquées et les mitoses assez nombreuses ainsi que la présence d'invaginations intra épidermique remplie de kératine le diagnostic retenu était un carcinome basocellulaire nodulaire infiltrant pigmenté et kératinisant.

Discussion :

Le pseudo comédon est une structure dermoscopique rondes et sombres se sont des bouchons en forme de points noirs sur la surface de la tumeur, cliniquement ils peuvent être appréciés comme des invaginations de surface, sur le plan histologique elles correspondent à des invaginations épidermiques concaves remplies de kératines ,ces ouvertures de type comédon sont observées dans 50 à 70 % des cas de kératoses séborrhéiques ou, dans de rares cas, ils sont observés dans des naevus mélanocytaires papillomateux(1)

Une série turque a analysé la dermoscopie de 124 carcinomes basocellulaires, Au total, 14 critères dermoscopiques morphologiques ont été identifiés, la constatation dermoscopique la plus fréquente était les structures vasculaires (87,7 %) avec des vaisseaux arborescents (78 %). Les vaisseaux de grand diamètre (50 %), les vaisseaux tortueux (68 %), les vaisseaux de taille minces (13,7 %) et les vaisseaux en épingle à cheveux (3 %), les pseudo kystes et des ouvertures de type comédon ont été observés dans 3 (2,4 %) et 4 (3,2 %) des lésions respectivement. (2)

Ces 4 lésions n'étaient pas des tumeurs de collision avec une kératose séborrhéique. Sur le plan dermatopathologique, deux d'entre eux étaient nodulaire, un était pigmenté et un était un CBC superficiel.

Les ouvertures de type comedon like sans collision de kératose séborrhéique dans le carcinome basocellulaire est rarement signalé dans la littérature.

Tous les sous types histologiques de carcinomes basocellulaires peuvent comporter un aspect particulier de la composante épithéliale dont la forme kératinisante ou pilaire qui est individualisée par Weedon, Elder, McKee et Lowe. Elle correspond à un carcinome basocellulaire dont certains foyers tumoraux sont le siège d'amas de kératine, sans différenciation malpighienne carcinomateuse (3)

Conclusion :

Les ouvertures de type comedon like ont rarement été signalé dans la littérature en association avec le carcinome basocellulaire, il serait dû à un aspect particulier kératinisant de la composante épithéliale qui constitue la tumeur.

Le syringome chondroïde entité rare des tumeurs annexielles :à Propos d'un cas

I .Zouine(1), I. LAKHAL(1), S. Mhaimer(1), R. Chakiri(1)

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

Introduction :

Le syringomechondroide est une tumeur cutanée bégnine rare caractérisée par une composante mixte épithéliale et mésenchymateuse, se rapprochant morphologiquement des adénomes mixtes des glandes salivaires. Son diagnostic repose essentiellement sur l'examen histologique. Nous rapportons ici le cas confirmé histologiquement d'un syringomechondroide du dorsum du nez.

Observation et patient :

Il s'agissait d'un homme de 74 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui s'est présenté en consultation pour un nodule erythémato-télangiectasique non douloureux de consistance ferme augmentant progressivement de taille depuis un an, mobile par rapport au plan profond et superficiel. Le patient ne présentait pas d'adénopathie au niveau cervical ni axillaire.

A l'examen dermoscopique, un aspect de réseau inversé a était mis en évidence avec des télangiectasies linéaires périphériques.

Devant ces données cliniques et dermoscopiques les diagnostics d'histiocytofibrome, pilomatricome, trichoblastome et syringomechondroide ont été évoqués.

Le patient a bénéficié alors d'une biopsie exérèse qui a montré un syringomechondroide d'exérèse complète.

Discussion :

Le syringome chondroïde a été décrit pour la première fois en 1859 par Billroth, et initialement nommé « tumeur mixte cutanée », par analogie aux tumeurs mixtes des glandes salivaires.C'est une tumeur rare des glandes sudoripares eccrines qui peut provenir à la fois des éléments sécrétoires et canalaires de la glande sudoripare. Elle se présente cliniquement comme une tumeur à croissance lente, asymptomatique,indolore, non ulcéré, sous-cutané ou intra cutané.Cette tumeur touche souvent des patients d'âge moyen àavancé, avec une légère prépondérance masculine. Elle se présente fréquemment sous la forme d'un noduledans la région de la tête et du cou, mais elle est également signalée sur des sites peu communs tels que la main, le pied, la région axillaire, l'abdomen, le pénis, la vulve et le scrotum.Les caractéristiques dermoscopiques du syringome chondroïde sont rarement rapportées dans la littératureet comprennent un aspect blanc-bleu homogène, une aire blanche sans structure, des kystesmilia-like et des télangiectasies périphériques. Notre cas est une forme typique du syringome par sa localisation et sa présentation clinique et dermoscopique chez un homme de 74 ans. Néanmoins, le diagnostic clinique restait difficile àétablir, d'où l'intérêt d'effectuer une étude histologique facilitant alors le diagnostic positif du syringomechondroide grâce à sa double composante épithéliale et mésenchymateuse. Cette examen pourrait être compléter par une immunohistochimie. Le traitement repose sur essentiellement sur l'exérèse complète avec une marge de sécurité de 3 mm. En cas d'exérèse incomplète, un suivi régulier doit être proposé, car il existe un risque de récidive et de transformation maligne. Le recours à un complément de radiothérapie a été rapporté en cas de récidive.

Conclusion :

Pour conclure, bien que le syringome soit une tumeur rare, il doit être évoqué comme diagnostic différentiel devant un nodule cutané ou sous cutané touchant la face et le

cou, permettant alors une prise en charge précoce, et ceci malgré son caractère bénin, car une transformation maligne reste toujours possible.

Résumé : Une tumeur ulcéro-bourgeonnante périnéale , quel est votre diagnostic ?

I. lakhal (1) ; H. Kherbach(1) ; S. Ait Oussous(1) ; S. Bellasri (1) ; R. Mokfi (2) ;
M. Maskrout (2); G. Rais (2) ; R. CHAKIRI (1)

(1)Dermatologie, C.H.U Souss Massa, Agadir, Maroc

(2)Oncologie, C.H.U Souss Massa, Agadir, Maroc

Observation

Patient âgé de 56 ans, tabagique chronique et ayant des rapports sexuels à risque. Il a été admis pour prise en charge de lésions ulcéro-bourgeonnantes violacées douloureuses de la région périnéale associées àdes lésions violacées de la cuisse droite et du bas du dos apparues depuis 1 an. Par ailleurs , le patient présentait une hémiplégie droite avec aphasie et paralysie faciale d'apparition brutale. Le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement non chiffré et d'apyrexie.

L'examen clinique trouvait un patient aphasique , cachectique avec à l'examen de la peau une tumeur ulcéro-bourgeonnante dure , infiltrée, surinfectée , saignante au contact , érythémato-violacée , verruqueuse par endroit de contours irréguliers de la région périnéale avec des papules ombiliquées violacées infiltrées confluant par endroit en des plaques violacées infiltrées bien limitées au niveau de la cuisse droite et du bas du dos. Le reste de l'examen clinique objectivait des adénopathies inguinales bilatérales mobiles centimétriques , des râles ronflants et sibilants à l'auscultation pulmonaires , et un syndrome hémipyramidal droit en phase flasque.

Quel est votre diagnostic?

Deux biopsies cutanées au niveau de la tumeur périnéale et lésions de la cuisse ont été faites en faveur de deux localisation secondaires cutanées d'un adénocarcinome

tubuleux moyennement différencié. L'immunohistochimie orientait vers une origine digestive colorectale. La TDM TAP montrait un volumineux processus tumoral recto-ano-périnéal avec des lésions pulmonaires et osseuses d'allure secondaire (T4N1aM1) . L'angio-IRM objectivait un AVCI avec début d'engagement sous-falcoriel et une thrombophlébite cérébrale. Le CA 19-9 était à 104 215 U/ml. Il n'y avait pas de possibilité de chimiothérapie vu l'état du patient, des soins de support ont été indiqués.

Discussion

Les métastases cutanées des néoplasmes malins internes sont rares, survenant dans environ 0,7 % à 9 % des cas. Elles sont généralement une manifestation tardive d'une maladie à un stade avancé et ellesontun mauvais pronostic. Les métastases cutanées des cancers colorectaux peuvent survenir dans 4% des cas. Rarement, une métastase cutanée représente le premier signe de cancer interne, comme nous avons rapporté. Les métastases cutanées peuvent prendre diverses présentations cliniques. Les nodules et les tumeurs cutanées sont les formes les plus fréquentes. Les métastases touchent préférentiellement les sites cutanés proches de la tumeur primitive qui, dans le cas du cancer colorectal, est la paroi abdominale.L'étude immunohistochimique est un outil complémentaire important pour les études histopathologiques. Dans le cas des métastases cutanées issues du cancer colorectal, le schéma CK7-négatif/CK20-positif est présent dans plus de 70 % des lésions.

Le traitement des métastases cutanées est d'emblée palliatif, la résection chirurgicale est réservée aux lésions solitaires. La radiothérapie et la chimiothérapie peuvent être utilisées comme traitement palliatif.

Conclusion

Une fois diagnostiquées, les métastases cutanées laissent présager un pronostic sombre ,plus des deux tiers des patients vont décéder dans les six premiers mois, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce .

Lymphome T NK cutané de type nasal au niveau du membre inférieur

A.ELKISSOUNI*, F .ELFETOIKI* , F.MERNISSI** , H .SKELLI* , F.HALI* , S.CHIHEB*

*Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

** Laboratoire d'anatomopathologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction

Le lymphome T NK cutané (LTNK) est un lymphome rare, de haut grade de malignité lié à l'EBV, nous rapportons ici un cas de lymphome T NK cutané de type nasal (LTNKEN) révélé par un nodule au niveau du membre inférieur.

Observation :

Patiente âgée de 64 ans , a présenté 4 mois avant sa consultation deux lésions nodulaires indolores augmentant rapidement de taille dans un contexte d'amaigrissement et d'altération de l'état général, l'examen clinique trouvait deux tumeurs violacées au niveau de la cuisse et jambe mesurant respectivement 20 et 10 cm , le reste de l'examen clinique n'a pas décelé d'adénopathies , ni hépato-splénomégalie , la biopsie cutanée et l'immunohistochimie ont objectivé un infiltrat lymphocytaire CD56 -, CD3 intracytoplasmique +, granzyme B + , EBER + compatible avec LTNKEN , le ki67 était estimé a 100% , le bilan d'extension a objectivé des nodules péritonéaux et des Adénopathies ceolio-mésentériques , la patiente était classée stade IV, malheureusement elle est décédée quelques semaines plus tard

Discussion :

LTNK est un lymphome non hodgkinien agressif , deux entité ont été décrites : Les formes nasales qui atteignent la sphère ORL, et représentent 80 % des cas ;et Les formes extra-nasales, dites« de type nasal », qui sont plus rares , elles s'expriment

par des symptômes atypiques et sont donc diagnostiquées à des stades avancé ce qui peut expliquer leur pronostic péjoratif , cliniquement LTNKEN est caractérisé par une atteinte polymorphe ,avec différents aspects possibles dont aucun n'est typique de la maladie a savoir des nodules violacés évoluant vers l'ulcération ou la nécrose, des plaques érythémateuses , dermohypodermite, purpura ..
Le traitement repose sur une polychimiothérapie agressive incluant L asparaginase associée ou non a une radiothérapie mais le pronostic reste sombre puisque la survie sans récidive et la survie globale à 5 ans sont respectivement estimées à : 6% et 9 %

Évaluation de la qualité de vie des patients présentant un lymphome cutané

M.benkaraache1;S.Bouabdella 1 ; S.Bensalem ; S.Dikhaye 1,2 ; N.Zizi 1,2
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc
2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique.
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction :

Le retentissement des lymphomes cutanés sur la qualité de vie (QDV) est toujours mal connu, car il existe très peu d'études dans ce sens.
L'objectif de notre étude est d'évaluer la qualité de vie des patients avec un lymphome cutané et de déterminer quels facteurs pouvaient l'influencer.

Matériels et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive réalisée au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda en Avril 2022. Tous les patients présentant un lymphome cutané ont été interrogés par conversation téléphonique. Deux questionnaires ont été utilisés :
Dermatology Life Quality Index (DLQI), et l'échelle Hospital Anxiety and DepressionScale (HADS).

Résultats :

Nous avons colligé 25 patients dont dix-huit mycosis fongoides et trois syndromes de Sézary, et trois lymphomes cutanés B, avec un âge moyen de 50,8 ans et un sexe ratio H/F de 1,2 .Le score total moyen du DLQI était de 18,07/30 correspondant à une importante altération de la qualité de vie , et 47 % des patients avaient une altération extrêmement importante de leur QDV. Une anxiété était présente chez 37,7% de nos patients et 15,3% avaient une dépression.
Un lien entre la présence d'une anxiété et ou une dépression selon le score HADS et une augmentation du score DLQI avait été retrouvé, de même qu'entre l'EVA prurit et l'augmentation du score DLQI.
L'état dépressif était associé à la majoration du DLQI , et nous n'avons pas mis en évidence de lien entre l'âge, le sexe ou la durée d'évolution de la maladie et la QDV selon le DLQI.

Discussion :

Une étude française réalisée en Décembre 2021 dont le but était d'évaluer la QDV des patients atteints de lymphome cutané avait retrouvé que dans la majorité des cas la QDV n'est pas altérée chez tous les sujets atteints de LCT, mais elle l'est sévèrement chez près de 20 % des patients, majoritairement chez ceux avec un LCT prurigineux, de type Syndrome de Sézary de stade avancé, avec un antécédent de dépression ou la présence de symptômes anxio-dépressifs, ce qui rejoint les résultats de notre étude.
Le score total moyen du Skindex était de 29 correspondant à un faible impact sur la QDV, pourtant 17,2 % des patients avait une altération très importante de leurs qualité de vie.
Cette même étude objective que dans la majorité des cas, la QDV est influencée surtout par les symptômes, principalement le prurit mais aussi par les antécédents de troubles anxieux et ou dépressifs(1), et c'est le cas chez les patients de notre série.
L'évaluation régulière durant l'hospitalisation et au cours du suivi thérapeutique est primordial dans la prise en charge des patients atteints de lymphomes cutané, afin d'assurer une bonne observance thérapeutique et permettre ainsi aux patients une meilleure adaptation aussi bien sur le plan de l'estime de soi que sur le plan relationnel.

Conclusion :

Le lymphome cutané est maladie chronique qui impacte considérablement la qualité de vie des patients qui se considèrent comme des acteurs de leur santé et parfois même les seuls à détenir des informations indispensables. Il faut par conséquent prendre en compte leurs avis et évaluer régulièrement cet impact tout on se basant sur des scores scientifiques afin d'Assurer une meilleure prise en charge.

Les dermatoses paranéoplasiques facultatives au CHU Mohammed VI d'Oujda

N. TAHRI1, L. ELYAMANI1, H. RAGRAGUI1, 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 scientifique et de santé publique. Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Maroc.

INTRODUCTION :

Les dermatoses paranéoplasiques (DPN) est un ensemble d'affections cutanées ou cutanéomuqueuses qui se caractérisent par l'association aux néoplasies et par une évolution parallèle à celle de ces dernières.

Elles sont classées en 3 groupes : les dermatoses paranéoplasiques obligatoires, facultatives et exceptionnelles.

Les DPN facultatives comprennent de variables affections dont l'association avec un cancer est moins constante par rapport aux DPN obligatoires, mais suffisamment fréquente pour la justification de la recherche systématique d'une néoplasie associée.

Le but de notre travail est d'étudier la prévalence des néoplasies dans certaines dermatoses paranéoplasiques facultatives en milieu hospitalier au sein de CHU d'Oujda.

MATERIELS ET METHODES :

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive qui inclut les dossiers des patients hospitalisés dans notre service pour des pathologies entrant dans le groupe des dermatoses paranéoplasiques facultatives entre Novembre 2014 et août 2022.

RESULTATS :

Nous avons étudié au total 113 dossiers dont 50 cas de prurit chronique (44%), 27 cas de dermatomyosite DM (23%), 23 cas d'érythrodermie (20%) et 6 cas de Leser-trélat (5%).

Le syndrome de Sweet et le pyodermagangrenosum venaient en dernier lieu avec une fréquence de 5%.

Le prurit chronique représente 44% des cas (50 cas), le diagnostic du cancer a été retenu chez 2 patients (4%) de sexe masculin avec moyenne d'âge de 70 ans (+/- 15). Les cancers représentés dans notre série sont un cancer pulmonaire à grande cellules et un adénocarcinome prostatique. Le diagnostic du cancer a suivi le diagnostic du prurit chronique dans les 2 cas avec un délai médian de 33 mois [6 mois, 5 ans].

Les dermatomyosites représentent 23% des cas (27 cas), le diagnostic du cancer a été retenu chez 8 patients (29 ,6%). Le sex ratio F/H de 1,6 et la moyenne d'âge était de 57,7 ans (+ /- 16,6).Le cancer le plus représenté dans notre série est le cancer du cavum présent chez 3 patients (37,5%), suivi du cancer du sein présent chez 2 patientes (25%), du cancer du larynx, de l'endomètre et de l'estomac dans 1 cas chacun soit 12,5% des cas. Le diagnostic du cancer a précédé celui de la DM dans 3 cas, concomitant avec celui de la DM dans 3 cas et a suivi le diagnostic de la DM dans 2 cas (25%). Le délai médian entre le diagnostic du cancer et la dermatomyosite était de 3 mois [15 jours, 47 mois].

Les érythrodermies représentent 20% des cas (23 cas), le diagnostic du cancer a été retenu chez 2 patients de sexe masculin avec moyenne d'âge de 56 ans (+/- 8). Les cancers représentés dans notre série sont un lymphome cutané T et lymphome de Sézary. Le diagnostic de l'érythrodermie a précédé le diagnostic de cancer dans les 2 cas. Le délai médian entre le diagnostic du cancer et l'érythrodermie est 44 mois [4 mois,7 ans].

Les Leser-trélat représentent 5% des cas (6 cas). Le diagnostic du cancer a été retenu chez 5 patients. La moyenne d'âge était de 65 ans (+ /- 7). Tous les patients étaient de sexe masculin. Les cancers représentés dans notre série sont le sarcome pléomorphe indifférencié cutané, le carcinome basocellulaire sclérodermiforme, le carcinome infiltrant mammaire, une tumeur stromale gastro-intestinal avec métastase hépatique, un carcinome bronchique non à petites cellules de type adénocarcinome métastatique. Le diagnostic du cancer a précédé celui de Syndrome de Léser-trélat dans 1 cas (20%), il était concomitant avec celui de léser trélat dans 1 cas (20%) et a suivi le diagnostic de léser trélat dans 3 cas (60%). Le délai médian entre le diagnostic du cancer et le Léser trélat était 14 mois (+/-13) [8 mois, 3 ans].

DISCUSSION :

Les dermatoses paranéoplasiques sont l'ensemble d'affections cutanées ou cutanéomuqueuses qui ne sont pas liées à un envahissement métastatique, mais elles sont considérées comme une conséquence indirecte de l'évolution d'un processus néoplasique interne.

Pour le prurit chronique, les données de notre série discordent avec une étude tunisienne incluant 70 patients, ou la cause néoplasique a été révélée chez 10 patients (17,2 %) dont 9 cas de lymphome (90%) et un cas de cancer du côlon (1%)[1] . Le prurit peut précéder le diagnostic du cancer de plusieurs mois selon la littérature [2]. Dans notre étude le diagnostic du cancer a suivi le diagnostic du prurit chronique.

En ce qui concerne la dermatomyosite, son association à la malignité a été largement décrite. Environ 13 à 42 % des patients atteints de DM sont associés à un cancer [3], ce qui concorde avec les résultats de notre étude. Dans les séries de la littérature ; le cancer du nasopharynx était le cancer le plus fréquent chez l'homme et le cancer du sein chez les femmes [4].Le cancer peut être diagnostiqué avant, simultanément ou après le diagnostic de la myopathie inflammatoire. Ceci est concordant avec les résultats de notre étude.

Dans notre série, le diagnostic d'une érythrodermie d'origine paranéoplasique a été retenu chez 8% des cas. Les cancers représentés dans notre série sont un lymphome cutané T et lymphome de Sézary. Le délai médian entre le diagnostic du cancer et l'érythrodermie est de 44 mois. Ces données rejoignent les résultats d'une étude au

CHU de casablanca qui ont pu retenir le diagnostic d'une érythrodermie d'origine paranéoplasique dans 12,1% des cas, dont les cancers responsables sont des hémopathies malignes et la durée moyenne entre le début de la symptomatologie et le diagnostic était de 26,28± 61,89 semaines.[6]

Dans notre série le diagnostic du cancer associé au Syndrome de Léser-trélat a été retenu dans 83% des cas, ce qui rejoint ce qui est décrit dans la littérature.[7]

CONCLUSION :

Les dermatoses paranéoplasiques peuvent être un signe évocateur d'un cancer inconnu ou un signe de récidive d'un cancer connu et traité d'où la nécessité de la bonne connaissance de ces dermatoses.

Deuxième mélanome ou simples kératoses séborrhéiques : Impact sur la stadification du mélanome

M.A. Ennaciri, A. Kinany, N. Hjira, M. Boui

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

Introduction

La classification du mélanome selon l'Union for international cancer control et l'American Joint committee on Cancer, classe les différents mélanomes en plusieurs stades. L'examen de tout le tégument est nécessaire. La présence de lésions hyperpigmentées suspectes à distance peut être un deuxième mélanome. La découverte de ce second mélanome se fait, selon la littérature, de façon concomitante au premier ou dans l'année qui suit dans 19 à 39% des cas. Si un deuxième mélanome est présent, le pronostic devient sombre.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 76 ans, tailleuse de profession qui consulte pour une plaque hyperpigmentée acrale plantaire gauche. Elle a comme antécédents une

hypertension artérielle sous amlodipine 5mg et une anémie ferriprive sous supplémentation martiale ainsi que 3 opérations itératives pour abcès mammaire récurrents.

La tâche hyperpigmentée plantaire remonte à il y'a 2 ans. Elle s'est étendue progressivement pour prendre un relief et s'ulcérer par endroit avec saignement, entraînant ainsi une gêne à la marche. Cette symptomatologie évolue dans un contexte d'amaigrissement chiffré à 20Kg avec asthénie et sensation fébrile. Par ailleurs la patiente rapporte une notion de coups de soleils fréquents durant l'enfance

L'examen dermatologique retrouve au niveau de la face plantaire de l'avant-pied gauche une plaque noire hyperpigmentée de 2cm/2 à contours flous, infiltré, ulcérée et saignant par endroit se prolongeant dans le 2ème espace interorteil où elle creuse un pertuis. A la dermoscopie, il s'agit d'une lésion polychromatique asymétrique avec présence de tâches d'encre. La dermoscopie suggérait un mélanome

Au niveau du flanc gauche, on retrouvait une plaque asymétrique à bord bien tracés, tricolore (rouge, brun et noire) de 2,5cm/1,5cm. A la dermoscopie, c'est une lésion plus ou moins désorganisée à patron globulaire brun et noir avec un fond rouge par endroit ; la lésion a des bords mordillés

Au niveau sous-mammaire, on retrouvait une lésion hyperpigmentée asymétrique à bords bien limités, de couleur brune et noire et d'un centimètre de longueur. A la dermoscopie, on ne retrouvait pas de patron mais plusieurs tâches d'encre de taille variable et quelques aires sans structures

L'examen des aires ganglionnaires et des autres appareils était sans anomalie

Une biopsie cutanée a été réalisée révélant un tissu cutané largement infiltré par une prolifération tumorale à double composante dermique et épidermique. La composante dermique est fusocellulaire, faite de cellules fusiformes pléomorphes aux noyaux anisocaryotiques et hyperchromatiques montrant plusieurs figures de mitoses. De nombreuses cellules pigmentées sont observées. La composante épidermique est d'architecture lentigineuse, ailleurs les mélanocytes tumoraux colonisent l'épiderme, qui est ulcéré en surface. L'étude immunohistochimique a révélé des anticorps PS100, HMB45, MélanA positifs.

Il s'agissait d'un mélanome avec ulcération présente, indice de Breslow à 3mm et un niveau IV de Clarck et Milan

Discussion

Devant ce tableau, il fallait classer le mélanome en stade IIB ou IV selon si les autres lésions hyperpigmentées retrouvées à l'examen clinique étaient bénignes ou malignes

La dermoscopie de la première lésion évoquait une kératose séborrhéique par sa bordure mordillée bien limitées, mais les autres signes dermoscopiques manquaient (kystes miliaires, ouvertures pseudocomédoniennes, l'aspect cérébriforme ou en empreinte digitale et les vaisseaux en épingle à cheveux) mais un mélanome ne pouvait être éliminés devant son aspect plus ou moins chaotique

La dermoscopie de la seconde lésion faisait aussi évoquer une kératose séborrhéïque, mais un doute sur un mélanome persistait devant la présence de tâche d'encre.

Une biospie de ces deux lésions a été réalisée et a révélé une prolifération épidermique en relief su les fragments voisins faite essentiellement de cellules de type basal et creusée de cavités remplies de lamelles de kératine enroulées. Le derme sous-jacent abrite un discret infiltrat inflammatoire mononuclée. L'aspect morphologique était en faveur de kératose séborrhéïques pigmentées

La patiente se classait donc en stade IIB correspondant à un indice de Breslow entre 2 et 4mm avec ulcération, No, Mo

Une échographie des aires ganglionnaires de drainage a été réalisée ainsi qu'un scanner TAP et scanner cérébral, qui sont revenus sans anomalies

La patiente a bénéficié d'une amputation de l'avant pied

Conclusion

La dermoscopie peut être d'une aide précieuse au cours de l'interprétation de lésions hyperpigmentée à distance dans un contexte de mélanome, mais si elle n'appuie pas le diagnostic de lésion bénigne de manière inéquivoque, l'examen anatomopathologique peut s'avérer utile. Dans notre cas, plus de peur que mal, mais la découverte d'un deuxième mélanome n'est pas rare

Tout ce qui est pigmenté n'est pas un mélanome

M.A. Ennaciri, A. Kinany, N. Hjira, M. Boui

Service de dermatologie-vénérologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat

Introduction

Les lésions pigmentées constituent un groupe hétérogène et varié de lésions dermatologiques. Cependant, devant toute lésion pigmentée, le clinicien doit en priorité éliminer l'hypothèse d'un mélanome.

A la lumière de ces 2 observations nous allons discuter les principaux diagnostics à évoquer devant une lésion pigmentée d'origine non mélanocytaire.

Observations

Cas n°1

Patient de 56 ans, hypertendu, qui présentait depuis 2 ans une lésion pigmentée papulo-nodulaire ulcérée de 0.8cm de diamètre siègeantau niveau du front. A l'examen dermoscopique, on trouvait une ulcération, avec un pigment gris-noir, des vaisseaux arborescents. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. L'examen anatomopathologique a révélé plusieurs lobules larges bien circonscrits dans le derme constitué de cellules basaloïdes à renforcement palissadique en périphérie et fentes de rétraction, les marges de résection étaient saines. Le diagnostic de carcinome basocellulaire nodulaire pigmenté a été retenu

Cas n°2

Patient de 52ans, tabagique chronique qui présentait depuis 5ans de nombreuses lésions hyperpigmentées au niveau du visage dont la plus grande, située au niveau de la tempe droite mesurait1,5cm de diamètre, noire, bien limitée, et parcourue de sillons visibles à l'œil nu. L'examen dermoscopique révélait une structure cérébriforme parcourue de crètes et de sillons avec une bordure mordillée. Le diagnostic de kératose séborrhéique a été retenu

Discussion

Le carcinome basocellulaire est le cancer cutané le plus fréquent survenant principalement chez les sujets âgés avec un sex-ratio : 2/1. Il peut revêtir plusieurs formes cliniques qui toutes peuvent être pigmentées. Le lentigo malin et le mélanome du Dubreuil ont à la différence du carcinome basocellulaire à la dermoscopie, un

patron annulaire granulaire, des points et des globules gris-ardoisé et des ouvertures folliculaires pigmentées asymétriques

En guise de traitement, La chirurgie avec marges d'exérèse est à privilégier. Les traitements topiques à base d'imiquimod ou de 5-FU, les traitements physiques dont la cryothérapie sont à réserver aux CBC de bon pronostic. Les thérapies à base de vismodégib et de sonidégib sont réservées aux formes localement avancées et métastatiques.

La kératose séborrhéiqueest la tumeur épidermique bénigne la plus fréquente. Son incidence augmente avec l'âge et survient aussi bien chez les hommes que les femmes. Son aspect dermoscopique permet de la différencier du lentigo, du mélanome et d'autres lésions pigmentées. L'un des critères dermoscopiques primaires pour poser le diagnostic d'un lentigo malin ou mélanome est l'absence de signes en faveur d'une kératose séborrhéique. Leur traitement consiste en une exérèse à la curette ou en une destruction par cryothérapie avec soin pour minimiser le risque de cicatrices, de dyschromie ou de récurrence

Conclusion

Devant toute lésion pigmentée, le clinicien doit en priorité éliminer la possibilité d'un mélanome et évoquer ensuite les autres lésions pigmentées qui sont en général bénignes ou dans tous les cas de bien meilleur pronostic

Carcinome épidermoïde cutané et neurofibromatose type 1 : à propos d'une nouvelle observation

Najoua,AMMAR*.Kenza,KHACHANI*.Laila,BENZEKRI*.Mariam,MEZIANE*.Kawtar.ZNATI'.
Karima.SENOUCI*
*Service de dermatologie et de Vénérologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V rabat
'Service d'anatomo-pathologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V rabat

Introduction :

La neurofibromatose de type 1 (NF1) est une maladie génétique autosomique dominante qui se caractérise par la présence de multiples neurofibromes, de taches café-au-lait et d'hamartomes de l'iris. Il est bien établi que l'incidence des tumeurs chez les patients atteints de la NF1 est élevée par rapport à la population normale, et que la majorité des tumeurs sont de nature non épithéliale, notamment les neurofibromes, les tumeurs malignes de la gaine des nerfs périphériques, gliomes et leucémies. . Cependant, la survenue d'un carcinome épidermique cutané (SCC) chez un patient atteint de la NF1 est extrêmement rare.
La présente observation décrit le troisième cas confirmé de carcinome épidermoïde cutané chez une patiente de 43 atteinte de neurofibromatose type 1 traité par exérèse chirurgicale

Observation :
Une femme de 43 ans ayant comme antécédent une neurofibromatose type 1 s'est présentée pour l'exploration d'une tumeur ulcero- bourgeonante du cuir chevelu évoluant depuis 3ans
L'analyse histologique d'une biopsie cutanée réalisée était en faveur d'un carcinome épidermoïde bien différencié et infiltrant
Une exérèse chirurgicale large de la tumeur a été effectuée

Discussion :
LA NF1 est liée à la présence de mutations inactivatrices du gène NF1 et la perte de l'hétérozygotie de ce gène a été rapportée dans les neurofibromes, des tumeurs malignes de la gaine des nerfs périphériques, des gliomes et des phéochromocytomes chez ces patients. Cependant, le mécanisme génétique du développement des carcinomes chez les patients atteints de la NF1 n'est pas bien compris. Ceccaroni et al ont rapporté les cas suivants de cinq individus dans une famille avec NF1 qui présentaient des neurofibromes et des carcinomes du sein, de l'ovaire, du péritoine ou du rectum. L'étude a clairement démontré que trois individus partageaient un haplotype commun, comprenant les loci NF1 et BRCA1 sur le chromosome 17 et a émis l'hypothèse que la survenue de la NF1 et de carcinome mammaire dans cette famille était due à la présence de deux mutations liées aux foyers NF1 et BRCA1 .

Conclusion :

Notre observation décrit le troisième cas confirmé de CSC cutané chez un patient atteint de la NF1.le mécanisme moléculaire du développement des carcinomes chez les patients n'est pas bien compris. Des études supplémentaires sont nécessaires pour clarifier ce mécanisme

Tumeurs annexielles rares ! A propos de 11 cas.

S. Zakaryaa, F. Hali, H. Rachadi, F. Marnissi, S. Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca.

Mots clés : Tumeurs annexielles- porocarcinome-hidradénocarcinome-polymorphisme.

Introduction

Les tumeurs annexielles sont des tumeurs cutanées rares aux dépens des glandes sudorales eccrines et apocrines, des structures folliculaires et des glandes sébacées ; elles peuvent présenter un problème diagnostique avec un potentiel de dissémination locorégional et métastatique important en cas de prise en charge tardive !

Nous rapportons 11 cas de tumeurs annexielles de localisations, aspects cliniques et types histologiques variés.

Matériels et méthodes

Etude prospective ayant inclus les patients porteurs de tumeurs cutanées annexielles au service de dermatologie et vénérologie de Janvier 2017 à Février 2022 afin d'étudier leur profil étiologique, thérapeutique et pronostic.

Résultats

Onze cas ont été colligés dont 6 hommes et 5 femmes avec une moyenne d'âge de 61 ans [41 ans–87ans]. Le délai diagnostique moyen était de 4ans. Le siège de

prédilection était représenté par les membres inférieurs : cuisses (36%) et région plantaire (18%).
L'examen clinique avait retrouvé des lésions nodulaires : hyperpigmentées (27%), de couleur chair (27%), des lésions ulcéro-bourgeonnantes (18%), une plaque indurée (9%), un placard érosif circonférentiel du bras (9%) et des lésions papuleuses du visage (9%).
L'étude anatomopathologique et immunohistochimique avaient révélé la prédominance des porocarcinomes (45%) suivis par l'hidradénocarcinome (27%), l'hidradénome (9%), trichoépithéliomes (9%), pilomatricomes (9%) ; avec positivité des marqueurs glandulaires (l'ACE, l'EMA, CK).
L'évolution a été marquée par l'absence de récidives et une bonne qualité de vie chez 90 % de nos patients ayant bénéficié d'une exérèse tumorale précoce ; 1 patient avait reçu une chimiothérapie palliative (métastases pulmonaires).

Discussion

Notre travail a révélé la diversité des tumeurs cutanées annexielles dominées par le porocarcinome (<0,01% des tumeurs cutanées) et l'hidradénocarcinome siégeant principalement au niveau des membres inférieurs et caractérisées par leur polymorphisme clinique ; prêtant parfois confusion avec les carcinomes basocellulaires, épidermoïdes cutanés ou le mélanome.
La prise en charge précoce, dont le pilier est l'exérèse tumorale large, conditionne le pronostic, d'où l'intérêt de les évoquer devant toute lésion cutanée tumorale suspecte.

Le profil immunohistochimique du mycosis fongoïde Expérience du service de dermatologie du CHU Mohamed VI d'Oujda

HananRagragui Ouasmin[1]; Imane Ouadi[1] ; Nassiba Zerrouki[1] , Siham Dikhaye[1,2]; Nada Zizi[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 :

Les lymphomes cutanés primitifs correspondent à des lymphomes T ou B localisés au niveau de la peau sans atteinte extra-cutanées au moment du diagnostic. Leur incidence est estimée à 1/100000 par an. Ils représentent, par ordre de fréquence, le deuxième site des lymphomes extraganglionnaires, après les lymphomes digestifs. Le but de notre travail est de déterminer le profil immunohistochimique du lymphome cutané T type mycosis fongoïde (MF) pris en charge dans notre service.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 19 cas du mycosis fongoïde colligés au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda sur une période de 7 ans allant de Janvier 2015 au Mars 2022.

Résultats :

Notre étude a colligé 19 cas de mycosis fongoïde ce qui correspond à 11% de la totalité des cancers cutanées. L'âge moyen de nos patients était de 50,48 ans avec des extrêmes allant de 11 à 89 ans. Une légère prédominance masculine a été noté soit un sexe-ratio H/F de 1.1. Les antécédents personnels de nos patients ont été dominés par le tabagisme qui a été retrouvé dans 48% des cas. L'exposition professionnelle a été noté dans 40 % des cas. Le premier motif de consultation était les macules dyschromiques cutanées (60 %).

Le MF classique représente le sous type le plus fréquent avec une incidence de 52.6% suivi par le MF pilotrope avec une incidence de 36.8% et en dernier le MF à grande cellule CD30+ qui représente 10.6%. La majorité de nos patients (52.6%) présentaient un lymphome de stade précoce (IA-IIA) sans aucune présentation du stade IV dans notre série.

L'analyse du profil immunohistochimique a révélé une population CD7 positive chez 2 patients avec MF classique, CD30 positive chez 2 patients avec MF classique et 1 patient avec MF pilotropesans aucun cas d'expression de CD20 retrouvé dans notre série.

Le profil CD8+/CD4+ était présent chez 5 patients avec MF classique et chez 2 patients avec MF pilotrope alors que le profil CD4+/CD8- était présent chez 3 patients avec MF pilotrope.
L'expression du Ki67 était faiblement positive chez 63% des patients, corrélée au stade de la maladie.

Discussion :

Le lymphome cutané T primitif représente 4 % de tous les lymphomes non hodgkiniens dont le mycosis fongoïde (MF) est le type le plus courant, représentant 50 % d'entre eux. Le profil immunohistochimique des MF décrit dans la littérature correspond à une population principalement CD4 positive et CD8 négative, observée aux stades de plaque, suivi par le schéma de double positivité et puis le schéma inverse, c'est-à-dire que CD8+/CD4-. Le stade tumoral a montré les trois profils de coloration. Pincus a conclu que les cas de MF CD8+ ne sont pas associés à un pronostic plus sombre par rapport à au profil CD4+/CD8-. Une étude de Hodak et al ont rapporté 12 % de cas de MF avec double cas de CD4-/CD8- chez leurs 140 patients sans différence de pronostic. L'utilité de la perte de CD7 dans la MF n'a pas été acceptée par tous les auteurs et des résultats variables ont été rapportés. De rares cas de MF avec expression de CD20 ont été trouvés dans la littérature, corrélées à la progression de la maladie. La majorité des cas ont montré des résultats négatifs avec la coloration CD30 avec une faible positivité dans les cas non transformés. Une expression CD30+ a été observé aux stades supérieurs. La positivité et le pronostic du CD30 varient selon le stade.
Dans notre série, l'expression du profil CD4+/CD8+ était supérieur à celle du profil CD4+/CD8-. Concernant l'expression de la population CD30 ; notre série a objectivé un profil positif au stade précoce du lymphome.
la proportion de Ki67 a montré une corrélation avec le stade du lymphome ce qui concorde avec l'étude menée par SAIRA FATIMA et al.

Conclusion :

Le diagnostic des lymphomes nécessite une confrontation étroite entre les données cliniques, histologiques, immunohistochimiques et moléculaires.

Les facteurs de risque des lymphomes cutanés T

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 lymphomes cutanés (LC) primitifs sont une prolifération lymphocytaire à point de départ cutané, sans envahissement ganglionnaire, médullaire ou viscéral au moment du diagnostic. Les LC T sont les plus fréquents et les LC épidermotropes constituent l'entité prédominante, regroupant le mycosis fongoïde avec une incidence de 0,36/105 personnes et le Syndrome de Sézary dont l'incidence est estimée à 30 à 40 nouveaux cas/an aux USA et le syndrome de Sézary. L'objectif de notre étude est d'évaluer les éventuels facteurs de risque (FDR) pouvant être incriminés dans les LC T.

Matériel et méthodes:

C'est une étude rétrospective descriptive incluant les patients suivis pour lymphome cutané T au service de Dermatologie du CHU Mohamed VI d'Oujda entre 2014 et 2021.

Résultats:

Au total 22 patients ont été inclus avec un âge moyen de début de la symptomatologie de 39 ans (9-86) et une prédominance masculine (sexe ration H/F : 1.4). Un antécédent familial de lymphome cutané a été retrouvé chez 2 patients et 45% des patients étaient de bas niveau socio-économique, 36% moyen et 19% bon. En ce qui concerne la profession, 5 patients (22%) étaient agriculteurs avec une exposition aux pesticides, 1 patient était peintre avec une exposition à la peinture et aux diluants, 1 patient était employé dans une usine de verre et 1 maçon avec une exposition prolongée au ciment, les briques et la céramique. La répartition géographique des

patients a objectivé 68% des patients de la région d'Oujda, 18% de la région du RIF et 14% de la région de Figuig. La prise régulière d'alcool a été retrouvée chez 27% et 27% étaient tabagique avec une moyenne de 35P/A. Deux patientes avaient la notion de terrain atopique et 2 patients présentaient un facteur de risque d'infection par des virus hépatotrope (tatouage, abcès). L'exposition solaire prolongée a été retrouvée chez 31% des patients. L'ensemble des patients étaient de race caucasienne avec 90% de phototype 4 et 10% de phototype 5. Le calcul de l'IMC a objectivé un surpoids chez 40% des patients et une obésité chez 14% des patients.

Discussion:

Les données de la littérature concernant l'épidémiologie des LT C épidermotropes sont extrêmement réduites (1). Leur incidence tend clairement à augmenter avec l'âge, avec quelques cas pédiatriques décrits. La distribution raciale montre un excès dans la population noire et des chiffres plus bas chez les Asiatiques avec une nette prédominance chez l'homme.

Le rôle potentiel de FDR tels que le tabac, l'alcool, l'exposition à des produits chimiques ou au soleil a été suspectée mais il s'agit de données fragmentaires issues d'études de faibles effectifs.

Parmi les affections qui pourraient favoriser l'apparition du MF on retrouve le psoriasis mais pas l'atopie ni les cancers solides. Aucune association claire n'a pu être établie avec un facteur chimique environnemental ou professionnel, ou avec des radiations. Le travail dans l'agriculture, le bois, le verre, la peinture, la poterie et les céramiques, l'industrie du papier et de la pâte à papier ressorte comme des pistes possibles (6). Enfin, certains virus ont été suspectés de jouer un rôle direct ou adjuvant (CMV,EBV, HTLV-1).

Conclusion:

Les lymphomes épidermotropes sont une maladie rare, stable dans son incidence. Une étude prospective dans d'autres régions est indispensable. Certains facteurs sont suspectés d'être incriminés mais les enquêtes épidémiologiques sont très limitées et ne permettent pas de faire émerger une hypothèse forte.

Trichoépithéliomes multiples non familiaux du visage:a propos d'une rare observation

F.Amaaoune[1] ; W.Zidan[2] ; M. Aboudouraib[1]; O.Hokar[1]; S.Amal[1]

1: Service de Dermatologie, CHU Med VI, Marrakech

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

Introduction:

Les trichoépithéliomes multiples sont des tumeurs épithéliales bénignes. Il s'agit de papules, mesurant quelques mm, principalement situées sur le visage, le cuir chevelu et le cou, qui apparaissent dès l'enfance et dont le nombre augmente avec l'âge. Nous rapportant un cas chez un enfant de 11 ans.

Observation :

Enfant de 11 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, pas de terrain de consanguinité, qui s'est présenté pour des lésions cutanées au niveau du visage évoluant depuis 4 ans, sans aucun cas similaire dans la famille,

L'examen dermatologique trouvait des papules translucides, aplaties et globuleuses, de 2 à 4 mm, roses et chaires, indolores siégeant sur peau saine électivement à la face (nez, sillons nasogéniens, paupières, joues, front, menton). Le reste de l'examen somatique était sans particularité.

Le diagnostic des trichoépithéliomes multiple non familiaux a été retenu devant l'absence de cas similaire dans la famille, l'aspect clinique et histologique. L'étude génétique n'a pas été faite pas faute de moyens. La vaporisation par laser CO2 a été proposé.

Discussion :

Pour de nombreux pathologistes, le trichoépithéliome ne serait qu'un trichoblastome kératinisant, davantage différencié dans le sens pilaire. La présentation clinique classique est celle de lésions multiples et héréditaires, se transmettant en dominance et apparaissant dès l'enfance ou à l'adolescence mais des formes

sporadiques non familiaux isolées sont possibles comme c'était le cas chez notre patient. Ce sont des formations papuleuses translucides, aplaties ou globuleuses, de 2 à 5 mm, roses ou blanches, siégeant électivement à la face. Les trichoépithéliomes multiples familiaux est une maladie génétique liée à des mutations du gène CYLD.

À l'examen histologique, chaque lésion est constituée de petits cordons de cellules basophiles souvent centrés ou terminés par de petits kystes cornés à kératinisation abrupte. L'évolution est marquée par la multiplication des lésions ; la cancérisation est rare ; l'excision chirurgicale, l'électrocoagulation ou la vaporisation par laser CO2 ou erbium Yag sont les moyens thérapeutiques habituels.

Conclusion :

La multiplicité des lésions augmente leur potentialité de transformation en véritable carcinome basocellulaire, Donc il faut traiter précocement.

Profil épidémiologique des tumeurs malignes cutanées de la face dans la région de Marrakech 2012-2021

B.BENNOUR (1), O.KHADIRI (1), S.HAZMIRI (1), O. AIT OUHSSAIN (2), M.ABOUDOURIB (1), O.HOCAR (1), S.AMAL (1), H.RAIS (2).

(1) Service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
(2) Service d'Anatomo-Pathologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire Bioscience et santé, FMPM université CaddiAyyad, Marrakech

Introduction :

Les tumeurs malignes de la face se définissent comme toute prolifération incontrôlable et anarchique des différentes cellules de la peau épidermiques, dermiques ou hypodermiques.

Cette localisation faciale, dans sa forme évoluée, est pourvoyeuse de séquelles esthétiques, fonctionnelles et peut engager le pronostic vital dans certains types histologiques.

Matériel et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et analytique des données épidémiologiques, cliniques et paracliniques des tumeurs malignes de la face diagnostiquées au CHU Mohamed VI de Marrakech sur 10 ans entre 2012 et 2021 (208 cas).

Résultats :

Nous avons colligé 208 cas de tumeurs malignes de la face répartis comme ceci : (102 carcinomes baso-cellulaires «CBC» (49%), 84 carcinomes épidermoïdes «CE» (40%), 16 mélanomes (7,7%), 03 carcinomes baso-squameux, 02 carcinomes à cellules de Merkel, 01 carcinome sébacé.

L'âge moyen des patients était de 56.2 ans avec des extrêmes allant de 6 à 94 ans.

Nous avons noté une nette prédominance masculine chez les patients ayant des CE et des mélanomes (sex-ratio= 3.6 pour le CE; 2.75 pour le mélanome) contrastant avec une légère prédominance féminine chez les patients ayant des CBC (sex-ratio= 0.85).

Le délai de consultation moyen était de 49,2 mois.

Les états pré-cancéreux les plus souvent retrouvés étaient : Xeroderma Pigmentosum : 15 cas, épidermodysplasie verruciforme : 5 cas, syndrome de Gorlin: 4 cas, cornes: 3 cas, leucoplasies labiales : 2 cas, albinisme : 2 cas et un cas de brulure.

Toutes les régions de la face ont été concernées avec une concentration au niveau des zones proéminentes : 32,3% au niveau de la joue et 23,5% au niveau du nez pour le CBC; 22,6% au niveau labial pour le CE et 50% au niveau du scalp pour le mélanome.

Les deux types histologiques les plus fréquemment observés chez les patients ayant un CBC étaient le CBC nodulaire et le CBC nodulaire-pigmenté avec des pourcentages respectifs de 34,3% et 23,5%.

Chez les patients ayant un mélanome, le type le plus souvent retrouvé était le mélanome nodulaire 87,5%.

Discussion

Malgré les différences raciales et ethniques, notre étude confirme certaines caractéristiques des tumeurs cutanées décrites dans la littérature telles que la

prépondérance du carcinome basocellulaire par rapport aux autres tumeurs malignes de la face, ainsi que l'âge et le sexe.

Cependant, sur le plan histologique, les types les plus fréquents du mélanome et du carcinome baso-cellulaire, dans notre série, ne rejoignent pas les études faites chez les populations occidentales et ceci pourrait être expliqué par le retard diagnostique et par le phototype foncé retrouvés chez nos patients.

Carcinome spinocellulaire de localisation inhabituelle

H. Douma, C. Naji, S. Amal ; O. Hocar, M. Aboudourib ; H. Rais

Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoires biosciences et Santé, FMPM, MARRAKECH

Introduction

Le carcinome épidermoïde est un cancer cutané qui se développe à partir des kératinocytes de l'épiderme ou des muqueuses malpighiennes buccales ou anogénitales. Il résulte le plus souvent de la transformation d'une lésion cutanée précancéreuse.

Nous rapportons le cas d'un carcinome spinocellulaire du pubis.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 63ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présente une masse nodulaire du pubis évoluant depuis 8mois dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général.

L'examen clinique trouve un nodule arrondi du pubis, de 5cm de diamètre, ulcéré en surface, saignant au contact, douloureux à la palpation, et fixe par rapport au plan profond. On note la présence de multiples adénopathies inguinaux bilatéraux.

Le balayage échographique des aires ganglionnaires a individualisé de multiples adénopathies inguinaux de forme grossièrement arrondies. L'examen anatomopathologique confirme le diagnostic de carcinome spinocellulaire.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a noté la présence de multiples adénopathies inguinaux d'allure métastatique. Il n'y avait pas de localisation secondaire à distance.

La tumeur a été totalement excisée et le défect cutané a été reconstruit à l'aide d'un lambeau local.

Discussion

La prévalence du carcinome épidermoïde est très variable d'une région à une autre, les facteurs de risque sont constitués par le défaut d'hygiène locale et l'infection au Human Papilloma Virus (HPV) sérotype 16 et 18, L'âge moyen de survenue est de 60 ans. L'aspect des tumeurs épidermoïdes est variable selon le stade d'évolution et la forme clinique.

L'examen clinique du pubis apprécie la topographie et l'aspect de la tumeur, ainsi la palpation des aires inguinales à la recherche d'adénopathie, doit être réalisée systématiquement. Des métastases restent possibles et se font via le système lymphatique. Cependant, la propagation hématogène est inhabituelle.

Les facteurs de mauvais pronostic sont : l'extension ganglionnaire lymphatique, la taille de la tumeur et les récidives tumorales. Notre patient a été vu à un stade avancé de son cancer. Ce retard diagnostique est dû à la méconnaissance de la pathologie, aux erreurs diagnostiques, à la faiblesse des conditions socio-économiques et aux considérations culturelles et religieuses.

Le traitement repose sur l'exérèse tumorale associé à un curage ganglionnaire. La radiothérapie post-opératoire est pratiquée devant des facteurs de risque de récidive locale : un volume tumoral supérieur à 4cm ; une marge chirurgicale étroite (moins de 8mm). Pour l´apport de la chimiothérapie surtout à base de cisplatine, de mitomycine ou de 5 Fluoro-Uracile.

Des régressions tumorales complètes sont décrites dans la littérature. Notre patient a reçu une chimiothérapie à base de cisplatine, malheureusement il a décédé après la 3eme cure.

Conclusion :

Bien que rares, les carcinomes épidermoïdes du pubis posent un véritable problème de prise en charge dans nos pays.

L'amélioration du pronostic passe par un dépistage et une prise en charge précoce, de toute lésion pubienne. Ce souci de diagnostic précoce se heurte à un obstacle socio culturel et économique déplorable. D'où l'intérêt d'une sensibilisation de la population, du personnel de la santé et des autorités politiques et religieuses.

Un cas inhabituel de syndrome de Bazex chez un patient présentant un abcès rénal

K.TahriJoutei Hassani, H.Baybay ,S.Elloudi , M.Soughi, Z.Douhi, FZ.Mernissi

Introduction :

Le syndrome de Bazex est une maladie cutanée paranéoplasique rare dans laquelle on observe des plaques érythémateuses violacées et squameuses au niveau des localisations acrales. Il est principalement associé aux carcinomes des voies aérodigestives supérieures, mais d'autres tumeurs malignes ont également été rapportées(1) . Nous rapportons un cas de présentation cutanée similaire au syndrome de Bazex concomitant à un abcès rénal.

Observation :

Un patient de 25 ans a été admis dans le service d'urologie pour une présentation brutale de douleurs lombaires gauches associées à une perte de poids de 15 kg et une cachexie évoluant dans un contexte de fièvre. Il présentait des lésions palmo-plantaires concomitantes à la symptomatologie. L'examen dermatologique a noté une kératodermie palmoplantaire symétrique et desquamative. Il n'y avait pas de plaques squameuses sur les oreilles ou le nez. L'examen physique a révélé des adénopathies inguinales gauches . Le reste de l'examen était normal . Le nombre de globules blancs était de 33 000 et la CRP de 320. La tomodensitométrie a montré un énorme abcès rénal de 15 cm sans aucun néoplasme et de multiples ganglions lymphatiques

dans la région inguinale. Une Biopsie au niveau de la main a montré en histologie une hyperkératose avec une acanthose accompagnée d'un infiltrat inflammatoire compatible avec le syndrome de Bazex. Le patient a été mis sous dermocorticoïdes et émollients. Une amélioration spectaculaire a été constatée après le drainage chirurgical de l'abcès.

Discussion :

Dans un syndrome de Bazex typique, l'acrokératose se présente comme des lésions psoriasiques symétriques sur les régions acrales telles que les mains, les pieds, le nez et les oreilles(2) . Bien que la pathogénie du syndrome de Bazex soit inconnue, les facteurs de croissance, tels que le facteur de croissance épidermique (EGF) et le facteur de croissance analogue à l'insuline (IGF), produits par les cellules tumorales stimuleraient les kératinocytes(3). Un autre rapport propose la contribution du système immunitaire, en particulier des cellules T autoréactives, à la pathogenèse du syndrome de Bazex(2-3) .Dans ce cas, le patient a présenté une lombalgie avec perte de poids et une cachexie ,ce qui nous a incité à rechercher un néoplasme dans le plancher abdominal qui s'est avéré négatif . À notre connaissance, les symptômes de type acrokératose paranéoplasique n'ont pas été décrits précédemment comme une manifestation cutanée d'infections profondes.

Conclusion :

Notre observation montre que des symptomes à type d'acrokératose de peuvent également être associés à des affections non malignes, comme nous le décrivons(4). Cependant, il est très important de rechercher intensivement une malignité par des dépistages répétés lors de la prise en charge d'un patient présentant des symptômes de type acrokératose paranéoplasique.

Métastase cutanée zostériforme d'un cancer du sein chez l'homme : À propos d' un cas

1 service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

2 service d'anatomopathologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

3 Laboratoire Biosciences et santé, FMPM université CaddiAyyad, Marrakech

Introduction :

Le cancer du sein chez l'homme est une affection rare représentant environ 1% de tous les cancers du sein et moins de 1% de l'ensemble des néoplasies masculines. [1]

Son diagnostic est souvent tardif et l'apparition de signes cutanés est le principal motif de consultation.

Nous rapportons une observation d'un cas de métastase cutanée d'un cancer du sein chez l'homme.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 51 ans, suivi en oncologie pour lymphangite carcinomateuse dont l'aspect morphologique était compatible avec un carcinome canalaire infiltrant du sein droit grade 2 de SBR, ayant bénéficié en 2015 d'une mastectomie droite et de curage ganglionnaire et mise ensuite sous chimiothérapie.

Il présente depuis quelques mois des lésions papulo nodulaires zostériformes au niveau de l'hémi tronc droit ainsi qu'au niveau de la cicatrice de mastectomie ; une biopsie était faite sur les lésions dermatologiques, l'étude anatomopathologique était en faveur d'une métastase cutanée d'un carcinome canalaire infiltrant du sein.

Le patient par la suite est réadressé au service d'oncologie pour prise en charge.

Discussion :

Le taux de métastase cutanée du cancer du sein variait de 18,6 % à 26,5 % dans certaines études et était plus élevé que dans d'autres cancers [2,3], il est le cancer primitif le plus associé avec les métastases cutanées tandis que la paroi thoracique

antérieure est le site métastatique le plus fréquent, Cela peut s'expliquer par la localisation superficielle du cancer du sein et sa contiguïté directe avec la peau. De plus, le site de métastase cutanée a tendance à se situer près de la région du cancer primaire. Par exemple, les métastases chez les patients atteints de cancer du sein et du poumon impliquent généralement la paroi thoracique, En revanche, la malignité du tractus gastro-intestinal est susceptible d'impliquer la région abdominale. Cependant, la distribution régionale de métastase cutanée peut ne pas toujours être prévisible et parfois liée au mécanisme de propagation métastatique. Le mécanisme de métastase cutanée varie et comprend une invasion directe et une propagation hématogène et lymphatique.

Conclusion :

Les métastases cutanées d'origine mammaire sont les plus fréquentes en excluant le mélanome. Elles constituent un facteur aggravant du pronostic du fait d'une évolution rapidement fatale. leur traitement doit être précoce, adéquat et associant en particulier une chimiothérapie de deuxième ligne.

Profil épidémiologique du mélanome dans la région de Marrakech 2012-2021

O.KHADIRI (1),BENNOUR (1), M.ABOUDOURIB (1), O.HOCAR (1), S.AMAL (1), H.RAIS (2).

(1) Service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
(2) Service d'Anatomo-Pathologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire Bioscience et santé, FMPM université CaddiAyyad, Marrakech

Introduction :

Le mélanome est une prolifération tumorale maligne développée aux dépens des mélanocytes qui touche préférentiellement le phototype clair.

Au Maroc, le mélanome se distingue par ses particularités épidémiologiques, cliniques, histologiques, et pronostiques.

Matériel et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et analytique des données épidémiologiques, cliniques et paracliniques des mélanomes diagnostiqués de 2011 à 2021 (83 cas).

Résultats :

Nous avons colligé 83 cas de mélanome. L'âge moyen des patients était de 60 ans (6 à 99 ans) et un sex-ratio H/F de 1,5.

Le phototype le plus fréquent retrouvé était le phototype IV dans 22,6% des cas.

Le délai de consultation moyen était de 18,8 mois.

Des carcinomes basocellulaires de la face concomitants étaient présents chez 5 patients. Le mélanome s'est développé sur une lésion pré-cancéreuse dans 15,6% des cas : neavus acquis (6 patients), neavus congénital (2 patients), neavus bleu (1 patient) et xeroderma pigmentosum (4patients).

La forme clinique la plus fréquente était le mélanome acrolentigineux dans 61,4% des cas, la forme nodulaire était retrouvée dans 35,7% des cas et le mélanome de Dubreuilh dans 2,4% des cas. La tumeur survenait sur la plante dans 51,8%, le scalp dans 13,2% des cas et la main dans 7,2% des cas. L'indice de Breslow était supérieur à 4 mm dans 48,7 % des cas et inférieur à 1 mm dans 9,7 % des cas.

Les métastases ganglionnaires étaient présentes chez 61,4%. Les métastases viscérales étaient retrouvées dans 38,5 % des cas. Le stade IV était le plus fréquemment retrouvé : 44,6% des cas (8éme édition de la classification AJCC).

Discussion :

Notre étude confirme certaines caractéristiques des mélanomes cutanés rapportées dans les séries occidentales telles que l'âge moyen et le sexe.

Cependant, elle est distinguée par le phototype foncé, le long délai entre le constat et la consultation, la prédominance du mélanome acrolentigineux, la profondeur du niveau d'invasion et le stade avancé.

Carcinome épidermoïde géant de siège inhabituel : une rare observation

F.Amaaoune[1] ; M.Aalaoui[2]; M. Aboudouraib[1]; O.Hokar[1]; S.Amal[1]

1: Service de Dermatologie, CHU med VI, Marrakech

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

Introduction :

Les carcinomes épidermoïdes cutanés (CEC) ou spinocellulaires (CSC) regroupent des tumeurs épithéliales malignes cutanées primitives qui expriment une différenciation malpighienne. Nous rapportons une observation d'un CE historique dans une zone non photo-exposée.

Observation :

Homme de 70 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui s'est présenté pour une tumeur géante en regard du flanc gauche évoluant depuis 1 an.

L'examen dermatologique trouvait un phototype IV, une tumeur ulcéro-bourgeonnante, verruqueuse, saignante, nauséabonde, avec des bords surélevés, polycyclique, indolore, mesurant 30 cm de grand axe, siégeant en regard du flanc gauche. L'examen ganglionnaire trouvait plusieurs adénopathies inguinales gauches dont la plus grande mesurait 1cm de grand axe. Plusieurs diagnostics ont été évoqué dont le mélanome achromique, le lymphome cutané, le carcinome épidermoïde, la tuberculose cutanée et une mycose profonde. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de CEC. Un bilan d'extension fait d'une TDM thoraco-abdomino-pelvienne parlait des adénopathies inguinales bilatérales plus marquées à gauches. Le patient a été adressé au service de la chirurgie pour une prise en charge chirurgicale.

Discussion :

Le CE représente le deuxième cancer cutané le plus fréquent après le carcinome basocellulaire.

Les facteurs favorisants principaux sont l'exposition aux UV, le phototype clair et l'âge avancé. L'exposition à des radiations ionisantes ou à des substances comme l'arsenic ou les hydrocarbures aromatiques polycycliques est également incriminée. L'infection par certaines souches d'HPV dits « oncogènes » intervient dans le développement

des CSC de certaines localisations. Certaines maladies génétiques prédisposent aussi citons le *xeroderma pigmentosum*, l'albinisme oculo-cutané ou encore l'épidermodysplasie verruciforme et les maladies héréditaires comme l'épidermolyse bulleuse héréditaire dystrophique. Les dermatoses inflammatoires chroniques sont également associées à l'apparition de CSC. Enfin, tout déficit de l'immunité cellulaire peut mener à l'apparition de CEC. Notre patient avait seulement comme facteur du risque l'âge avancé. La plupart des CSC sont curables, mais on estime que dans 4% des cas, on assiste au développement de métastases ganglionnaires et que 1,5% de ces tumeurs sont mortelles.

Conclusion

Il faut penser au CE même sur une zone non photo-exposée et même en absence de facteur de risque surtout chez le sujet âgé comme c'était le cas chez notre patient.

Confrontation clinico-dermoscopique et histologique des tumeurs cutanées de la face : expérience de l'HMIMV

M.A. Ennaciri, A. Kinany, N. Hjira, M. Boui

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

Introduction

La dermoscopie est une méthode d'examen non invasif, permettant d'offrir une nouvelle vision de la morphologie clinique des lésions pigmentées et des tumeurs cutanées. Nous montrons à travers 5 observations cliniques les caractéristiques morphologiques dermoscopiques des principales tumeurs cutanées retrouvées dans notre service

Observation :

Cas n° 1 :

Patient de 52ans, tabagique chronique qui présente depuis 5ans de nombreuses lésions hyperpigmentées au niveau du visage dont la plus grande, située au niveau de la tempe droite mesure 1,5cm de diamètre, est noire, bien limitée et parcourue de sillons visibles à l'œil nu. L'examen dermocopique révèle une structure cérébriforme parcourue de crètes et de sillons avec une bordure mordillée. La biopsie n'a pas été réalisée. Le diagnostic de kératose séborrhéique a été retenu avec traitement par cryothérapie

Cas n° 2 :

Patient de 56ans, hypertendu, qui présente depuis 2ans une lésion pigmentée papulo-nodulaire ulcérée de

0,8cm de diamètre au niveau du front. A l'examen dermoscopique, on retrouve une ulcération, avec un pigment gris-noir et des vaisseaux arborescents : en faveur d'un carcinome basocellulaire. L'examen anatomopathologique a révélé plusieurs lobules larges bien circonscrits dans le derme constitué de cellules basaloïdes à renforcement palissadique en périphérie et fentes de rétraction avec marges de résection saines

Cas n° 3 :

Patient de 59ans, sans antécédents particuliers, qui présente depuis 2ans une lésion sus-sourcilière droite blanc-ivoire, infiltrée, mal limitée, avec quelques érosions en surface. L'examen dermoscopique révèle une ulcération, les aires sans structure rouges blanches, quelques fins vaisseaux arborescents et quelques nids ovoïdes. L'examen anatomo-pathologique retrouve des foyers tumoraux à type de cordons

effilés faits de cellules basaloïdes, étendus en profondeur, au sein d'un stroma scléreux avec infiltrat inflammatoire

Cas n° 4 :

Patient de 58ans, dyslipidémique, qui présente depuis 1an une ulcération en paranasal supérieur gauche, peu infiltrée, bien limitée, d'extension très lentement centrifuge. L'examen dermoscopique retrouve une ulcération, quelques globules gris-bleutés en périphérie. L'examen anatomopathologique retrouve des nids tumoraux faits de cellules basaloïdes appendus à l'épiderme avec agencement palissadique des noyaux périphérie, avec fentes de rétraction et infiltrat inflammatoire

Cas n° 5 :

Patiente âgé de 50ans, suivie pour hypothyroïdie sous traitement, présente au niveau de la tempe gauche, une plaque mal limitée dessinant un L inversé, pigmentée et télangiectasique par endroits. L'examen dermoscopique révèle une pigmentation gris-noir, des télangiectasies arborescentes et des striations blanches. L'examen anatomopathologique retrouve des nids tumoraux appendus à l'épiderme constitués de cellules basaloïdes avec agencement palissadique des noyaux en périphérie.

Discussion

Le carcinome basocellulaire a des aspects dermoscopiques caractéristiques qui sont les télangiectasies arborescentes/en tronc d'arbre, les globules gris-bleutés, les nids ovoïdes, les structure en feuille d'érable ou en roue dentée et la présence d'une ulcération. Ces signes dermoscopiques sont surtout retrouvés dans les carcinomes basocellulaires nodulaires. Ils ne sont pas toujours retrouvés en même temps au sein d'une lésion, et manquent notamment dans les CBC sclérodermiformes. Si l'aspect de la lésion est équivoque, seule la biopsie pourra poser le diagnostic de carcinome basocellulaire et il est recommandé de biopsier devant tout doute diagnostique.

La kératose séborrhéique a des aspects dermoscopiques caractéristiques qui sont les pseudo-comédons, les pseudo-kystes cornés, les fissures et crètes donnant un aspect cérébriforme, la bordure nette ou mordillée, et l'architecture vasculaire à type de vaisseaux en épingle à cheveux au sein d'un halo blanchâtre. Ces signes dermoscopiques sont fréquemment retrouvés et permettent une biopsie inutile de la kératose séborrhéique, mais parfois devant un aspect douteux, seul le recours à la biopsie permettra d'écarter une tumeur maligne.

Conclusion

La dermoscopie a un intérêt dans la décision biopsique et dans la suspicion diagnostique, mais l'anatomopathologie reste le meilleur moyen pour poser un diagnostic ou écarter une tumeur maligne en cas de lésion d'aspect douteux

Deux cas de Localisation vulvaire d'une Maladie de Bowen"

N.bennouna,I.Chikhaoui,G.Basri, A.kelati,S.chiheb

Service de dermatologie CHU ibn rochdcasablanca, maroc

Service de Dermatologie, Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Université Mohammed VI des Sciences de la Santé de Casablanca, Casablanca, Maroc

Introduction

La maladie de Bowen (MB) est une néoplasie intraépithéliale de haut grade souvent bénigne mais qui a le potentiel d'évoluer vers un carcinome épidermoïde. Elle est probablement liée à une infection par le virus du papillome humain (HPV) type 16 ou à l'immunodépression.

L'histologie est nécessaire au diagnostic, cependant la dermoscopie peut être utile pour les diagnostics différentiels mais aussi pour évaluer l'efficacité thérapeutique.

Ici, nous décrivons deux cas de patientes atteintes de MB vulvaire.

Cas clinique1

Une patiente âgée de 26 ans, suivie pour maladie de Rosai Dorfman cutanée sous immunosuppresseurs, s'est présentée pour des lésions vulvaires évoluant depuis 5 mois.

L'examen clinique a retrouvé des plaques pigmentées, infiltrées disposées symétriquement sur les lèvres et la marge anale.

La dermoscopie a révélé des vaisseaux en points et glomérulaires disposés de façon linéaire sur un fond pigmenté avec des zones blanches et marron sans structures.

Une biopsie a été réalisée compatible avec le diagnostic de MB sur lésions d' HPV.

La colposcopie et l'anuscopie étaient nomalepar contre le frottis Cervico-Vaginal avait trouvé des lésions d'HPV 16.

La patiente a été traité avec du 5-fluorouracile topique, et l'évolution fut marquée par un palissement des lésions et une désinfiltration, la patiente a été mise sous imiquimod 5% avec très bonne amélioration et une dermoscopie de contrôle a montré une disparition du fond pigmenté avec persistance de quelques vaisseaux en points sur un fond rouge.

Cas clinique2

Une patiente âgée de 43 ans, traitée par corticothérapie locale pendant 15 ans pour suspicion de lichen vulvaire qui présentait depuis 5 ans des lésions vulvaires pigmentées et prurigineuse.

L’examen clinique a objectivé des lésions papuleuses, pigmentées confluentes en plaques étendues sur la fourchette vulvo-anale.

La dermoscopie a trouvé un fond pigmenté sans structure parsemés de vaisseaux en points et en épingle à cheveux.

L’examen histologique a confirmé la MB sur HPV et la patiente a été mise sous 5-fluorouracile topique avec une bonne réponse.

Discussion

La MB vulvaire n'est pas courante et la forme pigmentée reste rare. À notre connaissance, aucune publication décrivant spécifiquement les résultats dermoscopiques de la MB vulvaire n'est disponible.

Dans la littérature les signes dermoscopiques les plus rapportés sont des zones sans structure brunes à grises, des vaisseaux glomérulaires dans un arrangement groupé ou linéaire et des structures papillaires exophytiques rouge blanchâtre avec des vaisseaux centraux glomérulaires et en épingle à cheveux.

Les caractéristiques des deux cas que nous avons présentés étaient similaires.

Bien que d'autres études soient nécessaires pour confirmer ces résultats en tant que critères de MB, nous pensons qu'en présence d'un arrangement linéaire de points brun-gris ainsi que des vaisseaux glomérulaires groupés ou linéaire dans une lésion génitale devraient faire évoquer la MB vulvaire en premier.

Facteurs associés au retard diagnostic dans les carcinomes basocellulaires

S.IBZER, M.SIDKI, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL

Service de Dermatologie et de Vénérologie, Laboratoire de biosciences, CHU Mohammed VI de Marrakech, FMPM, Marrakech

Introduction :

Le carcinome basocellulaire (CBC) est le cancer cutané le plus fréquent.Son principal facteur de risque est l'exposition aux rayons ultraviolets. Ce carcinome est généralement d'excellent pronostic avec un traitement reposant sur l'exérèse chirurgicale.

Un retard de diagnostic peut conduire à des exérèses chirurgicales plus importantes et plus défigurantes. Notre objectif était d'identifier les causes faisant retarder le diagnostic du CBC chez nos malades.

Matériels et méthodes

Notre étude est prospective incluant les patients ayant consulté pour un carcinome basocellulaire entre Avril et Aout 2022. Nous avons recueilli les données concernant les antécédents personnels et familiaux de carcinome cutanés, les caractéristiques de la tumeur, le délai diagnostic, les raison du retard diagnostic ainsi que celles motivant la consultation.

Résultats

Nous avons colligé 17 patients répartis en 10 femmes et 7 hommes. L'âge moyen des patients était de 59.9 ans [29–82]. Le délai moyen entre l'apparition de la lésion et la première consultation était de 3,1 ans avec des extrêmes variant entre 6 mois et 6 ans. Les obstacles principaux à la décision de consulter étaient la banalisation de la lésion surtout quand elle était asymptomatique chez 15 malades, le manque de moyen et l'éloignement de l'hôpital dans 3 cas et la lassitude du milieu médical rapportée par 2 malades. Les causes de consultation citées par les malades étaient l'évolution des symptomes et de la taille de la tumeur (11 malades), la chronicité de la lésion avec échec du traitement artisanale par plantes (2 malades). Deux de nos malades ont été diagnostiqué fortuitement lors d'une consultation pour un autre motif au centre de santé. La pression exercée par des proches pour recourir à des soins

était rapporté par 1 malade. Les réseaux sociaux avaient motivé la consultation chez 1 malade.

Discussion

Le CBC est une tumeur qui touche essentiellement les zones photo-exposées, la nature affichante de cette tumeur rend son dépistage plus facile comparée aux autres carcinomes.

Malgré ce fait, notre étude indique que les patients atteints de CBC consultent tardivement avec un délai de 3 ans en moyenne. Ceci rejoint les données de la littérature. Quelques études ce sont intéressées aux raisons de ce retard de consultation. El Ahmed et al a rapporté le déni de la maladie comme étant un des facteurs de retard diagnostic. Dans cette même étude, l'évolution de la symptomatologie de la tumeur avec apparition de prurit et de saignements, étaient les causes motivant une consultation plus précoce chez les malades. Selon une autre étude française, les obstacles principaux à la décision de consulter étaient la méconnaissance des CBC, la peur, la banalisation, le déni et l'évitement. Les raisons qui motivaient les patients à consulter selon cette même étude, étaient principalement la pression exercée par des proches pour recourir à des soins et l'évolution de la tumeur.

Conclusion

Cette étude a révélé un retard considérable dans le diagnostic du CBC. La principale raison semble être la méconnaissance et la banalisation de cette tumeur par les patients.

Les programmes de sensibilisation pourraient améliorer le délai de consultation et permettrai ainsi d'éviter le recours aux exérèses délabrantes.

Tumeur de Buschke-Löwenstein: à propos de 5 cas

S.SEFRAOUI[1],K.SOF[1], H.SADDOUK[1], N.ZIZI[1,2] S DIKHAYE[1,2]

1:Service de Dermatologie vénérologie, CHU Mohammed premier faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda
2:Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique, faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda.

Introduction :

La tumeur de Buschke-Löwenstein est une prolifération pseudo-épithéliomateuse causée par le papillomavirus humain. Nous décrivons, à travers 5 observations, les profils cliniques, histologiques, radiologiques et thérapeutiques des tumeurs de Buschke-Löwenstein.

Observations :

Tous nos patients étaient de sexe masculin, l'âge moyen des patients était de 65.5+/-12 ans. La notion de rapports hétérosexuels non protégés était retrouvée chez tous les malades.

La consultation était motivée essentiellement par l'inconfort des rapports sexuels. La taille de la tumeur était variable (15-30cm). Toutes les tumeurs avaient un aspect verruqueux. Elle était péri anale chez tous nos patients, et génitale (4 patients), hypogastrique et péri ombilicale (1 patient). Le toucher rectal était sans anomalie. La coloscopie était sans anomalie chez tous nos malades. L'imagerie par résonnance magnétique n'a pas objectivé d'extension aux structures profondes. Tous les patients avaient des sérologies de l'hépatite B, C, VIH et syphilitique négatives. Les biopsies cutanées n'ont pas objectivé de transformation maligne. Trois patients ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale, un patient était perdu de vue, et un patient était prévue pour des injections de vaccin quadrivalent anti HPV en intra-lésionnel.

Discussion :

La tumeur de Buschke-Löwenstein est une infection sexuellement transmissible relativement rare. Son incidence annuelle est de 0.1%. Elle survient à tout âge. Cliniquement, elle est bourgeonnante ulcérée, ferme, parfois friable. Ces complications sont l'infection, l'extension et la fistulisation avec les structures adjacentes et la transformation en carcinome épidermoïde. La régression spontanée est exceptionnelle. La récidive est possible.

Son histologie montre une hyperpapillomatose exo- et endophytique avec hyperacanthose. L'épithélium hyperplasique est bien différencié. La membrane basale est respectée.
Les diagnostics différentiels sont la maladie de Bowen, le carcinome verruqueux, la syphilis, la maladie de Nicolas-favre, la tuberculose verruqueuse et l'amibiase anogénitale.
En l'absence de consensus, plusieurs attitudes sont proposées : traitements topiques locaux (podophylline, 5-Fluorouracile pommade, cryothérapie, vaccin anti HPV..), la chimiothérapie systémique (méthotrexate ou de bléomycine), le laser CO2... Le pivot thérapeutique reste la chirurgie.

Conclusion :
La prévention est impérative basée sur la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Une surveillance postopératoire est primordiale afin de guetter une récidive ou une dégénérescence.

Mycosis fongoïde palmo-plantaire:serie de 06 cas

N.Bennouna, F.Hali, H. Rachadi, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction

Le mycosis fongoïde (MF) localisé primitivement au niveau palmo-plantaire est rare. Sa présentation est souvent trompeuse. À travers cette série nous avons étudié les caractéristiques épidémio-cliniques du mycosis fongoïde palmo-plantaire.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive colligeant tous les cas de MFPP dans notre service de dermatologie sur une période de 14 ans allant de 2008 à 2022.

Résultats

Il s'agit de quatre femmes et deux hommes, l'âge moyen était de 54,5 ans, et le délai moyen d'évolution était de 17 mois.

Cliniquement, les 6 patients avaient une KPP prurigineuse, hyperkératosique et fissuraire. Comprenant une KPP isolée chez 4 patients, associée à quelques plaques érythémato-squameuses au niveau des jambes chez un patient, et associé à quelques lésions hypopygmentées au niveau du tronc chez un autre.

La KPP était traitée comme eczéma dans 5 cas et comme psoriasis chez un seul. Devant la résistance thérapeutique une étude histopathologique de tous les patients a été réalisé et a permis de poser le diagnostic de MF.

Le bilan d'extension était négatif chez tous les patients. Le méthotrexate était indiqué dans 4 cas, les dermocorticoides dans 2 cas, et la balnéothérapie chez tous les patients. L'évolution clinique était favorable chez tous les patients.

Discussion

La KPP est habituelle au cours du MF étendu mais sa présence isolée est rare que ce soit comme localisation unique ou comme mode de début.

Nos cas soulignent l'importance de considérer le MF comme une cause des KPP acquises.

Elle peut se présenter sous forme de plaques hyperkératosiques, nodules verruqueux, dysidrose ou encore de pustulose, simulant plusieurs dermatoses (le psoriasis, l'eczéma, la syphilis secondaire, la dysidrose mycosique…) conduisant à une errance diagnostique et un retard de prise en charge. Il est donc nécessaire d'effectuer une biopsie cutanée devant toute KPP ne régressant pas sous traitement local habituel.

Une tumeur rare de localisation scrotale atypique :

K. TahriJouteiHassani;Z.Douhi;H.Baybay S. Elloudi; M. Soughi; FZ. Mernissi

Dermatologie, CHU de Fès, Fes, Maroc

Introduction :

Les hidrocystomes apocrines sont des tumeurs bénignes kystiques de la tête et du cou qui se développent aux dépend d'une prolifération de glandes apocrines. Ils sont le plus souvent situés en régionpéri orbitaire et plus particulièrement sur le canthus externe de l'œil.

Peu de cas sont décrits dans la littérature au niveau scrotal chez l'adulte.Nous en rapportons un cas.

Observation :

Un homme de 45 ans sans antécédants pathologiques notables se présentait en consultation pour une formation sous cutanée scrotale gauche évoluant progressivement depuis 1 année.L'examen clinique trouvait un nodule sous cutanée de consistance kystique mesurant environ 1 cm. Il n'était pas sensible, la peau recouvrant le kyste était normale. Il n'y avait aucun signe de douleur, de sensibilité, de prurit ou d'autres symptômes.Une échographie scrotale a été demandée

Une excision de la masse a été réalisée sous anesthésie locale .L'examen histologique notait la présence d'une formation kystique bordée d'une double assise de cellules cylindriques sécrétantes présentant des images de décapitation.La couche cubique périphérique était faite de cellules myoépithéliales. Il y avait des projections papillaires à l'intérieur de la cavité.

Le diagnostic d'hidrocystome apocrine scrotal a été établi.

Discussion :

L’hidrocystome apocrine est une tumeur bénigne annexielle rare considérée comme une prolifération kystique des glandes apocrines, plutôt que de simples kystes de réten- tion des glandes sudoripares apocrines . Il survient le plus souvent chez l’adulte sur le cou et la tête et plus particulièrement sur le canthus externe de l’œil. La taille des hidrocystomes apocrines varie de 3 à 15 milli- mètres et ils sont le plus souvent pigmentés, de couleur bleue, bleue-noire, grisâtre, translucide ou violette . Des hidrocystomes apocrines localisés sur d’autres sites comme les épaules, les doigts, l’abdomen et la régiongénitale ont été rarement décrits .Les diagnostics différentiels des hidrocystomes apocrines de localisation scrotale incluent les hidrocystomes eccrines, le nævus bleu, le mélanome, le kyste médian du raphé, le grain de milium, le kyste épidermoïde ou pilaire et l’hémolymphangiome .

Le traitement de ces lésions est l’excision chirurgicale sans marge lorsqu’il s’agit de lésions uniques. Parmi les autres méthodes qui ont donné de bons résultats nolus citons la vaporisation au dioxyde de carbone et le traitement au laser.

Conclusion :

Bien que l'hidrocystome apocrine génital soit rare, il doit être pris en compte dans le diagnostic différentiel d'une lésion kystique génitale.

Evaluation de l’atteinte faciale au cours des lymphomes cutanés primitifs

M. SIDKI (1), S. IBZER (1), M. ABOUDOURIB (1), O. HOCAR (1), S. AMAL (1), A. FAKHRI (2), H. RAIS (2) (1) Service de Dermatologie Vénérologie, (2) Service d’anatomopathologie, CHU Mohammed VI de Marrakech, Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction

Les lymphomes cutanés primitifs représentent un ensemble très hétérogène et fréquent comportant des lymphomes T et B. les manifestations cutanées sont observées principalement sur les zones couvertes du corps. L'atteinte faciale est généralement rare. Le but de notre travail était de rapporter les atteintes faciales retrouvées chez les patients ayant un lymphome cutané, afin d'en étudier les particularités.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective sur une période de 20 ans (Janvier 2002—Décembre 2021), incluant 92 malades suivis pour lymphome cutané primitif. Nous avons retenu au cours de cette étude les cas avec atteinte faciale.

Résultats

L'atteinte faciale était présente dans 46 cas (42,32%). Les types de lymphomes étaient comme suit : le mycosis fongoïde (52%, dont 4 cas de mycosis fongoïde transformé), le syndrome de Sézary (37%), le lymphome T anaplasique CD30+ (6,5%), et le lymphome B (4,34%). L'âge moyen était 58 ans, le sex-ratio H/F = 1,5, et le délai diagnostique moyen était 34 mois. Sur le plan clinique, 61% des atteintes faciales étaient associées à l'érythrodermie. Les principales lésions étaient : plaques érythématosquameuses infiltrées (28%), plaques non infiltrées (4,3%), lésions nodulaires et papulo-nodulaires (26%). Une alopécie était associée chez 32,6% des malades. L'index DLQI chez 10 malades avait objectivé un retentissement important sur la qualité de vie (DLQI >10). Une atteinte ganglionnaire était présente dans 15% des cas, médullaire dans 6,5% et viscérale dans 4%. La classification des lymphomes avait révélé la prédominance de stades avancés : stade VI (44%), stade III (29%), T3N2M0 (4 malades). Les traitements locaux étaient des dermocorticoïdes dans 45,6% des cas, un seul malade avait utilisé la caryolysine. Les autres traitements étaient : le méthotrexate (56,5%), le chlorambucil (2 cas), le bexarotène (1 cas), la photothérapie (9 cas), et la photochimiothérapie extra-corporelle (24%), la polychimiothérapie protocole CHOP (45,65%), et la monochimiothérapie à base de gemcitabine (13%). Durant la période moyenne de suivi de 22,6 mois, 24% des patients étaient décédés et 41% perdus de vue. La rémission complète était obtenue dans 13% des cas, et partielle dans 8,7%. Une rechute était notée dans 2 cas de mycosis fongoïde.

Discussion

Les lymphomes cutanés représentent une entité rare et hétérogène. Les lésions cutanées peuvent intéresser tout le tégument. Au cours des lymphomes T épidermotropes les lésions prédominent au niveau des zones couvertes notamment le tronc et les plis. La localisation faciale est rare, notamment au cours des stades précoces. Dans notre série, la majorité des patients présentaient une érythrodermie et étaient aux stades avancés de la maladie, ce qui pourrait expliquer la fréquence de l'atteinte faciale retrouvée. Le mycosis fongoïde dans sa forme pilotrope est au contraire localisé préférentiellement à l'extrémité
cervicocéphalique, ce qui était le cas pour nos 3 malades présentant cette variante. L'analyse de l'index de la qualité de vie (DLQI) avait révélé un retentissement considérable de la maladie sur les patients ayant une atteinte faciale, ce qui traduit l'impact important de cette localisation affichante.

Conclusion

Cette étude démontre que l'atteinte faciale au cours des lymphomes cutanés dans notre contexte est fréquente et s'associe souvent à un stade avancé et une altération de la qualité de vie, ce qui nécessite une prise en charge adaptée et multidisciplinaire.

D'une petite ulcération post traumatique à un carcinome basocellulaire

M. SIDKI (1), S. IBZER (1), M. ABOUDOURIB (1), O. HOCAR (1), S. AMAL (1), A. FAKHRI (2), H. RAIS (2), K. ELATIQI (3), M.D. ELAMRANI (3), Y. BENCHAMKHA (3) (1) Service de Dermatologie Vénérologie, (2) Service d'anatomopathologie, (3) Service de chirurgie plastique et réparatrice, CHU Mohammed VI de Marrakech, Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction

Le carcinome basocellulaire (CBC) est le plus fréquent des cancers cutanés qui survient essentiellement chez les sujets âgés. Plusieurs facteurs de risque jouent un

rôle dans sa pathogenèse dont le principal est représenté par l'exposition aux rayons ultraviolets. Néanmoins, d'autres facteurs tels que les traumatismes ont été également incriminés. Nous présentons l'observation d'une ulcération post traumatique révélant un carcinome basocellulaire, dont l'objectif est de souligner l'importance d'évoquer ce diagnostic devant toute plaie chronique.

Observation

Jeune patient âgé de 29 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui avait consulté pour une ulcération nasale chronique, décrite par le malade comme une plaie post traumatique par canne, sans tendance à la guérison sous traitements locaux depuis 6 mois. Le patient ne présentait pas de diabète ou de maladie cardiovasculaire, ni autre facteur pouvant entraver la cicatrisation. Il avait utilisé des crèmes cicatrisantes et des tulles gras sans nette amélioration. L'examen clinique avait objectivé une petite ulcération superficielle du dos du nez, indolore, mesurant 8mm de grand axe, propre à fond hémorragique et bords mal limités, sans autres signes associés. La chronicité ainsi que l'absence de cicatrisation de la lésion nous avaient menés à réaliser une biopsie cutanée chez le patient. L'étude anatomopathologique avait mis en évidence une prolifération carcinomateuse infiltrante ulcérant l'épiderme en regard, dont l'aspect morphologique concordait avec un carcinome basocellulaire infiltrant. Le complément d'étude après exérèse carcinologique avait objectivé un carcinome basocellulaire nodulaire mesurant 5mm.

Discussion

Le CBC est une tumeur fréquente dont l'évolution est lente et la malignité essentiellement locale. Cependant, il peut causer une morbidité importante en raison de la destruction locale et la défiguration. La pathogénie est multifactorielle impliquant principalement l'exposition aux ultraviolets et l'immunodépression, le phototype clair et la prédisposition génétique. Le rôle des facteurs traumatiques a été également incriminé. La pathogenèse demeure encore mal élucidée, mais certains auteurs suggèrent que le traumatisme pourrait accélérer un processus de carcinogenèse déjà présent. Les CBC liés aux traumatismes sont très rares. Ils peuvent se développer sur une plaie non cicatrisante ; Deborah-Leigh Day et ses collaborateurs ont rapporté un cas survenu sur une plaie traumatique évoluant depuis 2 ans sans cicatrisation malgré

des soins locaux appropriés. D'autres études ont rapporté des CBC sur tissu chéloïde, cicatrice chirurgicale antérieure, cicatrice de vaccination, ou cicatrice de brûlure. Une série de ÜNVERDI Ömer Faruk et YÜCEL Sercan a rapporté 3 cas de CBC sur cicatrices de traumatismes anciens, dont 2 dataient de plus de 50 ans. Ces présentations inhabituelles ne sont pas plus agressives que d'habitude, et l'extension lymphatique est rare. Une biopsie cutanée est recommandée, visant à confirmer la malignité de la lésion et déterminer le type de carcinome. L'excision de la totalité du tissu cicatriciel présent doit être envisagée afin de prévenir l'apparition d'autres cancers cutanés.

Conclusion

Bien que l'absence de cicatrisation de plaies notamment post traumatiques peut être multifactorielle, il est nécessaire de garder en esprit le risque de malignité. D'où l'intérêt d'effectuer des biopsies cutanées devant toute plaie chronique ou devant toute nouvelle lésion survenant sur cicatrice.

Pseudolymphome mixte secondaire au vaccin contre la COVID-19.

I.El Modafar[1,2], M.Aboudourib[1,2], O.Hocar[1,2], S.Amal[1,2] .

[1]Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

[2] Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction

Depuis la déclaration de la COVID 19 comme étant une urgence sanitaire, plusieurs vaccins ont été élaborés pour contrôler cette pandémie. Bien que les données concernant l'efficacité et la sécurité des vaccins soient rassurantes, de nombreux effets secondaires cutanés de gravité variable ont été rapportés. Le pseudolymphome constitue une complication très rare de la vaccination. Cette entité rassemble un groupe hétérogène d'affections simulant cliniquement et histologiquement un lymphome cutané, mais dont l'évolution est bénigne.

A travers cette observation, nous rapportons le premier cas de pseudolymphome mixte diffus secondaire au vaccin COVID19 (*BBIBP-CorV*).

Observation :

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 59 ans, sans antécédent de piqûre d'insecte, de traumatisme ou d'infection ayant présenté des plaques hyperpigmentées prurigineuses localisées au niveau de l'abdomen, évoluant depuis une année, ainsi qu'un nodule au niveau du site d'injection du vaccin. La patiente a rapporté l'installation brutale des lésions 15 jours après la première dose du vaccin COVID19 sinopharm(*BBIBP-CorV*), et l'extension des lésions aux membres inférieurs un mois après la 2 ème dose du vaccin. L'examen dermatologique a objectivé des placards hyperpigmentés infiltrés confluent par endroit au niveau des 2 membres inférieurs et du bas du dos, et des plaques discrètement hyperpigmentés au niveau abdominal. L'examen ganglionnaire n'a pas noté d'adénopathie palpable. La dermoscopie montrait uniquement un réseau réticulaire associé à une pigmentation périfolliculaire. Le bilan biologique était sans anomalie.

L'examen histologique a montré une hyperplasie lymphoïde nodulaire du derme superficiel et profond composé de cellules lymphocytaires de petite taille ou de taille moyenne sans atypies ni mitoses s'organisant autour des vaisseaux et des follicules pileux et pénétrant les glandes sudoripares. Ces nodules lymphoïdes sont séparés par un derme fibreux renfermant un infiltrat histiocytaire et plasmocytaire. L'immunohistochimie a mis en évidence un anticorps antiCD20 et un anti CD5 très positifs, un antiCD3 et un antiKi 67 positifs et un anti CD10 et anti Bcl2 légèrement positifs.

Devant la présentation clinique et histologique, le diagnostic de pseudolymphome mixte diffus a été ainsi retenu et la patiente a été traitée par une préparation magistrale à base de dermocorticoide très fort et un antihistaminique avec une bonne évolution.

Discussion :

Le pseudolymphome est une lésion cutanée d'apparence lymphomateuse mais d'évolution bénigne résultant d'un stimulus connu ou inconnu, qui non seulement imite le lymphome histologiquement mais aussi cliniquement. Les pseudolymphomes sont classés selon l'aspect histologique en variantes de lymphocytes B, de lymphocytes T et mixte. Le diagnostic pose davantage un défi aux pathologistes, car un infiltrat polymorphe comprenant des histiocytes, des éosinophiles et des plasmocytes pourrait être présent. Les infiltrats polymorphes, l'absence de lymphocytes atypiques et les clones lymphocytaires dominants sont très évocateurs de pseudolymphome, comme rapporté chez notre patiente. La corrélation clinique et immunohistologique permet d'écarter les diagnostics différentiels se portant surtout avec les lymphomes cutanés. Néanmoins, une transformation maligne en lymphome cutané B primitif de bas grade est possible.

Le pseudolymphome associé au site de vaccination est un phénomène extrêmement rare, bien que documenté .Plusieurs vaccins, à travers les années, ont été incriminés dans la survenue de pseudolymphomes cutanés au niveau du site d'injection dont le vaccin de l'hépatite B, de la méningo-encéphalite et le vaccin contre le tétanos. De nouvelles lésions sont susceptibles d'apparaître après de nouvelles injections du vaccin à distance du site d'injection. Il a été proposé que le pseudolymphome cutané puisse représenter une réaction aux adjuvants vaccinaux tels que l'aluminium utilisé dans de nombreux vaccins dans le but d'augmenter la réponse immunitaire. Ce dernier s'est avéré être présent dans le vaccin sinopharm ***BBIBP-CorV***.

Deux cas uniquement de pseudolymphome survenant au site d'injection du vaccin Pfizer/BioNTech COVID-19 ont été décrits. **Cependant, aucun cas de pseudolymphome à distance du site d'injection d'un vaccin COVID n'a été rapporté précédemment dans la littérature, d'où l'originalité de notre observation.**

CONCLUSION

En signalant cet effet indésirable rare médicamenteux, nous espérons élargir le répertoire des diagnostics différentiels des dermatologues lorsqu'ils sont confrontés à des réactions cutanées secondaires à la vaccination. Une corrélation clinico-histologique doit être effectuée pour distinguer un pseudolymphome d'un vrai lymphome.

Un cas d'association d'un lymphome B centrofolliculaire cutané et d'un lymphome anaplasique ganglionnaire

H.Douma, K.Rharib ,M.Aboudourib, O.hocar, ,H.RaisS.Amal,

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI

Laboratoire bioscience et santé FMPM, université CADI AYYAD, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le lymphome B centrofolliculaire cutané primitif est un lymphome B de bas grade dont les lésions sont des papules ou nodules érythémateux fixes, volontiers multiples, bien que souvent regroupés dans un territoire cutané restreint, touchant préférentiellement l'extrémité céphalique et le tronc.

Le lymphome anaplasique à grandes cellules, est un lymphome de type T rare. On distingue deux types de lymphomes anaplasiques : -Le lymphome anaplasique primitif cutané et le lymphome anaplasique primitif systémique qui touche les ganglions et plusieurs organes.

Nous présentons un cas d'association d'un lymphome B centrofolliculaire cutané et d'un lymphome anaplasique ganglionnaire chez le même malade.

Observation :

Il s'agit d'un sujet âgé de 51 ans, tabagique chronique, qui se présente pour une masse nodulaire du dos évoluant depuis 6 mois dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général, sans autres signes associés. L'examen clinique trouve un nodule arrondi de 10 cm de diamètre au niveau du dos, de couleur érythémato-

violacée, surmonté de fines télangiectasies, chaud à la palpation, indolore, infiltré, fixe par rapport au plan superficiel et profond. Pas d'adénopathies cervicales, ni axillaires ou inguinales palpables.

La biopsie de la masse était compatible avec un lymphome centrofolliculaire d'allure primitif avec à l'immunohistochimie, les anticorps anti-CD20, anti-Bcl 2, et anti-Bcl 6 positifs. Les anticorps anti-CD3 et anti-CD5 étaient négatifs.

Le balayage échographique des aires ganglionnaires a individualisé au niveau du creux axillaire droit de multiples adénopathies de forme grossièrement arrondies. La biopsie ganglionnaire a objectivé une prolifération tumorale maligne à grandes cellules, avec à l'immunohistochimie un aspect compatible avec une localisation ganglionnaire d'un lymphome anaplasique ALK négatif. Les anticorps anti-CD20, anti-CD3, anti-ALK, et anti-CK étaient négatifs, avec une expression nucléaire modérée de 70% des cellules carcinomateuses infiltrantes de l'anticorps anti-Ri67.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a noté l'absence de localisation thoracique, abdominale ou pelvienne secondaire. Le patient a été référé en hématologie pour prise en charge médicale à base de polychiomoithérapie R-CHOP associant le rituximab, le cyclophosphamide, la doxorubicine, la vincristine et la prednisone.

Discussion :

L'association d'un lymphome B centrofolliculaire cutané et d'un lymphome anaplasique ganglionnaire chez un même patient est rare. Le diagnostic est basé sur l'étude anatomopathologique et immunohistochimique.

Il est important d'effectuer un bilan d'extension et de proposer, en cas de lésion unique, une radiothérapie ou une exérèse chirurgicale.

La chimiothérapie est proposée pour traiter le lymphome anaplasique a grandes cellules ganglionnaires a base du protocole R-CHOP.

Dans notre cas, le patient a reçu une polychiomithérapie avec une régression progressive de la tumeur dès la deuxième cure.

Conclusion

L'association entre les différents types de lymphomes chez un même malade reste une éventualité à ne pas méconnaitre.

Diagnostic simultané de mycosis fongoïde érythrodermique poïkilodermique et carcinome mucoépidermoïde du sinus maxillaire droit

F. Amakha1 , M. Aboudourib1 , A. Lahrougui1 , O.Hocar1 , S. Amal1 ,M. Rami2 , Y. Rochdi2 , A. Raji2 , O. Benhommad2 , L. El hamri3 , A. Fakhri3 , H.Rais3 . Service de dermatologie–vénéréologie1 , service otorhino-laryngologie2 , service d'anatomo-pathologie3 , CHU Mohammed VI, laboratoire bioscience et santé.

Université Cadi Ayyad, FMPM. Marrakech. Maroc

Introduction :

Le mycosis fongoïde (MF) poïkilodermique est une variante très rare de lymphome T cutané. Le MF peut être associé à une hémopathie ; particulièrement la maladie de Hodgkin, la leucémie aigue, ou un cancer solide ; notamment les cancers du poumon et de la sphère ORL. Nous décrivons le premier cas de MF poïkilodermique associé à un carcinome mucoépidermoïde du sinus maxillaire droit.

Observation :

un patient âgé de 66 ans, hospitalisé pour une érythrodermie poïkilodermique, sèche, prurigineuse évoluant depuis deux ans. Le patient rapportait une obstruction nasale unilatérale droite évoluant depuis un an et demi. L'examen histologique cutané trouvait un épiderme normoacanthosiqueorthokératosique, un derme superficiel et moyen œdémateux, siège d'un infiltrat lymphocytaire en bande épaisse sous-épidermique. Cet infiltrat était fait d'éléments lymphoïdes atypiques de phénotype mixte T CD3+, CD4+ et CD8+ avec épidermotropisme, permettant de conclure à un diagnostic de MF poïkilodermique. La biopsie profonde du sinus maxillaire droit, avait conclu à un carcinome mucoépidermoïde de haut grade. Suite à la réunion de concertation pluridisciplinaire, le patient était mis sous méthotrexate,

radiothérapie palliative (vu la non opérabilité du patient et les contres indications à la chimiothérapie). L'évolution a été marquée par le décès du patient.

Discussion :

Le MF poïkilodermique a été individualisé comme une forme rare et réputée encore plus indolente que le MF classique, posant avant tout le problème du diagnostic différentiel avec les parapsoriasis. Le MF poïkilodermique en tant qu'entité propre a été assez peu étudié, majoritairement sous forme de cas cliniques et dans le cadre de deux grandes séries anglo-saxonnes. Plusieurs études ont rapporté un risque significativement augmenté de développer un deuxième lymphome ou un autre cancer chez les patients atteints de lymphome cutané T primitif épidermotropes. Le mycosis fongoïde et ses variantes, notamment poïkilodermique peuvent être associés ou révéler des hémopathies notamment le lymphome de hodgkin et la leucémie aigue, ou des cancers du poumon et de la glande thyroïde, d'où l'intérêt d'un suivi à long terme et d'un dépistage des hémopathies et cancers associés.

Conclusion :

Bien qu'il soit impossible de démontrer un lien de causalité entre le MF érythrodermiquepoikilodermique et le carcinome mucoépidermoïde de notre patient, cette observation illustre qu'en cas d'évolution dissociée sous traitement d'un MFérythrodermiquepoikilodermique, la recherche d'un second cancer est souhaitable. L'association entre MF érythrodermiquepoikilodermique et pathologie maligne, lymphoproliférative ou autre, impose un suivi à long terme et conditionne le pronostic des patients. Mots clés : Un mycosis fongoïde, érythrodermie, poïkilodermie, carcinome mucoépidermoïde du sinus maxillaire, pronostic.

Une localisation céphalique du Dermatofibrosarcome de Darier Ferrand

Z.Bennouna,M.Soughi,Z.Fajri.Z.Douhi,S.Elloudi,H.Baybay,FZ.mernissi

Service de dermatologie CHU HassanII FES

Introduction :

Le dermatofibrosarcome (DFS) est une tumeur fibreuse de la peau, de croissance lente, à très haut risque de récidive locale, mais à potentiel métastatique faible. La localisation au niveau de la tête et du cou est rare.Nous rapportons l'observation d'un DFS de Darier Ferrand localisé au niveau frontoparietal.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 42ans, ayant comme antécédent une exérèse sans marge d'un nodule du cuir chevelu remontant à 4mois et dont le résultat de l'histologie et l'immunohistochimie revenant en faveur d'un DFS de Darier Ferrand. L'évolution a été marquée 2mois après le geste par une récidive au même site avec une augmentation plus rapide de la tumeur motivant la patiente a consulté dans notre formation. L'examen dermatologique trouve une tumeur bilobée faisant 5cm de grand axe bien limitée de contours irrégulier de consistance ferme mobile par rapport au plan profond à surface lisse avec une peau en regard parcourue par endroit de télangiectasie siégeant au niveau fronto-pariétal droit. Une Tomodensitométrie cranio faciale a été faite ne montrant pas de lyse osseuse sous-jacente. La patiente est candidate à un geste d'exérèse avec marge dans un service de maxillo-faciale.

Discussion :

Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand est une tumeur maligne de bas grade de la peau et des tissus sous cutanés qui se métastase rarement à distance. Il se localise principalement au niveau du tronc et la racine des membres. La localisation au niveau du cuir chevelu pose des problèmes de diagnostic différentiel avec les autres tumeurs principalement le kyste trichilemmal. Le diagnostic est anatomopathologique avec une place importante pour l'immunohistochimie (IHC). L'histologie montre une tumeur faite d'une prolifération cellulaire faite de cellules fusiformes occupant le derme le plus souvent dans sa totalité avec à l'IHC un profil CD34+, avec une positivité focale de l'actine musculaire lisse. Le bilan scanographique permet de rechercher une lyse osseuse sous-jacente mais également d'éliminer tout processus expansif endocrânien rapporté pour des localisations céphaliques de la tumeur. La hantise de la prise en charge chirurgicale tient au taux élevé de récidive, le cas de notre patiente, mais il est rapporté d'excellents taux de contrôle local obtenus sur des marges de résection saines.

Conclusion :

Une tumeur du cuir chevelu doit faire penser au DFS de Darierferrand. Le diagnostic clinique n'est pas aisé et repose sur l'histologie et l'immunohistochimie. Une résection sans marge augmente les risques de récidives.

Les tumeurs glomiques : caractéristiques épidémiologiques et cliniques (série de 52 cas)

H.Chagraoui. M.Alj. M.Eljazouli. S.Chiheb

Introduction :

Les tumeurs glomiques sont des tumeurs bénignes mésenchymateuses rares, qui représentent 5 % de toutes les tumeurs de la main, développées à partir du glomus

neuromyoartériel dont le rôle est essentiellement la thermorégulation et la microcirculation. Sa pathogénie reste méconnue, et souvent mal diagnostiqué à cause de sa symptomatologie algique qui est souvent prise à tort comme une douleur neuropathique.
Nous rapportons à travers notre expérience, les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de 52 cas de tumeurs glomiques.

Matériels et Méthodes :
Etude rétrospective sur une période de 16 ans, entre 2006 et 2021 incluant tous les cas de tumeurs glomiques diagnostiqués et pris en charge au niveau de deux services de dermatologie.
Tous les cas ont été prouvés histologiquement.

Résultats :
Sur 52 cas, 11,5% étaient des hommes (6 cas) et 88,46% des femmes (46 cas) avec un sex ratio H/F de 0,13.
L'âge moyen était de 41,16 ans (21- 64 ans). Le Délai de consultation était de 3 ans et deux mois allant de 1 an jusqu'à 20 ans. La douleur était le motif de consultation principal : spontanée chez 84,6% et provoqués par les traumatismes chez 15,4%, avec irradiation loco régionale chez 57,7%. La limitation de l'activité fonctionnelle était rapportée dans tous les cas. 71,15% ont accusé une exacerbation de la douleur au froid.
La tumeur se localisait au niveau des mains dans 86,5% (45 cas) : pouce (n=17), index (n=8), majeur (n= 12), l'annulaire (n=7), auriculaire (n= 1). Et au niveau des pieds dans 13,5% : gros orteils (n=6), 5ème orteil (n=1). Le siège pulpaire/ latéro pulpaire était noté chez 7 cas, et sous unguéale chez 45 cas.
Une macule bleuâtre/ rougeâtre était observée dans 38,5% (20 cas), et 19,23% (10 cas) avaient une érythronychie longitudinale localisée. Une dystrophie unguéale était associée dans 25% des cas. Le test de Love-Pin était positif dans tous les cas.
La dermoscopie était réalisée chez 10 cas montrant des zones d'érythronychie entrecoupées de zones blanchâtres. Ainsi qu'une macule rouge mal limitée.
La radiographie standard avait montré des encoches osseuses sur la phalange distale dans 3 cas, et opacité des parties molles dans 2 cas.
Un abord chirurgical a été réalisé dans tous les cas, direct pour les tumeurs pulpaires, et transunguéal dans les tumeurs sous unguéales. L'aspect macroscopique per opératoire était celui d'un nodule bleuâtre arrondie et encapsulé.
L'étude histologique a montré une prolifération tumorale bénigne faite de cellules rondes ou polygonale centré par un noyau arrondi, à cytoplasme clair, et un stroma myxoide, ainsi que des petits vaisseaux creusés en sein des amas.

Discussion :

Les tumeurs glomiques sont relativement rares, son incidence dans la littérature varie entre 0,94 et 2,5 cas/ an. Nous rapportons ainsi une série quantitativement importante, avec une incidence de 3,25 cas/an. La prédominance du sexe féminin et de l'âge adulte est rapportée par plusieurs auteurs, ce qui rejoint les données de notre étude.
Elle siège préférentiellement au niveau des mains (75%) en sous unguéale dans 50% des cas. Le diagnostic repose sur la triade clinique : sensibilité, douleur et intolérance. Le délai diagnostic rapporté dans la plupart des études est généralement long allant de 1 an jusqu'à 10 ans. Il atteint 20 ans dans notre série témoignant qu'il s'agit d'une affection souvent méconnue.

Naevus d'Unna vieilli mimant un carcinome basocellulaire

B.Karrakchou[1], S.Hamich[1], K.Znati[2], K.Senouci[1]

[1]*Service de Dermatologie et de Vénéréologie, Hôpital Ibn Sina, Université Mohammed V de Rabat, Maroc*

[2]*Service d'anatomo-pathologie, Hôpital Ibn Sina, Université Mohammed V de Rabat, Maroc*

Introduction :

Le naevus d'Unna est un naevus dermique superficiel se présentant cliniquement sous la forme d'une lésion charnue pédiculée, pigmentée ou non selon le phototype, et siégeant préférentiellement au niveau du tronc et des membres. Lorsqu'il vieilli, il peut prendre des aspects trompeurs parfois inquiétants. Nous rapportons un cas de naevus d'Unnavielli mimant un carcinome basocellulaire.

Observation :

Une patiente de 34 ans sans antécédent médical, s'est présentée avec une lésion en regard du pli interfessier évoluant depuis plus de cinq ans et augmentant progressivement de taille. L'examen a révélé un nodule indolore mesurant 1,5 × 2 cm, de consistance molle, pédiculé, de couleur chair avec une hyperpigmentation centrale

et une zone périphérique dépigmentée. L’examen dermoscopique a révélé un aspect cérébriforme hyperpigmentéau centre surmontée de plusieurs squames blanches et bordé par un réseau mélanocytaire irrégulier, et de multiples nids ovoïdes. Une exérèse complète a été réalisée. L'examen anatomopathologique a révélé une prolifération mélanocytaire bénigne disposée en nodules au sein du derme papillaire, bien circonscrite, constituée de cellules polygonales monomorphes avec quelques figures mitotiques, évoquant un naevus névocellulaire de type Unna. L’exérèse était en zone saine, et l’évolution était sans récidives.

Discussion :

Le naevus d’Unna est un naevus dermique qui siège le plus souvent au niveau du tronc et des membres, par opposition au naevus de Miescher qui de développe au niveau de l’extrémité céphalique. Quelqu’en soit le type, l’aspect dermoscopique le plus souvent rencontré est un patron globulaire ou pavimenteux lorsque le naevus est pigmenté, avec des aires banches et des points et globules bruns, ou encore un aspect pavimenteux surmonté de vaisseaux en virgules ou arborescents lorsque ce dernier est achromique.

Dans le cas présent, la lésion présentait un centre pigmenté et une périphérie achromique ressemblant à un carcinome basocellulaire et à une kératose séborrhéique. L’aspect dermoscopique retrouvait une structure cérébriforme et un agrégat de nids ovoïdes central surmonté de quelques squames blanches fines chryzaloïdes, suggérant ces 2 entités. Ces résultats ne sont généralement pas trouvés dans les naevus dermiques. L’hypothèse émise est que chez notre patiente, le naevus d’Unna était en phase d'involution. En effet, les nævus involutifs ou vieillis présentent parfois des signes d'atypie cellulaire d’aspect inquiétant aussi bien cliniquement que dermoscopiquement.

En conclusion, il est indispensable de recourir à une biopsie exérèse pour déterminer la nature exacte de toute tumeur supecte.

Carcinome épidermoïde verruqueux de la jambe et maladie de Paget mammaire chez une patiente

B.Karrakchou[1], S.Oulad Ali[1], K.Znati[2], 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 de Rabat, Maroc*

[2]*Service d'anatomo-pathologie, Hôpital Ibn Sina, Université Mohammed V de Rabat, Maroc*

Introduction

La maladie de Paget mammaire est un adénocarcinome intra-épidermique rare d'évolution lente qui se développe au niveau de la ligne lactifère et s'associe le plus souvent à un carcinome mammaire sous-jacent. Un carcinome épidermoïde sur Paget est plus rarement décrit. Quand au carcinome épidermoïde à distance, il est exceptionnellement associé et paraît sans lien physiopathologique connu.

Nous rapportons un cas de maladie de Paget mammaire découverte de façon fortuite lors de l'examen général d'un carcinome épidermoïde de la jambe, et nous soulignons l'importance d'un examen dermatologique complet même en l'absence de plaintes du patient.

Observation

Une patiente de 89ans avait un antécédent de brulure cutanée étendue aux 2 membres inférieurs il y a 40ans suite à un accident domestique. Elle avait été amputée de la jambe gauche dans les suites immédiates de l'accident. Elle présentait par ailleurs un bloc de branche gauche complet mis sous pacemaker. La patiente consultait pour un nodule cutané siégeant sur la cicatrice d'amputation évoluant depuis 6 ans augmentant progressivement de taille pour devenir une tumeur ulcéro-bourgeonnante et infiltrante de 7 cm de diamètre hyperkératosique et très douloureuse. En dermoscopie il y avait des aires blanches sans structure diffuses et des vaisseaux en épingle à cheveux. L'examen clinique retrouvait par ailleurs des adénopathies inguinales homolatérales isolées, et la découverte fortuite d'une plaque aréolo-mamelonnaire du sein droit érythémateuse, de contours irréguliers, bien limitée, recouverte de squames, détruisant le mamelon, sans masse palpable sous

jacente. La dermoscopie de la plaque mamelonnaire retrouvait des aires roses sans structure surmontées de vaisseaux en points et des structures chrysaloïdes ainsi qu'un aspect poivré, le tout entouré d'une pigmentation brun claire diffuse. L'examen anatomopathologique des 2 lésions objectivait un carcinome épidermoïde verruqueux bien différentié de la jambe associé à une maladie de Paget mammaire. L'IRM étant contre indiquée avec le pacemaker de la patiente, un Pet scanner a été réalisé retrouvant un hypermétabolisme osseux sous-jacent au CE de la jambe, sans lésion mammaire sous-jacente à la plaque mamelonnaire, ni à distance. La patiente a bénéficié d'une mastectomie totale + radiothérapie pour son Paget mammaire, et d'une amputation + curage ganglionnaire pour son CE, avec bonne évolution et absence de récidives.

Discussion

Le carcinome épidermoïde occupe la 2e place des cancers cutanés et se développe le plus souvent sur des lésions pré-cancéreuses. Tout processus inflammatoire chronique peut faire le lit d'un carcinome épidermoïde comme une cicatrice de brulure ancienne ou une inflammation chronique. L'association maladie de Paget-carcinome épidermoïde est décrite dans la littérature au niveau de la même lésion et surtout au niveau génital. En effet, la maladie de Paget étant un processus malin qui se développe sur plusieurs années, elle induit une inflammation chronique au niveau de la lésion responsable de l'accumulation de mutations génétiques au niveau des oncogènes et des gènes suppresseurs de tumeurs initiant la cancérogénèse et le développement d'un CE sur maladie de Paget. L'association des 2 entités sur 2 sites distincts paraît fortuite, mais souligne une fois de plus l'importance d'un examen clinique complet qui peut révéler des lésions passées sous silence par le patient.

Par ailleurs, cette observation souligne aussi l'importance du suivi en dermatologie de toute plaie ou brulure chronique car pouvant dégénérer bien des années après. L'éducation du patient à l'auto dépistage occupe une place importante.

En conclusion, la physiopathologie de l'association à distance d'un carcinome épidermoïde et d'une maladie de Paget est non encore élucidée, elle souligne l'importance d'un examen clinique complet et d'un suivi rapproché des lésions pré cancéreuses.

Atteinte unguéale au cours des lymphomes T cutanés

M. SIDKI, I. BAHBOUHI, M. ABOUDOURIB, O. HOCAR, S. AMAL Service de Dermatologie Vénérologie, CHU Mohammed VI de Marrakech Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction Les manifestations unguéales associées aux lymphomes T cutanés primitifs ont rarement été décrites dans la littérature. Le but de notre travail était de rapporter leurs différents aspects épidémiologiques et cliniques.

Matériel et méthodes Nous avons mené une étude rétrospective incluant 56 patients atteints de lymphomes T cutanés primitifs dans le but d'évaluer l'atteinte unguéale associée. Les patients dont les altérations unguéales étaient expliquées par d'autres étiologies telles que les onychomycoses et les traumatismes ont été exclus.

Résultats Seize malades (28,5%) avaient une atteinte unguéale. Neuf étaient atteints d'un syndrome de Sézary et 6 présentaient un mycosis fongoïde. Il s'agissait de 13 hommes et 4 femmes, avec une moyenne d'âge de 60 ans. Le stade qui était le plus associé à une atteinte unguéale était le stade IVA1 (43%). Les principales anomalies unguéales retrouvées étaient une pachyonychie (11 cas), une hyperkératose sous unguéale (11 cas), une trachyonychie (10 cas), une onycholyse (10 cas), une xantonychie (9 cas), une onychorrhexie (7 cas), une onychomadèse (6 cas), des hémorragies filiformes (4 cas), des dépressions punctiformes (4 cas), une mélanonychie (4 cas), des lignes de Beau (3 cas), une onychoschizie (3 cas), une leuconychie (2 cas), un ptérygion (2 cas), une anonychie (2 cas) et une koïlonychie (1 cas). L'atteinte concernait tous les ongles dans 75% des cas. L'atteinte cutanée associée était à type d'érythrodermie dans 13 cas (81 %), de plaques infiltrées dans

2 cas et de nodules dans 1 cas. Une kératodermie palmoplantaire était associée chez 7 patients.

Discussion Bien que fréquente, l'atteinte unguéale au cours des lymphomes T cutanés n'a que rarement été décrite. Elle peut survenir dans tous les stades, mais apparaît généralement dans les stades avancés du mycosis fongoïde et dans le syndrome de Sézary. Dans notre étude, le stade le plus associé aux atteintes unguéales était le IVA1. Les manifestations unguéales les plus décrites dans la littérature sont la pachyonychie, la trachyonychie, l'onychorrhexie, l'onychomadèse, l'hyperkératose sous unguéale et la xantonychie, ce qui concorde avec nos résultats. Les lignes de Beau, les dépressions punctiformes et le ptérygion également présents dans notre série, sont plus rarement rapportés. Certaines études ont mis en évidence à travers les biopsies unguéales réalisées une infiltration tumorale unguéale. L'atteinte unguéale pourrait également être expliquée par le processus inflammatoire accompagnant les lymphomes T cutanés, notamment au stade d'érythrodermie.

Conclusion Les manifestations unguéales au cours du lymphome T cutané sont diverses et certes non spécifiques, mais leur présence pourrait orienter vers ce diagnostic, témoigner d'un stade avancé de la maladie voire même permettre d'évaluer la réponse thérapeutique.

Les facteurs du retard diagnostique des lymphomes cutanés

S.SEFRAOUI[1], S.BOUABDELLA[1], N.ZIZI[1,2] S DIKHAYE[1,2]

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

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

Introduction :

Les lymphomes cutanés primitifs constituent une entité hétérogène par leurs présentations cliniques, histologiques, phénotypiques, moléculaires et pronostiques. Notre étude se propose pour mettre la lumière sur les facteurs du retard diagnostique des malades suivis pour des lymphomes cutanés primitifs

Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle rétrospective et monocentrique. Elle était menée chez des patients pris en charge pour des lymphomes cutanés primitifs dans le service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI d'Oujda de Mai 2016 à Mai 2022. Nous avons interrogé par téléphones les patients en utilisant un questionnaire comportant 32 questions conçu par la plateforme Google forms.

Résultats :

vingt-cinq patients ont été inclus, avec un âge moyen de 63 ans (21-89 ans), le sex-ratio F / H était de 0,44. Soixante-treize pour cent des patients habitaient le milieu urbain et 15% avaient des voitures privées. Tous nos patients vivaient avec leurs familles et 83% d'entre eux étaient autonomes. Des troubles cognitifs ont été retrouvés chez 5% de notre échantillon et des troubles psychiatriques chez 6,8%. La durée moyenne d'évolution du lymphome était de 6.5ans avec des extrêmes allant de 2 à 35ans.

Soixante-seize pourcent des patients étaient suivis pour mycosis fongoïde, dont trois diagnostiqué au stade umoral, 12 % étaient suivi pour syndrome de Cezary, et 12% étaient suivi pour un lymphome cutané B.

Pour plus de la moitié des patients, la tumeur a été découverte fortuitement lors de consultations ou hospitalisations réalisées pour un autre motif, 7,3% ont consulté un médecin généraliste et 3% ont consulté directement un dermatologue. Quarante-trois pour cent des patients ont eu recours à des traitements traditionnels. Quarante-deux pour cent des patients n'ont pas consulté pour l'absence de la douleur, 32% par manque de motivation, 30,3% par manque d'informations et méconnaissance de l'urgence, 26% pour l'absence des signes généraux, 22% pour la non évolution de la lésion, 15% par peur du résultat et 2% par manque de temps.

Au retard de consultation s'est ajouté le retard diagnostique qui était lié à des études histologiques non concluantes chez 10% des patients, à des études génétiques non disponibles chez 80% des patients et un diagnostic initial erroné chez 31% des patients.

Discussion :

Le diagnostic précoce des lymphomes cutanés n'est pas toujours aisé et repose sur un faisceau d'arguments clinique, histologique et moléculaire (1).

Les lymphomes cutanés se singularisent, le plus souvent, par une présentation clinique trompeuse, banale, indolore et d'évolution chronique, souvent négligée par le patient (1). L'étude histologique avec immunohistochimie nécessite une lecture initiale et une relecture par un pathologiste plus spécialisé, puis une confrontation avec la clinique. Le plus souvent elle n'est concluante qu'après plusieurs prélèvements cutanés (2). Seule, l'étude du réarrangement des gènes codant le récepteur à l'antigène des lymphocytes T permet d'affirmer le caractère monoclonal d'une population T (3).

De nombreux facteurs psychologiques et démographiques sont associés au retard diagnostique, A cela s'ajoute des connaissances médicales insuffisantes et des contraintes socio-économiques. Les retards diagnostiques sont également liés à la méfiance des patients qui découle de leurs expériences antérieures(4).

D'autres facteurs liés aux moyens diagnostiques sont incriminés notamment la présentation clinique atypique, les biopsies cutanées non concluantes et la non disponibilité des études génétiques.

Conclusion :

La connaissance des différents facteurs retardant la prise en charge des lymphomes cutanés est utile pour améliorer les délais de diagnostic afin d'améliorer le pronostic. Des efforts doivent être fournis pour faciliter l'accessibilité de la population aux moyens de diagnostic.

Evaluation de la qualité de vie des patients présentant un lymphome cutané primitif M.

SIDKI, S. IBZER, M. ABOUDOURIB, O. HOCAR, S. AMAL Service de Dermatologie Vénérologie, CHU Mohammed VI de Marrakech Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction

Le lymphome cutané primitif est une affection caractérisée par des lésions chroniques, prurigineuses et visibles, des caractéristiques qui peuvent avoir un retentissement très important chez le patient et son entourage. On sait actuellement peu de choses sur le retentissement des lymphomes cutanés primitif sur la qualité de vie (QDV) vu le peu d'études menés dans ce sens. L'objectif de notre étude était d'évaluer la QDV des patients ayant un lymphome cutané primitif et de déterminer les facteurs pouvant l'influencer.

Matériel et méthodes

Etude prospective descriptive et analytique incluant tous les patients suivis pour lymphome cutané primitif, ayant consulté dans notre formation entre Janvier et Mai 2022. Les données recueillies étaient : âge, sexe, type de lymphome cutané, stade de la maladie, durée d'évolution, traitement en cours, antécédent de dépression. L'évaluation du retentissement était à travers le questionnaire Dermatology Life Quality Index (DLQI) en version arabe.

Résultats Nous avons colligé 23 malades dont les types de lymphomes étaient comme suit : 14 cas de mycosis fongoïde, 5 de syndrome de Sézary, 4 de lymphome B cutané primitif. Les patients étaient répartis en 15 hommes et 8 femmes avec un sex ratio de 1,8. L'âge moyen était 55,6 ans. Le score moyen du DLQI était 11,34/30 correspondant à une importante altération de la qualité de vie. Chez 8.6 % des patients, le score a objectivé une altération extrêmement importante de la QDV. Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre l'âge et le sexe et la QDV selon le DLQI. En revanche, il existait un lien significatif entre le type de lymphome cutané primitif et le score de DLQI.

Discussion

En 2010, les pathologies cutanées étaient classées au 4 ème rang mondial en termes de morbidité, reflétant ainsi l'impact important de ces affections sur la vie des patients. Beaucoup de travaux se sont intéressés à l'impact du psoriasis et du vitiligo sur la qualité de vie. En revanche, la QDV des patients atteints d'un lymphome cutané primitif reste mal connue. Dans la littérature, la majorité des patients atteints de lymphome cutané primitif n'avaient pas une altération de la QDV. Cette dernière était sévèrement altérée chez seulement 20% des patients, majoritairement chez ceux avec un lymphome T prurigineux, de type Sézary, de stade avancé, avec un antécédent de dépression ou la présence de symptômes anxiodépressifs. Dans notre étude, Le score moyen du DLQI version arabe était de 11,34/30 correspondant à une importante altération de la qualité de vie et seulement 8.6 % des patients avaient une altération extrêmement importante de leur QDV rejoignant les données de la littérature.

Conclusion Le lymphome cutané est une affection chronique ayant un retentissement sur la qualité de vie. Le coté psychologique de la maladie ne doit pas être négligé et un accompagnement psychologique doit être encouragé chez tout patient suivi pour lymphome cutané primitif.

Que révèle un nez de clown ?

S. Chhiti, H. Baybay, R.Moumna, Z. Douhi, M.Soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi .service de dermatologie CHU Hassan II Fès.

Introduction :

De nombreuses maladies peuvent provoquer un gonflement rougeâtre sur le bout du nez, mais elles ne produisent aucune masse. Un nez de clown (NC) est une condition caractérisée par une masse à croissance rapide qui suggère invariablement la présence d'une malignité généralement secondaire. Nous rapportons le cas d'un patient avec un aspect du nez de clown révélant un carcinome épidermoïdes cutané géant.

Observation :

Patient de 65ans, consultait pour une augmentation de volume du nez depuis un an. L'examen trouvait une masse rouge de 4 cm fixe, au niveau du nez en extension endonasale. A la dermoscopie, un fond érythémateux, vaisseaux en tronc d'arbre, des squames et de la kératine. Une biopsie cutanée initiale objectivait une dermite granulomateuse avec infiltrat lymphocytaire réactionnel. Devant la composante endonasale, on a réalisé une deuxième biopsie en évoquant un lymphome T type nasal, une rosacé granulomateuse et leishmaniose cutanéomuqueuse, dont le résultats était en faveur d'un carcinome épidermoïde (CE). Un bilan d'extension a été réalisé sans particularité et le patient a bénéficié d'une exérèse élargie associé à des séances de radiothérapie pour permettre le geste de reconstruction mais le patient a refusé le geste.

Discussion :

Les NC sont généralement dues à des maladies pulmonaires ou mammaires métastatiques, rarement sont dues à des carcinome épidermoïdes ou basocellulaires. seuls huit articles décrivent ce que l'on peut définir comme une NC.Dans six de ces articles, la condition était due à une métastase cutanée d'un cancer du poumon ou du sein. Dans un seul article, la cause était un carcinome basocellulaires et dans un autre un carcinome épidermoïde. Notre patient est le deuxième cas dans lequel un CE est impliqué. Le CE affecte généralement les patients âgés, avec des antécédents personnels d'exposition excessive au soleil et de types de peau clairs comme c'était le cas chez notre patient. L'examen histologique est le seul moyen qui permet de distinguer ces tumeurs malignes secondaires des carcinomes épidermoïdes ou basocellulaires cutanés primitifs.

Les réactions tissulaires liées aux tumeurs entraînant la formation de granulomes à cellules épithélioïdes sont connues depuis près de 70 ans. De telles réactions peuvent survenir dans les ganglions lymphatiques drainant une zone abritant une tumeur maligne, dans la tumeur elle-même, et même dans des tissus non régionaux. Elles surviennent dans 4,4 % des carcinomes. Très probablement, elles sont dues a des facteurs antigéniques dérivés des cellules tumorales, provoquant une réaction

d'hypersensibilité immunologique conduisant à la formation de granulomes des cellules épithélioïdes. Elle peuvent être un marqueur d'une réponse antitumorale.

Conclusion :

Enfin, une approche multidisciplinaire impliquant des dermatologues, des chirurgiens maxillo-faciaux/plastiques, des oncologues et des radiothérapeutes est également recommandée pour les tumeurs malignes cutanées « mineures ».

Une maladie de Kaposi classique atypique

Najoua. Ammar*, Mariame.meziane*, laila. Benzekri*, Nadia.Ismaili*,karima. Senouci*,

*service de dermatologie et de vénérologie, chu ibn Sina, université mohammed v rabat

Introduction :

La maladie de kaposi (MK), est un processus angiogénique multifocal caractérisé par une double prolifération vasculaire et cellulaire volontiers multicentrique, induit par le 8ème virus de l'herpès humain (HHV-8). La MK peut se présenter sous quatre formes épidémiologiques. Les manifestations viscérales et notamment ganglionnaires sont fréquentes au cours de la MK associée au SIDA. Elles sont plus rares dans les formes classiques

Nous rapportons l'observation d'une MK dans sa forme classique, atypique par son caractère multifocal et son évolution rapide et destructive, sans facteur d'immunodépression connu.

Observation:

Un patient de 70 ans, ayant comme antécédent un diabète sous insuline, consulte pour une tumeur de la jambe gauche qui remonterait à 2ans. L'examen clinique objectivait une tumeur ulcéro-bourgeonnante multi-nodulaire associée à un lymphoedème homolatéral du MI. L'examen des aires ganglionnaires retrouvait des adénopathies axillaires et inguinales bilatérales avec une volumineuse adénopathie du creux poplité gauche. L'étude histologique avait montré une prolifération tumorale de cellules épithéloides atypiques avec un aspect fusiforme au niveau du derme.

L’étude immunohistochimique notait l’expression de CD 34 et de l’HHV8. La sérologie VIH était négative. Le diagnostic de maladie de Kaposi dans sa forme classique était retenu.

La radiographie du pied avait objectivé une lyse totale du cinquième métatarsien, La tomodensitométrie thoraco-abdominopelvienne avait montré des micronodules parenchymateux pulmonaires bilatéraux, des nodules hépatiques et des adénopathies inguinales dont la biopsie concluait à une localisation ganglionnaire de sa maladie de Kaposi. L’exploration endoscopique digestive était normale. Le patient a été classé comme forme méditerranéenne de la MK avec atteinte multiviscérale, mis sous polychimiothérapie.

Discussion :

La MK est une maladie proliférative multifocale, d'expression cutanée et viscérale impliquant diverses cellules mésenchymateuses. Elle est classée en 4 formes épidémiologiques : 1) MK classique, touchant le plus souvent les hommes âgés originaires de l'Europe centrale, l'Europe de l'Est et les méditerranéens et se présente sous forme de macules érythemato- violines qui évoluent vers des plaques et des nodules angiomateux . Ces lésions sont habituellement localisées au niveau des extrémités distales; 2) MK endémique (Afrique subsaharienne) atteint une population plus jeune avec une évolution rapide, localement agressive et s'accompagne souvent d'une extension aux ganglions lymphatiques et d'une atteinte viscérale. La maladie est alors assez souvent mortelle; 3) MK iatrogénique survient chez des sujets sous traitements immunosuppresseurs au long cours, dans le cadre ou non de transplantation d´organes, et se manifeste par plusieurs lésions cutanées sur les extrémités distales et suit une évolution bénigne; 4) MK épidémique (associée au SIDA/ HIV) se présente sous des formes cutanées et muqueuses extensives avec atteinte ganglionnaire et viscérale et peut conduire rapidement au décès

Récemment, des cas sporadiques de maladie de kaposi ont été identifiées ; ne répondant pas aux critères des 4 sous-groupes sus-décrits : il s’agit de maladie de kaposi survenant chez des hommes d'âge moyen, homosexules, séronégatif pour le VIH et ne présentant pas d'immunodéficience associée. Cette forme est

caractérisée par présentation clinique classique, avec une atteinte cutanée souvent isolée et un bon pronostic

La localisation viscérale est surtout l'apanage des formes endémique et épidémique de la MK. Dans la MK classique, elle est plutôt rare, et se voit particulièrement au cours des stades avancés de la maladie.

Le diagnostic est histologique montrant typiquement une double prolifération vasculaire et fibroblastique associée à un infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire. Le marquage le plus important en immunohistochimie est celui du virus causal, le HHV-8, actuellement mis en évidence dans toutes les formes de la MK

La prise en charge doit être adaptée à chaque forme clinique. En l'absence de facteurs aggravants et dans les formes localisées et peu évolutives, l'abstention thérapeutique et une surveillance peuvent être proposées. Dans les formes plus étendues, on peut opter pour une monochimiothérapie avec une préférence pour la vinblastine ou la bléomycine. Les taxanes peuvent être indiqués en présence d'une atteinte muqueuse et dans les formes œdémateuses .Dans les formes étendues et/ou viscérales, une polychimiothérapie peut être proposée

Conclusion :

Dans cette observation, notre patient avait une présentation clinique très « agressive », rapidement évolutive, signalant l'intérêt à pousser les explorations même en l'absence de signes d'appel.

Une localisation atypique d'un carcinome basocellulaire linéaire et pigmenté au pli inguinal.

FMPM, CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc. Laboratoire Biosciences et santé

LAHROUGUI A, ABOUDOURIB M, AMAL S, HOCAR O : Service de dermatologie et vénérologie

Mots clefs : carcinome basocellulaire, linéaire, pli inguinal.

Introduction

Le carcinome basocellulaire pigmenté à disposition linéaire est une entité extrêmement rare, avec moins de 100 cas dans la littérature, dont le premier a été décrit par Lewis en 1985. Sa localisation la plus commune demeure la région périorbitaire.

Nous décrivons un cas de carcinome basocellulaire linéaire et pigmentée du pli inguinal droit chez une patiente de 75 ans.

Observation

Patiente de 75 ans, sans antécédents pathologiques, présentait depuis 2 ans une lésion nodulaire au pli inguinal droit, augmentant progressivement de taille suite à sa manipulation.

L'examen clinique a objectivé une patiente stable avec un état général conservé, qui présentait une plaque linéaire, bien limitée, à bords pigmentés et à centre ulcéré, mesurant 5cm de grand axe, localisée au niveau du pli inguinal droit.

Nous avons évoqué le mélanome, le carcinome épidermoïde pigmenté ainsi que l'angiokératome linéaire, comme étant les principaux diagnostics différentiels de notre cas.

La dermoscopie objectivait des nids ovoïdes, des télangiectasies associée à une vascularisation en tronc d'arbre, ainsi qu'une ulcération centrale.

Le diagnostic de carcinome basocellulaire pigmenté était confirmé par deux biopsies cutanées, objectivant une prolifération carcinomateuse faite de cellules basaloïdes, infiltrante et ulcréant l'épiderme, à organisation palissadique en périphérie, avec des fentes de rétraction par rapport au tissus conjonctif adjacent, les noyaux sont irréguliers, hyperchromes siège de mitoses anormales, le cytoplasme est peu abondant et basophile et parfois pigmenté.

L'option thérapeutique proposée pour notre patiente était une exérèse complète à marges saines.

Discussion

Malgré sa rareté, le carcinome basocellulaire linéaire pigmenté, peut prendre plusieurs formes, sa localisation la plus fréquente est la région périorbitaire, d'autres localisations comme l'épaule ont été décrites mais celle du pli inguinal reste exceptionnelle.

L'orientation de la majorité des carcinomes basocellulaires linéaires se fait selon les lignes de tension de la peau, permettant une exérèse chirurgicale facile et expliquant les bons résultats et le bon pronostic post-opératoire.

Cette disposition linéaire peut-être expliquée par plusieurs mécanismes, notamment le phénomène Koebner décrit chez notre patiente.

La dermoscopie permet d'orienter le diagnostic mais sa confirmation repose sur l'histologie.

La prise en charge thérapeutique repose sur l'exérèse complète à marges saines, avec un pronostic généralement bon.

Conclusion

Ce cas clinique illustre le polymorphisme clinique et les localisations atypiques que peut avoir le carcinome basocellulaire, auxquelles il faut penser afin d'établir un diagnostic précoce pour améliorer la prise en charge.

Enquête sur la photoprotection et la connaissance des facteurs de risque des cancers cutanés : Étude transversale analytique et descriptive de 303 patients.

H.Chagraoui. F.Hali H.Rachadi. S.Chiheb.

Introduction :

Les effets biologiques des ultraviolets sur la peau font l'objet de plusieurs études. En particulier leur potentiel effet néfaste sur le développement des cancers cutanés dont l'incidence est en nette augmentation. La photoprotection par tous ses moyens et le dépistage ont un rôle fondamental dans la prévention de ces cancers cutanés. Nous avons donc mené une enquête dont l'objectif était d'évaluer les habitudes en termes de photoprotection des patients et leurs niveaux de connaissance des facteurs de risque des cancers cutanés.

Matériels et Méthodes :

Étude transversale observationnelle descriptive et analytique auprès d'un échantillon de 303 patients dans un service de consultation de dermatologie, à travers un questionnaire anonyme en deux parties. La première évalue leurs comportements d'exposition solaire et la deuxième porte sur leurs connaissances des facteurs de risques des cancers cutanés. L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel Jamovi avec un seuil de significativité de 5%.

Résultats :

Il y avait 78,2% de femmes, et 21,8% d'hommes. 38,6% étaient âgés entre 20-30 ans, et 20,8% entre 30 à 40 ans. 53,5% avaient un niveau d'étude inférieur aux études supérieures. 89,1% avaient un phototype III et IV. 18,81% étaient suivis pour une photodermatose. 44,6% avaient des antécédents de coups de soleil, et 15,8% avaient une exposition solaire durant le travail. 20,8% avaient des naevi multiples. L'utilisation de la photoprotection a été rapportée chez 64,4%, dont 56,9% étaient un écran solaire, 36,9% était un écran solaire et une protection vestimentaire, 3,1%

étaient par un antipaludéen de synthèse et écran solaire. Dans 53,8%, la photoprotection était utilisée uniquement en période estivale. L'utilisation à but préventif des cancers cutanés a été notée uniquement chez 20%. 35,6% n'utilisent pas la photo protection ; 61% estiment que c'est une habitude cosmétique. Seulement 14,8% avaient déjà bénéficié d'un examen dermoscopique.

Évaluation des connaissances : 24,8% savaient que les coups des soleils de l'enfance constituent un facteur de risque, 35,6% pour l'antécédent familial de mélanome, 32,7% pour le phototype clair, 42,6% pour la présence plusieurs naevi, 74,3% pour l'exposition entre 11h et 16h. Trois quarts soit 81,2% ont répondu avoir besoin d'une campagne de sensibilisation et d'information. L'utilisation des moyens de photo protection était significativement liée au sexe (p=0,003, Odds ratio : 4,53), au niveau d'études (p=0,05, Odds : 3,33), et à la perception des antécédents de coups de soleils en tant que facteur de risque (p=0,04, Odds :3,54) Il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative avec l'âge (p=0,08, Odds à 0,34), le phototype (p=0,57, Odds :1,28), ni la présence de naevi (p=0,44 Odds :1,5)

Discussion :

Notre étude révèle un état de connaissance relativement moyen des facteurs de risques des cancers cutanés auprès de la population étudiée. En revanche, les comportements vis-à-vis du soleil restent adéquats chez la population féminine et des personnes ayant un niveau d'études supérieurs. Ces données rejoignent les résultats des différentes enquêtes similaires rapportées dans la littérature. Il parait donc indispensable de réaliser des campagnes de sensibilisation et de prévention à grande échelle, permettant ainsi un meilleur conseil auprès des patients lors des consultations de médecine générale et de dermatologie.

Schwannome cutané à localisation atypique : à propos d'un cas.

Dr Kerroum S., Dr Zeggwagh Z., Pr Meziane M., Pr Ismaili N. Pr Benzekri L., Pr Senouci K.
Service de Dermatologie et Vénérologie, Hôpital Ibn Sina –Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

Introduction

Les schwannomes sont des tumeurs des gaines nerveuses, elles peuvent survenir sporadiquement et peuvent atteindre n´importe quelle partie du corps avec une prédilection pour la tête le cou et la face antérieure des extrémités. Nous rapportons le cas d'une localisation atypique d'un schwannome cutané.

Observation

Il s'agit d'un patient de 30 ans, sans antécédents pathologiques notables qui présente depuis environ 3 mois un nodule arrondi, blanc nacré asymptomatique en péribuccal. Le malade a consulté pour un préjudice esthétique majeur. Une biopsie exérèse a été faite montrant un aspect histologique et immuno-histochimique en faveur d'un schwannome cutané. Une surveillance annuelle a été préconisée.

Discussion

Les schwannomes sont des tumeurs nerveuses bénignes, de croissance lente, qui se développent à partir des cellules de schwann. Ces dernières jouent un rôle important dans la propagation de l´influx nerveux en encapsulant les fibres nerveuses des nerfs périphériques, des nerfs crâniens et des nerfs du système autonome. Les schwannomes au niveau de la tête et du cou représentent 25 à 45% de tous les schwannomes et sont dominés par les schwannomes vestibulaires. Cliniquement les schwannomes cutanés sont généralement asymptomatiques, ils se présentent comme une masse à croissance lente causant un préjudice esthétique .Des signes neurologiques à type de douleur ou de paresthésies peuvent être retrouves dans un tiers des cas, notre malade ne présentait aucun signe fonctionnel. Sur le plan histologique, les schwannomes sont caractérisés par une prolifération de cellules fusiformes allongées, avec des noyaux allongés souvent disposés selon un motif en palissade appelé type Antoni A (Verocay corps), tandis que ceux dans lesquels les cellules sont lâches et irrégulièrement disposées sont appelés type Antoni B.

L´étude immuno-histochimique montre souvent une coloration positive pour la protéine S-100. Le traitement de choix est l´exérèse chirurgicale. La dissection de ce

type de tumeur est facilitée par la présence d´une capsule qui forme une surface lisse sous la peau. Les récidives locales ont rarement été rapportées.

Conclusion

Les schwannomes sont des tumeurs généralement bénignes et habituellement asymptomatiques. L'indication opératoire n'est pas toujours formelle. Le diagnostic final repose sur l'étude anatomo-pathologique postopératoire. L'excision simple et la surveillance restent le traitement de choix. Mots clés Schwannome , tumeur bénigne , exérèse chirurgicale.

Mycosis fongoïde survenant après un lymphome hodgkinien

M.KHALLOUKI 1 , I.Biygjoine1, M,ABOUDOURIB 1 ,O.HOCAR 1 , S.AMAL 1
H.Khadraoui 2 , A.Fakhri 2, A.Mahrach 2 A.BELBACHIR 2 ,H.RAIS 2
1 service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
2 service d'anatomopathologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire Biosciences et santé , FMPM université Cadi Ayyad ,Marrakech

Introduction :

Le mycosis fongoïde MF est le type le plus fréquent des lymphomes cutanés primitifs. Les patients atteints de MF ont un risque accru de développer une deuxième tumeur dont le lymphome hodgkinien LH. Plus fréquemment, le MF précède la survenue d'un lymphome hodgkinien. Nous rapportons un cas inhabituel de mycosis fongoïde survenu chez un patient précédemment atteint de
lymphome hodgkinien.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de35 ans qui a été diagnostiqué d'un lymphome hodgkinien en 2016, confirmé sur biopsie ganglionnaire inguinale avec présence de cellules de Reed –Sternberg. Le patient avait reçu une poly chimiothérapie ABVD (adriamycine ,bleomycine, vinblastine et dacarbazine) avec une rémission complète. Six ans après, le patient avait développé une érythrodermie prurigineuse; une biopsie cutanée avait

montré un infiltrat lymphoïde dense avec à l'étude immunohistochimique un aspect compatible avec un lymphome malin phénotype T épidermotrope de type mycosis fongoïde .Il n'y avait pas d'atteinte sanguine(frottis sanguin et cytométrie de flux normaux),pas d'atteinte viscérale ni d'atteinte ganglionnaire cliniquement (pas d'adénopathies palpables) ou radiologiquement. Le patient a été classé alors d'un mycosis fongoïde érythrodermique stade T4NxM0B0 soit III a .La décision thérapeutique fut la photophorèse.

Discussion :

Les patients atteints de MF présentent une incidence accrue d'une deuxième tumeur maligne, y compris le lymphome hodgkinien survenant le plus souvent après une évolution prolongée de MF.

D'autre part, Les patients atteints de LH sont également connus pour être à risque plus élevé de seconde tumeur maligne. Il y a plus de rapports fréquents de lymphomes hodgkiniens suite à un diagnostic antérieur de MF que inversement. Notre cas revêt la particularité de rapporter un cas de mycosis fongoïde survenu après un lymphome hodgkinien diagnostiqué et traité il y a six ans.

Le premier cas de mycosis fongoïde survenant après un lymphome d'hodgkin a été rapporté en 1984 par Caya et al, d'un homme âgé de 57 ans chez qui un lymphome de Hodgkin a été diagnostiqué une année avant l'installation d'un mycosis fongoïde. Un autre cas similaire a été rapporté en par Tomomitsu et al en 2009, d'un patient âgé de 75 ans diagnostiqué d'un mycosis fongoïde treize ans après le diagnostic de lymphome de hodgkin.

La survenue d'un mycosis fongoïde et d'un lymphome hodgkinien chez le même patient pose d'abord la question sur le diagnostic différentiel entre une rechute du lymphome précédemment connu et la survenue d'un nouveau lymphome, sur la signification pronostique d'un lymphome secondaire et enfin une éventuelle origine clonale commune des maladies . Dans notre cas, une rechute du lymphome de Hodgkin a été éliminée et le diagnostic de mycosis fongoïde survenu secondairement a été retenu.

Cette coexistence pouvait être expliquée par la prédisposition génétique, une infection virale sous-jacente. De plus, les effets mutagènes des médicaments cytostatiques supposés être impliqués dans la pathogénèse et l'immunité altérée par la pathologie tumorale. Il était également possible que le lymphome de Hodgkin et les lymphomes primitifs cutanés T soient dérivés des mêmes cellules souches pluripotentes qui

avaient une double capacité d'évolution des cellules T et B. Dans notre cas, le patient avait reçu une poly chimiothérapie pour le lymphome hodgkinien précédant l'apparition de MF, il n'y avait pas d'histoire familiale de néoplasies connus et concernant l'étiologie infectieuse, il avait une sérologie HIV négative et la sérologie HTLV non faite.

Conclusion :

Il est important de garder à l'esprit la survenue de lymphomes secondaires comme le mycosis fongoïde chez les patients atteints de lymphome hodgkinien. Notre cas étaye en outre l'hypothèse d'un mycosis fongoïde cutané et la maladie de Hodgkin comme deux entités distinctes.

Une évolution rapidement progressive d'un Syndrome de Sézary chez un sujet jeune.

M.KHALLOUKI 1 ,A;Lahrougui 1 , M,ABOUDOURIB 1 ,O.HOCAR 1 , S.AMAL 1
S.Belmaachi 2 , N.mansouri 2, A.Mahrach 2 A.BELBACHIR 2 ,H.RAIS 2
1 service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
2 service d'anatomopathologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire Biosciences et santé , FMPM université Cadi Ayyad ,Marrakech

Introduction

Le syndrome de Sézary est une forme leucémique des lymphomes T cutanés, se manifestant par une triade faite d'érythrodermie, kératodermie palmoplantaire et des polyadénopathies, son âge moyen d'apparition est de 60 ans, toutefois, de rares formes cliniques trompeuses sont possibles notamment son apparition chez le sujet jeune.

Nous décrivons un cas de syndrome de Sézary chez un jeune patient de 30 ans dont l'évolution était rapidement progressive.

Observation

Il s'agit d'un patient de 30 ans, tabagique chronique, sans notion d'atopie personnelle ni familiale, qui consultait pour une érythrodermie prurigineuse évoluant 4 mois avant soadmission.

L'examen clinique objectivait une érythrodermie, ne respectant pas les plis, associés à une kératodermie palmoplantaire et à des poly-adénopathies axillaires et inguinales bilatérales.

Le résultat des biopsies cutanées sur trois sites différents ainsi que la biopsie ganglionnaire inguinale, avaient objectivé un infiltrat lymphoïde de phénotype T avec à l'immunohistochimie une expression des anticorps anti-CD3 et CD4 au niveau cutané ainsi qu'une expression des anticorps anti-CD3, CD4 et CD8 au niveau ganglionnaire.

Sur le plan biologique, il y avait la présence d'une hyperleucocytose à prédominance lymphocytaire estimée à 6000 avec 23% de cellule de Sézary soit 2990 cellules/mm3 au frottis sanguin, les éosinophiles étaient normaux et le taux d'LDH était estimé à 300.

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien était normal.

Le patient a été traité par méthotrexate et par des séances de photo-chimiothérapie extracorporelle à l'ordre de deux séances par mois. Une aggravation clinique a été observé après un mois de traitement, faite de l'apparition de lésions papulo-nodulaires diffuses associée à une infiltration œdémateuse généralisée et à une altération de son état général.

Une biopsie cutanée a été faite au niveau des lésions papulo-nodulaires, en faveur d'un lymphome T de phénotype CD4+/CD8- avec faible tropisme épidermique et marquage au CD30 focal.Le bilan biologique de contrôle a objectivé une ascension du taux LDH, d'éosinophile, et des cellules de Sézary.

La décision thérapeutique était d'adjuver la mono-chimiothérapie type Gemcitabine aux thérapeutiques précédentes.

Discussion

Du fait des modifications de notre mode de vie, nous assistons à une augmentation de l'incidence des pathologies tumorales spécialement chez le sujet jeune.

Le Syndrome de Sézary doit donc être évoqué devant toute dermatose atypique ne répondant pas aux traitements usuels peu importe la tranche d'âge.

Sa prise en charge thérapeutique est multidisciplinaire, elle dépend du stade, de l'âge et des localisations secondaires.

Par ailleurs, le recours à la chimiothérapie est le plus souvent retardé chez le sujet jeune en vue d'éviter les complications.

La particularité de notre observation réside sur l'évolution rapidement progressive décrite chez notre patient, à l'inverse des résultats de la littérature, où le pronostic semble être meilleur chez le sujet jeune malgré que le pronostic évolutif soit difficile à anticiper, néanmoins le risque de développer un second cancer reste considérable chez le sujet jeune.

Conclusion

Le pronostic du syndrome de Sézary chez le sujet jeune doit être évalué à l'aide d'outils cliniques, biologiques et moléculaires afin d'orienter la prise en charge thérapeutique, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une surveillance régulière.

Carcinome basocellulaire métatypique: à propos de 3 cas

I.Biygjoine; H.Marghadi; M. Aboudourib; O. Hocar; S. Amal
Service de dermatologie et vénéréologie
Service d'anatomo-pathologie/ Laboratoire biosciences et santé
Faculté de médecine et de pharmacie – Marrakech-Maroc

Introduction :

Le carcinome basosquameux, également appelé métatypique est une entité rare de carcinome basocellulaire. Il touche essentiellement la région cervico- faciale. Nous rapportons 3 cas de carcinome basocellulaire métatypique.

Observation :

Observation N°1:

Un homme de 80 ans , suivi pour un carcinome mammaire gauche peu différencié infiltrant avec des métastases osseuses et pulmonaires prévu pour une chimiothérapie, qui présente une lésion ulcéro-crouteuse pariétale indolore d'environ 3cm/2cm, évoluant depuis 8 mois; et un placard ulcéro-hemorragique au niveau du sein gauche.

Observation N°2:

Une femme de 76 ans, ayant comme antécédent un carcinome basocellulaire nodulaire ulcéré au niveau du genou droit; une exérèse a été realisé avec des limites saines. Quatre mois plutard, la patiente developpe une ulcération au meme site mesurant 5 Cm, saignant au contact et à bordure bourgeonnante violacée.

Observation N°3:

une femme de 88 ans qui présentait depuis 1 an une lésion nodulaire de la lèvre supérieur d'environ 1,5/2cm, pigmenté avec une bordure perlée, ulcération centrale

et des telangiectasies superficielles. Avec à la dermoscopie: globules bleu-gris, nids ovoides, telangiectasies arborisantes et ulcération et croute centrale.

Une biopsie cutanée a été réalisée chez les 3 cas et l'examen anatomo-pathologique a conclu à un aspect morphologique d'un carcinome basocellulaire de type métatypique. Un bilan d'extension s'est révélé négatif chez les 2 premiers malades tandis que le 3eme était perdu de vue. Une exérèse complète a été réalisée. Avec un recul de 1 an chez le 1 er et 6 mois chez le deuxième.

Discussion :

Le carcinome basocellulaire métatypique est décrit par Weedon comme une entité histologique rare, caractérisé par des taux de récidive élevés et un haut potentiel métastatique.

Selon les données de la littérautre, cette entité est défini comme un carcinome basocellulaire comportant une différenciation malpigienne carcinomateuse, il prédomine chez le sexe masculine (84%) contrairement à nos observations dont le sexe feminin était predominant; et se localise au niveau cervico-faciale dans 95% des cas. Dans notre 2 ème observation, la localisation au niveau du genou est inhabituel.

L'existence de cette lésion comme un sous-type histologique de carcinome basocellulaire ou comme une forme transitionnelle avec le carcinome épidermoide reste controversée. Le traitement est essentiellement chirurgical. Une large marge de sécurité lors de l'exérèse est indispensable avec un curage ganglionnnaire associé. La radiothérapie peut consister un traitement adjuvant pour les lésions à haut risque de récidive, alors que l'effet de la chimiothérapie n'est pas encore démontré.

Conclusion:

Le carcinome métatypique constitue un sous type rare, aggressive, de diagnostique histologique, et dont le traitement est principalement chirurgical.

.

Des tumeurs cutanées révélant un Lymphome NK/T de type nasal: À propos de 2 cas

R. MOUMNA - S. ELLOUDI – O. BOURAQQADI - Z. DOUHI - M. SOUGHI - H. BAYBAY - FZ. MERNISSI
Service de Dermatologie, CHU Hassan II, Fès

INTRODUCTION :

Le lymphome NK/T extra-nodal de type nasal est une tumeur maligne et rare, le plus souvent primitive de la région ORL. Les formes cutanées primitives sont exceptionnelles. Son pronostic est sombre avec une évolution rapidement défavorable.

L'objectif de ce rapport est de présenter 2 cas illustratifs de cette affection rare et agressive, afin de faciliter la présomption diagnostique et permettre ainsi une prise en charge thérapeutique précoce et adaptée.

OBSERVATION: Nous rapportons les cas de 2 patients.

Le premier patient était âgé de 58 ans, sans antécédents, qui consultait pour des lésions rouges indolores initialement au niveau du bras avec augmentation rapide de taille et extension au reste du corps en moins de 4 mois, sans symptomatologie ORL préalable, ni signes généraux. L'examen clinique retrouvait de multiples plaques et tumeurs erythemato-violines, de consistance ferme, de tailles variables, siégeant principalement au niveau des membres (Figure 1) avec à la dermoscopie des globules de couleur saumonée séparées par des lignes blanches en réseau réalisant l'aspect en pavés (Fig 2-A), un aspect poivré, des globules blanches (Figure 2-B), des vaisseaux glomérulaires (Fig 2-C) et des vaisseaux arborescents (Fig 2-D). Les aires ganglionnaires étaient libres et le reste de l'examen somatique retrouvait une tuméfaction testiculaire non inflammatoire de consistance dure, et une sensibilité à la palpation abdominale. La biopsie d'une tumeur cutanée a objectivé un aspect histologique et immuno-histochimique d'une lymphoprolifération CD56+/CD3+ faisant suspecter en premier un lymphome T/NK de Type nasal. Le patient a ensuite bénéficié d'une nasofibroscopie qui a objectivé une tuméfaction endonasale droite dont la biopsie confirmait le diagnostic. Le bilan d'extension retrouvait des localisations secondaires pulmonaires, péritonéales, rénales, surrénaliennes, et testiculaires.

Le deuxième patient était âgé de 56 ans, sans antécédents, sans notion de symptomatologie ORL, qui présentait depuis 3 mois une tumeur de la cuisse droite avec une évolution rapide vers l'ulcération et l'apparition d'une autre tumeur au niveau de la jambe (Fig3). La biopsie objectivait un aspect histologique et immuno-histochimique d'un lymphome T/NK de Type nasal CD3+/ CD56+. Le bilan d'extension retrouvait des adénopathies inguinales et médiastinales ainsi que des métastases pulmonaires.

Les deux patients ont décédé quelques jours après avoir commencé leurs cures de chimiothérapie.

DISCUSSION

Le lymphome à cellules T/NK de type nasal représente 5 à 18% des lymphomes non hodgkiniens, touchant principalement les adultes de sexe masculin. Il est le plus souvent primitif de la région ORL, souvent sans atteinte ganglionnaire. Les formes cutanées primitives sont très rares avec une fréquence relative de moins de 1%. Actuellement, la classification de l'Organisation mondiale de la santé considère que les présentations extra nasales et nasales font partie d'un spectre de la même maladie, car la TDM révèle une tumeur primaire occulte

de la sphère ORL dans la plupart des cas, comme le cas de notre premier patient chez qui l'exploration a révélé une localisation infra-clinique de son lymphome au niveau nasal.
Cliniquement, l'atteinte cutanée se manifeste par des plaques érythémateuses infiltrées asymptomatiques ou des nodules sous-cutanés avec une tendance à l'ulcération siégeant le plus souvent sur les extrémités ou le tronc, mais aussi la ligne médio-faciale dans la forme nasale destructive. Le diagnostic peut être difficile car il peut mimer à la fois des lymphomes cutanés et des tumeurs non lymphomateuses comme le mélanome achromique, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire et les tumeurs annexielles.
La dermoscopie peut soutenir le diagnostic de lymphome T par la mise en évidence de certains signes décrits dans la littérature tel que l'aspect en pavés, qui apparaît comme un agglomérat de globules saumonées séparées par des lignes épaisses gris-blanchâtres, correspondant histologiquement à un agrégat lymphoïde nodulaire dans le derme papillaire. D'autres aspects dermoscopiques ont été décrits notamment des globules blanchâtres correspondant aux ouvertures dilatées des canaux eccrines, mais également un aspect poivré et une vascularisation atypique faite de vaisseaux linéaires irréguliers, arborescents, ou glomérulaires.
Histologiquement, les lymphomes T/NK de type nasal sont caractérisés par un infiltrat lymphocytaire atypique avec des phénomènes d'angio-invasion. Néanmoins, cette présentation serait moins fréquente dans les lymphomes T/NK de type nasal à localisation cutanée. Lorsque les lymphocytes atypiques sont de type NK, ils vont exprimer l'antigène CD56. Le CD3, CD2 et CD7 peuvent aussi être exprimés.
En raison de l'agressivité de ce type de lymphome, une orientation urgente vers l'hémato-oncologie doit être effectuée dès le diagnostic. Concernant la prise en charge, plusieurs schémas ont été proposés, en cas de lymphome NK/T de type nasal reposant sur une poly chimiothérapie avec des protocoles CHOP utilisant le plus souvent la vincristine et des anthracyclines comme la doxorubicine. L'association de la radiothérapie est indiquée dans les stades localisés de la maladie.

CONCLUSION :
Le lymphome NK/T cutané est de pronostic sombre avec un haut degré de malignité et une progression rapide: la médiane de survie spontanée de ces patients a récemment été évaluée à 7,8 mois.
De par sa sévérité, il faudra donc évoquer ce diagnostic devant toute tumeur d'aspect lymphomateux et compléter rapidement par une immunohistochimie et un examen ORL, permettant ainsi une prise en charge précoce.

Un nez rouge redressant le diagnostic de cancer du cavum

R. MOUMNA - Z. DOUHI – Z. BENNOUNA- M. SOUGHI - S. ELLOUDI - H. BAYBAY - FZ. MERNISSI

Service de Dermatologie, CHU Hassan II, Fès

INTRODUCTION :

La sarcoïdose est une granulomatose systémique de cause inconnue qui peut toucher divers tissus et organes, notamment les poumons, les ganglions lymphatiques et la peau. Les manifestations cutanées spécifiques de la sarcoïdose sont cliniquement très polymorphes. La forme « lupus pernio » est une présentation clinique rare mais très spécifique de sarcoïdose, le plus souvent associée à une atteinte des voies aériennes supérieures, pouvant parfois représenter un véritable challenge diagnostic et thérapeutique.

OBSERVATION:

Nous rapportons le cas d'une patiente de 53 ans, qui présentait depuis 18 mois une obstruction nasale unilatérale, une voix nasonnée et des rhinorrhées séro-hématiques pour lesquels elle a bénéficié d'une TDM cranio-faciale objectivant un épaississement pseudo-tumoral de la paroi postéro-latérale du cavum. La patiente a été programmée pour une biopsie du cavum puis a été adressée dans notre formation pour une tuméfaction rouge indolore du nez évoluant depuis 8 mois. L'examen clinique à son admission retrouvait une plaque érythémato-violacée infiltrée de la pointe du nez, ainsi qu'une papule érythémateuse au-dessous du septum nasal.

La dermoscopie objectivait un aspect lupoidique, des chrysalides et des globules de couleur orangée regroupées et entourées de vaisseaux linéaires irréguliers. Le bilan phtisiologique et le frottis cutané à la recherche de corps de leishmanies étaient négatifs. La biopsie cutanée ainsi que celle du cavum retrouvaient un granulome épithéliome et gigantocellulaire sans nécrose caséeuse en faveur d'une sarcoïdose. Le bilan de systématisation de la sarcoïdose a objectivé une atteinte salivaire et ganglionnaire (médiastinale, lombo-aortique et iliaque externe) confirmées histologiquement. Le diagnostic de Lupus Pernio a été retenu et la patiente a été traitée par corticothérapie locale et générale associée aux antipaludéens de synthèse avec une bonne évolution ; amélioration de la symptomatologie ORL et désinfiltration des lésions cutanées avec persistance d'une pigmentation post-inflammatoire.

DISCUSSION

Le lupus pernio a été décrit par Besnier à la fin du XIXe siècle. Il s'agit d'une forme spécifique de sarcoïdose chronique, survenant à un stade avancé de la maladie, après

une évolution insidieuse et silencieuse durant plusieurs années. Il s'agit également d'un indicateur d'atteinte systémique. La localisation la plus fréquemment associée au lupus pernio est celle des voies aériennes supérieures (VAS). L'atteinte ORL, surtout quand elle est isolée, peut prêter à confusion avec d'autres étiologies notamment néoplasiques, d'où la nécessité de rechercher des lésions cutanées pouvant orienter le diagnostic, et de réaliser un bilan radiologique à la recherche de localisations intra thoracique ou osseuses, celles-ci étant respectivement les atteintes les plus fréquemment associées au lupus pernio après celle des VAS.

Cliniquement, le lupus pernio se manifeste par des plaques infiltrées violacée parfois télangiectasies avec une prédilection pour le nez, pouvant se compliquer par une ulcération nasale et une perforation septale. Cependant les lésions peuvent également être retrouvées sur les joues, les oreilles, le front, les paupières, la zone péribuccale, les doigts et les orteils. Les aspects dermoscopiques les plus souvent décrits dans la littérature sont les zones translucides de couleur jaune-orangée, globuleuses ou sans structure, associées à des vaisseaux linéaires irréguliers ou arborescents, et séparés par des cloisons blanchâtres voire des chrysalides.

La variabilité clinique de la sarcoïdose cutanée rend souvent le diagnostic positif difficile et expose à un problème de diagnostic différentiel avec d'autres pathologies tumorales ou granulomateuses inflammatoires et infectieuses, comme le cas de notre patiente chez qui nous avons également évoqué les diagnostics de tuberculose cutanée, leishmaniose, granulomatose de Wegener ou encore lymphome T/NK de type nasal.

Le diagnostic de certitude de l'atteinte cutanée et ORL est histologique, reposant sur la mise en évidence d'un granulomesarcoïdosique non caséeux composé d'agrégats d'histiocytes épithélioïdes avec peu ou pas d'autres cellules inflammatoires.

La corticothérapie orale et les antipaludéens de synthèse représentent les traitements les plus utilisés pour le lupuspernio, avec généralement des taux de réponse faibles et transitoires. Par la suite, le méthotrexate, l'azathioprine, la thalidomide, la minocycline, le mycophénolatemofétil et d'autres agents comme l'infliximab ont également été utilisés avec de bons résultats.

CONCLUUSION :

La sarcoïdose type lupus pernio est une entité rare pouvant être la manifestation clinique révélatrice d'une atteinte systémique notamment ORL, nécessitant une confirmation histologique et une prise en charge thérapeutique rapide et adaptée.

Histoire d’un keratoacanthome chez un Xeroderma Pigmentosum

S. Chhiti, H. Baybay, C.BouhamdiM.Soughi, Z. Douhi, S. Elloudi, FZ. Mernissi .service de dermatologie CHU hassan II fès

Introduction :

Xeroderma Pigmentosum (XP) est une génodermatose autosomique récessive rare, caractérisée par une photosensibilité, des taches de rousseur, une pigmentation inégale de la peau, et des modifications neurologiques et ophtalmiques. Nous rapportons le cas d'un patient XP avec une longue histoire de kératoacanthome (KA) palpébral mimant un carcinome épidermoïde (CE).

Observation :

Patient de 19 ans issu d’un mariage consanguin, suivi pour XPC bénéficiant chaque 3 mois d’une cartographie avec prise en charge médicale et chirurgicale des tumeurs cutanées type carcinomes épidermoïdes et carcinomes basocellulaires, qui rapportait l’apparition d’une lésion au niveau de la paupière inferieure gauche augmentant progressivement de taille. L’examen clinique initial et la dermoscopie objectivaient un KA en phase de croissance dont la décision était une abstention thérapeutique. Mais au bout de 6 mois la tumeur continuait à augmenter de taille devenant douloureuse et nauséabonde avec à l’examen une tumeur de 6 cm/ 5 cm, arrondie, ferme, ulcérée au centre, saignante au contact avec un ectropion oculaire. La dermoscopie trouvait des vaisseaux en épingle à cheveux, des plages blanches correspondant à la kératine. Le diagnostic d’un CE était posé devant la non involution après 8 mois et confirmé par l’histologie. L’exérèse chirurgicale était contre indiquée vue la localisation et la taille de la tumeur et un traitement néoadjuvant par 5-Fluorouracil était proposé, puis le patient était mis sous soins locaux et antibiothérapie orale. Une semaine avant la chimiothérapie le patient rapportait une diminution de la taille de la tumeur avec persistance d’un fragment mesurant 0,5 cm. L’évolution était marquée par la disparition de la tumeur sous soins locaux et crème cicatrisante aves un ectropion

séquellaire au niveau de l'œil homolatérale pour lequel il a bénéficié d'une chirurgie réparatrice.

Discussion

Le KA est une tumeur bénigne spontanément résolutive et la plus fréquente chez les patients atteints de l'XP à un taux de 1 000 à 4 000 fois supérieur à celui attendu chez les personnes de moins de 20 ans. Il y a eu peu de rapports sur les associations de KA avec XP. Il constitue un diagnostic différentiel clinique et dermoscopique, avec le CE. Cependant le KA est caractérisé par une phase de croissance rapide suivie d'une phase d'involution et de régression ce qui le distinguer du CE à croissance plus lente. Dans notre cas, les antécédents et l'évolution sur 8 mois sans phase de régression étaient très suggestive d'un CE mais la clinique et la résolution spontané étaient pour le KA d'où l'intérêt d'une surveillance rapprochée et multidisciplinaire afin d'éviter toute chirurgie excessive et mutilante chez cette population.

Conclusion :

Les patients atteints de l'XP sont susceptibles de développer des tumeurs cutanées comme le kératoacanthome dont l'évolution peut être prolongée. Un suivi médical précoce et régulier permet de prévenir le développement des tumeurs vers un stade incurable.

Carcinome basocellulaire et mélanome : une coexistence particulière

M.KHALLOUKI 1 ,K.Oujennane 1 , M,ABOUDOURIB 1 ,O.HOCAR 1 , S.AMAL 1
MA.Haouane 2 , A.BELBACHIR 2 ,H.RAIS 2
1 service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
2 service d'anatomopathologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire Biosciences et santé , FMPM université Cadi Ayyad ,Marrakech

Introduction :

Le carcinome basocellulaire est la tumeur cutanée la plus fréquente dans le monde qui se développe à partir des cellules basales de l'épiderme. Le mélanome est une tumeur maligne potentiellement grave; la présence simultanée de ces deux types de tumeurs malignes est relativement rare.

Observation:

Il s'agit d'une patiente âgée de 71ans qui s'est présentée pour deux lésions la première était prétragienne droite ulcéronodulaire à bordure perlée mesurant 3*2,5cm et évoluant depuis 7ans et une deuxième lésion de localisation plantaire droite nodulaire achromique mesurant 4*3,5cm évoluant depuis 3ans. Le bilan d'extension réalisé n'avait pas objectivé de localisation secondaire; la patiente était adressée au service de chirurgie plastique pour traitement chirurgical.

Discussion :

Le premier cas de mélanome associé à un carcinome basocellulaire a été décrit en 1983 par Kao .Cette association rapportée dans la littérature survenait majoritairement sur un même site anatomique dite tumeurs de collision. Nous rapportons le cas d'une association particulière d'un mélanome avec un carcinome basocellulaire sur deux sites anatomiques différents. Un cas similaire a été rapporté 1 par Hagedorn d'un homme de 77 ans avec un carcinome basocellulaire et un carcinome spinocellulaire du visage associés à un mélanome du bras. Dans une cohorte menée par Robinson et al sur 2243 patients présentant un cancer kératinocytaire a objectivé qu'ils courent un risque accru de développer par la suite un mélanome. Notre cas revêt l'intérêt de rapporter cette association particulière de mélanome et de carcinome se justifiant par les facteurs de risque communs liés à l'exposition aux UV, la génétique et l'immunosuppression.

Conclusion :

Le défi à souligner est l'importance du diagnostic précoce de lésions cancéreuses cutanées notamment le carcinome basocellulaire pour les traiter et suivre les patients dans le but de dépistage de tumeurs potentiels ultérieurement notamment le mélanome chez ces mêmes patients.

Carcinome épidermoïde cutané : Corrélation clinico-dermoscopique et histologique : A propos de 72 cas

S. El Ammari1 , S. Elloudi 1 , I. Kacimi Alaoui, H. Baybay 1 , M. Soughi 1 , Z. Douhi 1 , F-Z. Mernissi 1

M.Omari2 ,S. El fakir 2

1: Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

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

Introduction :

Le carcinome épidermoïde cutané (CEC) est le deuxième cancer de la peau le plus fréquent après le carcinome basocellulaire. Il represente 20% des tumeurs cutanées malignes. La dermoscopie représente un moyen très utile pour son diagnostic dont la confirmation se fait par étude anatomo-pathologique. Le but de cette étude était de décrire les différentes

Structures dermoscopiques du CEC et de rechercher leur association avec la forme clinique et le grade de différenciation histopathologique.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétro-prospective, descriptive et analytique réalisée au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire HASSAN II de FES, étendue sur une période de 5 ans de novembre 2017 à juillet 2022. En raison du faible nombre de cas, les CEC modérément et peu différenciées ont été évaluées ensemble (CEC non bien différencié).

Résultats :

Sur 160 cas de CEC confirmés histologiquement, 88 ont été exclus en raison des images dermoscopiques non interprétables. Un total de 72 CEC ont été colligé dont 49 hommes (68,1%) et 23 femmes (31,9%), l'âge moyen était de 68,67 ans. 49 patients avaient un phototype IV (68,1%) et 20 un phototype III (27,8%). La localisation la plus fréquente était l'extrémité cervico-céphalique (n=32 ; 44,4%) suivi des membres inférieurs (n=26 ; 36,1%). La forme clinique du CEC était ulcéro-bourgeonnante chez 60 patients (83,3) et nodulaire bourgeonnante chez 12 (16,7%).

La taille moyenne des lésions était de 6,52cm. Selon le grade de différenciation histopathologique, 59 soit 81,9% des lésions de CEC étaient bien différenciées et 13 soit 18,1 % étaient non bien différenciées.

Les différentes structures dermoscopiques analysées du CEC en fonction de la forme clinique et du degré de différenciation histopathologique dans notre série sont présentées dans le tableau 1.

Les aspects dermoscopiques les plus observés dans les CEC bien différencié étaient: les vaisseaux en point (n=44 ,74,6%), glomérulaires (n=36 ,61%), en épingle à cheveux(n= 44, 74,6%), les squames blanchâtres (n= 44, 74,6%), les squames jaunâtres (n=51 ,86,4%), la kératine (n=56, 94,9%) à distribution centrale (n=39, 69,6%),les cercles blancs (n=44, 74,6%), les aires blanchâtres sans structures (n= 49, 83,1%), le halo blanchâtre péri vasculaire (n=41, 69,5%) avec la prédominance du patron blanc (n=38, 64,4%). Tous ces aspects dermoscopiques sont corrélés de manière significative avec le CEC bien différencié (0.05).

Concernant le CEC non bien différencié, les vaisseaux arborescents étaient les plus retrouvés (n=9 ; 69,3%) avec une quantité de vaisseaux supérieure à 50 % (n=9 ; 69,3%) et la prédominance du patron combiné blanc-rouge (n=8, 61,5%) avec une différence statistiquement significative pour ces signes dermoscopiques.

Concernant les critères dermoscopiques corrélés aux formes cliniques du CEC (p 0.05). Les squames jaunâtres opaques (n=52 ;86,7%) et les suffisions hémorragiques (n=54 ;90,0%) prédominaient dans la variante ulcéro-bourgeonnante. la distribution de la kératine était centrale (n= 39 ; 72,2%) dans la variante ulcéro-bourgeonnate et diffuse dans la variante nodulaire-bourgeonnate (n=7 ;70,0%) tandis que la distribution des structures blanches était radiaire dans la première forme (n=32; 53,3%) et diffuse dans la deuxième (n =9 ; 75,0%), avec la prédominance du patron blanc dans les deux formes.

Discussion :

Comparés aux carcinomes épidermoïdes bien différenciés, les CEC non bien différenciés sont plus agressifs et de plus mauvais pronostic avec un taux élevé de récidive et de métastases à distance (1). La dermoscopie trouve sa place dans l'orientation du degré de differenciation de cette tumeur cutanée. Les résultats de notre étude étaient concordants avec ceux de la littérature, Les tumeurs bien

différenciées sont caractérisées par des vaisseaux en point, glomérulaire et en épingle à cheveux (1,2) avec la présence d'un halo blanchâtre péri vasculaire (1,3) contrairement aux tumeurs non bien différencié qui présentaient plutôt des vaisseaux ramifiés et arborescents (1, 2). Lallas et all (3) ont confirmé que le patron blanc prédominait dans les CEC bien différencié, tandis que le patron rouge était corrélé au CEC mal différencié, également l'augmentation de la quantité de vaisseaux représentait un facteur prédictif positif de CEC peu différencié, par contre, la présence de kératine avec une répartition centrale, la présence de zones blanchâtres sans structure, des cercles blancs étaient prédictifs d'un CEC bien ou moyennement différencié (2). Concernant la forme clinique l'ulcération et l'hémorragie étaient plus retrouvées dans les lésions ulcéro- bourgeonnante ce qui corrobore les résultats de notre étude, à l'opposé la distribution centrale de la kératine a été retrouvée dans les deux formes nodulaires bourgeonnante et ulcéro-bourgeonnante dans l'étude de Hanan M et all (2).

Conclusion :

Nos résultats montrent que la dermoscopie peut être considérée comme un outil fiable pour distinguer entre un CEC bien et faiblement différencié, le passage de l'un à l'autre est représenté par une augmentation de la quantité des vaisseaux surtout de type arborescent et la diminution des structures blanches. D'autres études sont souhaitables afin de rechercher une association entre les différentes critères dermoscopiques et le sous type histologique du CEC.

L'Hidradénocarcinome: à propos d'un cas

I.Biygjoine;Y.Zarouali; H.Douma;I.Zineeddine; M.Aboudourib
Y.Benchamkha; A.Elmansouri ; O. Hocar ; S. Amal
Service de dermatologie et vénéréologie
Service d'anatomo-pathologie / Service de chirurgie réparatrice et plastique
Laboratoire de biosciences et santé
Faculté de médecine et de pharmacie – Marrakech-Maroc

Introduction :

L’hidradénocarcinome est une tumeur maligne extrêmement rare, développée aux dépends des glandes sudoripares et caractérisée par la fréquence des récidives locorégionales et des métastases à distance. Nous rapportons l’observation d’un patient ayant un hidradénocarcinome temporal sans métastases.

Observation :

Il s’agit d’un patient de 84 ans; qui présentait une lésion nodulaire pigmenté au niveau temporale droite évoluant depuis plusieurs années avec une augmentation du volume et ulcération secondaire depuis 4 mois (figure 1). À la dermoscopie: des structures vasculaires polymorphe ponctuées, linéaires irrégulières et glomérulaires, une croute, une ulcération, un fond rose blanchâtre, et quelques squames (figure 2). L’étude histologique montrait une tumeur annexielle de différenciation folliculaire. L’étude immunohistochimique montrait une expression nucléaire modérée de 75% de cellules carcinomateuses infiltrantes de l’anticorps anti Ki67 et un marquage positif nucléaires de l’anticorps anti-P53 en faveur d’un hidradénocarcinome.

Un bilan d’extension a été réalisé (échographie ganglionnaire, échographie abdomino-pelvienne, radio thorax, une tomodensitométrie cranio-facio-thoraco-abdomino-pelvienne) et s’est révélé normal.

Une exérèse a été réalisée avec des marges de 3 Cm, et un curage ganglionnaire prophylactique est programmé (figure 3).

Discussion :

Selon les données de la littérature ; l’hidradénocarcinome est une tumeur maligne rare et représente moins de 0,001 % de l’ensemble des tumeurs et qui métastase très souvent. Le diagnostic repose sur l’étude histologique et immunohistochimique. Elle survient préférentiellement au niveau de la tête et du cou comme le cas de notre patient, et rarement au niveau des membres dont un cas a été rapporté en 2017 au niveau du talon associé des métastases inguinales.

Il n’existe pas de consensus thérapeutique bien établi. La chirurgie basée sur une exérèse large avec des limites saines est le gold standard, associée à la dissection et l'irradiation combinées des ganglions envahis alors que les ganglions non envahis doivent être soit disséqués soit irradiés. Une radiothérapie adjuvante s'avère

nécessaire en cas de présence de facteurs de récidive locale : (les emboles vasculaires, l'engainementpérinerveux, les limites envahies, la profondeur de l'infiltration et le caractère anaplasique). Dans les formes métastatiques plusieurs protocoles de chimiothérapie ont été utilisés, la plupart à base de 5 fluorouracil.

Notre observation est originale par la rareté de cette affection.

Conclusion :

En conclusion, l'hidradénocarcinome est une tumeur très rare mais agressive. Son diagnostic repose sur une confrontation anatomoclinique. Une prise en charge précoce et une surveillance régulière à long terme permettent d'améliorer la qualité de vie ainsi que le taux de survie des patients.

Mélanome métastatique : Expérience du service de dermatologie de FES: A propos de 112 cas

Imane KACIMI ALAOUI, Sara ELLOUDI, Zakia DOUHI, Meryem Soughi, Hanane BAYBAY, Fatima Zahra MERNISSI

Service de Dermatologie CHU HASSAN II -FES

Introduction :

Le mélanome cutané est le plus agressif des cancers de la peau et sa dangerosité provient de sa grande capacité à former des métastases, essentiellement lymphatiques 20% (1). A l'heure actuelle, la prévention et la détection précoce de la lésion primitive restent les seuls moyens d'aboutir à une guérison(2).

Le but de ce travail a été d'établir un profil épidémio-clinique des cas de mélanome métastatique du service de dermatologie du CHU Hassan II de Fes .

Matériels et Méthodes :

Une étude retro-prospective des patients suivis pour un mélanome cutané au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès entre Juin 2010 et Juin 2022.

Les éléments épidémiologiques, cliniques et histologiques ont été recueillis à travers une fiche d'exploitation préétablie.

Résultats :

Nous avons colligé 112 patients ayant la forme métastatique parmi 180 cas de mélanome cutané. L'âge moyen de nos malades était de 56.5 ans , avec prédominance féminine (51%), l'exposition chronique au soleil était rapportée chez 61% des patients, un traumatisme minime répété chez 39%, et la notion de marche à pieds nus chez 37 %. Un antécédent familial d'un mélanome était chez 3 patients. 47% de nos malades consultaient pour une tumeur ulcéro-bourgeonnante, suivi de 25% pour un nodule, avec un délai estimé à mois. 59 % de nos mélanomes étaient acraux et 21% se localisaient au niveau cervico-facial. les deux formes acro-lentigineuse (57%) et nodulaire(35%) étaient les plus fréquentes avec un indice de Breslow estimé à 5,4 mm.

Le bilan d'extension à la recherche de localisation secondaire avait révélé des métastases ganglionnaires chez 85% pulmonaire chez 36%, 12% cérébrales, et 8% osseuses et cutanées . Sur le plan thérapeutique la chirurgie était indiquée chez 80 % , associée à un curage ganglionnaire chez 66 % , alors que la chimiothérapie a était proposée chez 23% de nos malades , 6 % ont bénéficié d'une radiothérapie, et un seul patient a reçu une immunothérapie.

L'évolution était marquée par la récidive chez 34 patients Fig.3, contre 42 ont été perdus de vue.

Discussion :

Le développement du mélanome est multifactoriel, son exposition résulte d'une interaction entre la susceptibilité génétique et environnementale (1). Au cours des deux dernières décennies, le taux d'incidence a doublé, et le taux de mortalité a également augmenté à 11%, expliqués par son potentiel métastatique élevé et a son

pronostic catastrophique (3). L'âge moyen est de 65 ans , survient 1,5 fois chez le sexe masculin (1). Son pouvoir métastatique est très élevé, les sites les plus fréquents de métastases à distance sont les ganglions, le poumon, le foie et l'os. leur survenue est corrélée au retard de consultation, le diagnostic erroné ainsi que sa prise en charge incomplète (2)(3).Depuis 2011, des avancées thérapeutiques considérables comme l'immunothérapie et les thérapies ciblées, ont permis de révolutionner la prise en charge du mélanome métastatique, avec une amélioration spectaculaire des taux de survie(1).

Conclusion :

Les stratégies de prévention du mélanome consistent à atténuer les FDR environnementaux et à identifier les personnes présentant des FDR phénotypiques pour une surveillance accrue. A l'avenir, le rôle évolutif de l'immunothérapie et du traitement génétiquement ciblé du mélanome malin métastatique pourrait prolonger la survie après traitement chirurgical.

Des hidradénomes poroïdes : pas comme les autres

K.Mejjati (1), L. TahiriElousrouti (2), H .Baybay (1), N.Hammas (2),K.TahriJoutei Hassani(1),S.Choukri (1), M .Soughi (1), Z.Douhi (1), S.Elloudi(1), FZ.Mernissi (1),

(1) Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

(2) Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique, CHU Hassan II Fès

Introduction :

L'hidradénome poroïde est une tumeur annexielle bénigne et rare des glandes sudoripares eccrines . Il se présente généralement comme un nodule solitaire siègeant au niveau de l'extrémité céphalique le plus souvent .

Nous rapportons 2 observations d'un hidradénomeporoïde à présentation atypique .

Observation 1 :

Un patient âgé de 63 ans ,hypertendu sous traitement qui présentait depuis 5 ans une tumeur de couleur peau normale au niveau du scrotum qui avait augmenté progressivement de taille ,sans signe fonctionnel associé .

L’examen clinique avait trouvé une tumeur à base pédiculée polylobée de consistance élastique mesurant 4 cm de diamètre . La dermoscopie avait révélé une zone homogène bleue et une vascularisation faite de vaisseaux arborescents et des télangiectasies .

Le patient avait bénéficié d’une biopsie exérèse de la lésion. L’examen histologique avait conclu à un hidradénome poroïde, montrant une prolifération tumorale dermique pure,encapsulée, kystique par endroit disposée en massifs . Les cellules tumorales étaient d’aspect monomorphe à cytoplasme éosinophile.

Observation 2 :

Une patiente âgée de 48 ans ,avec notion de kyste trichelemmaux à répétition , consultait pour une récidive des lésions du cuir chevelu . L’examen dermatologique avait objectivé un nodule bien limité de contours réguliers de consistance ferme à surface hyperkératosique par endroitsurmontée par une corne siégeant au niveau du vertex . L’examen histologique de la biopsieexérèse montrait une prolifération tumorale kystique dermique ,faite de grands massifs cellulaires à différenciation sudorale , bordée par un épithélium malpighien régulier en faveur d’un hidradénome poroide .

Discussion

L’hidradénome poroïde est une forme peu commune d'hidradénome à différenciation eccrine, qui est lui-même une tumeur annexielle rare (1). Il semble être plus fréquent chez les hommes que les femmes , survenant dans la sixième et septième décennies de la vie (2) .

Sa présentation clinique est non spécifique , sous forme d’un nodule ou papule le plus souvent bleuté, probablement dû à l'effet Tyndall des composants kystiques de la tumeur .

L’originalité de ces deux observations réside dans la localisation atypique .

En effet , les localisations habituelles de l’hidradénome poroïde sont le tronc, la cuisse , les aisselles et les membres (2) . Quelques cas ont été signalés au niveau du cou, du cuir chevelu , du dos et de la vulve (2), (3),(4) .

L’aspect histologique de l’hidradénome poroïde est évocateur : tumeurs dermiques lobulaires, circonscrites, solides ou partiellement kystiques, constituées de cellules poroïdes et cuticulaires (5). Cependant , en cas de doute, la réalisation d’une étude immuno- histochimique peut en faciliter le diagnostic , objectivant les marqueurs EMA et CEA

Il s’agit d’une tumeur de bon pronostic d’évolution indolente mais souvent méconnue

Le traitement repose sur l'exérèsecomplète de la lésion . Des cas rares de récidive ont été rapportés dans la littérature .

Conclusion :

L'hidradénome poroïde a été rarement rapporté dans la littérature. À travers nos observations, nous désirons mettre la lumière sur l'intérêt de l'exérèse complète devant tout aspect de nodule kystique à l'examen physique ou à l'échographie.

Le mélanome unguéal : A propos de 16 cas.

Imane KACIMI ALAOUI, Sara ELLOUDI, Zakia DOUHI, Meryem Soughi, Hanane BAYBAY, Fatima Zahra MERNISSI

Service de Dermatologie CHU HASSAN II -FES

Introduction :

Le mélanome unguéal (MU) représente 0,7 à 3,5% des mélanomes. [1] Sa mortalité reste plus élevée due un retard de diagnostic et de traitement au stade avancé, responsable d'un pronostic sombre limitant les options thérapeutiques.

Nous rapportons dans cette série, le profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif du MU au service de dermatologie de FES.

Matériel et méthodes :

Une étude rétro-prospective des patients suivis pour MU en consultation et en milieu hospitalier entre juin 2010 et juin 2022 au service de dermatologie CHU Hassan II de Fès a été menée.

Résultats :

Nous avons recensé 180 cas de mélanome cutané dont 16 étaient unguéaux (8,8%). Une prédominance féminine a été notée avec un sexe ratio H/F de 0,3. L'âge moyen de survenue était de 64,5 ans. Le gros orteil était la localisation la plus fréquente (62%), suivi du pouce (18%).

L'aspect clinique majeur était la présence d'une dystrophie avec anonychie Fig. 1 ,2 et 3 (68,7%.). Le délai de consultation était en moyenne de 22 mois. La notion de traumatisme a été rapportée chez la moitié de nos patients. La forme acro-lentigineuse était la plus dominante à raison de 72%. L'amputation était le traitement préconisé chez tous nos cas, associée à un curage ganglionnaire chez 6 patients, et à une chimiothérapie chez deux.

L'évolution s'est marquée par la récidive chez 2 cas, tandis que 9 patients ont été perdus de vue.

Discussion :

Le mélanome unguéal décrit pour la première fois par Boyer en 1834, puis par Hutchinson en 1886 [2]. Il est considéré comme un sous-groupe des mélanomes acro-lentigineux, et ne représentant que 0,7 à 3,5 % de toutes les formes de mélanome. [1]

Les localisations les plus fréquentes sont le pouce et le gros orteil puis le deuxième et le troisième doigt. [3] Ces localisations font régulièrement discuter le fait que les traumatismes pourraient avoir un rôleétiologique important.

La présentation clinique la plus classique du mélanomeunguéal est une mélanonychie longitudinale monodactyle [1]

Une pigmentation périunguéale (signe de Hutchinson) peut être présente. Les cas les plus avancés peuvent présenter une destruction partielle (dystrophie) Fig. 2 ou complète du plateau unguéal (anonychie). L'excision précoce est le seul traitement connu à ce jour pour augmenter la survie. Le diagnostic joue un rôle crucial et les dermatologues doivent être conscients des signes précoces du MU. [4]

Conclusion :

Le mélanome unguéal est une entité rare et encore méconnue dans notre contexte. Cependant, devant une mélanonychie, au moindre doute avec une lésion maligne notamment en dermoscopie, une biopsie ou une exérèse doit êtreréalisée pour examen histologique afin d'agir au stade précoce que tardif.

Profil épidémiologique et anatomoclinique et thérapeutique du lymphome B cutané primitif

Imane Bahbouhi, Sarah Ibzer, Mounia Sidki, MaryemAboudourib, OuafaHocar, Said Amal

Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction

Les lymphomes cutanés sont un groupe hétérogène regroupant de nombreux sous types de lymphomes cutanés T et B. Les lymphomes B cutanés, moins fréquents que les lymphomes T cutanés, représentent 20 à 25 % de l'ensemble des lymphomes cutanés. Peu de séries s'y sont intéressées. Le but de ce travail est d'étudier leurs caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les cas de lymphomes cutanés primitifs B suivis dans notre service de dermatologie entre Janvier 2002 et Décembre 2021. Nous avons recueilli leurs données épidémiologiques, cliniques et évolutives.

Résultats

16 cas de lymphomes cutanés primitifs de type B (LBC) ont été colligés, soit 17.3% de l'ensemble des lymphomes cutanés primitifs durant la même période (92 cas au total). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 57,8 ans [38 ans –86 ans]. Le sex-ratio était de 2,2. Le délai de diagnostic était de 12.8 mois en moyenne. 15

malades avaient consulté pour des lésions nodulaires et un seul malade avait présenté des lésions papuleuses généralisées. Le dos était le principal territoire atteint (40%). La biopsie cutanée avec étude immunohistochimique réalisée chez tous les malades avait retrouvé 13 cas de LBC à grandes cellules et trois cas de LBC centrofolliculaires. Un bilan d'extension a été réalisé chez tous les malades, objectivant une association avec un lymphome ganglionnaire anaplasique ALK négatif chez un patient. Le traitement a consisté en une association rituximab et polychimiothérapie chez 10 patients, une polychimiothérapie seule chez quatre patients, et une exérèse chirurgicale chez deux malades. La rémission était complète chez huit malades, cinq malades ont été perdus de vue, deux étaient décédés et une récidive a été notée chez un patient traité initialement chirurgicalement.

Discussion

Le lymphome B cutané primitif (LBC) est une entité rare. Les LBC les plus fréquents sont indolents, représentés par le LBC de la zone marginale et le LBC centro-folliculaire. Les LBC diffus à grandes cellules sont plus agressifs et sont de mauvais pronostic. Dans notre série, le LBC à grandes cellules était le type histologique le plus fréquemment retrouvé. L'évolution clinique et le pronostic du lymphome B cutané primitif sont différents de ceux du lymphome ganglionnaire. Le traitement du LBC dépend de l'histologie et du stade. Les différentes options comprennent l'exérèse chirurgicale, la radiothérapie locale, et la chimiothérapie systémique en association avec le rituximab. Dans notre contexte, les principales difficultés diagnostiques sont l'absence de suspicion clinique devant les formes débutantes et l'absence de disponibilité des marqueurs immunohistochimiques dans toutes les structures hospitalières.

L'histiocytofibrome cellulaire géant : une variante exceptionnelle à ne pas méconnaître (2 observations)

K.Mejjati (1), L. TahiriElousrouti (2), Z.Douhi (1) , N. Hammas (2) G.Sqalli (1) , M.Soughi (1),S.Elloudi (1), H.Baybay (1) , FZ.Mernissi (1)

Service de dermatologie CHU Hassan II Fès (1),

Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique, CHU Hassan 2 de Fès (2)

Introduction :

L'histiocytofibrome (HCF) est une tumeur fibreuse bénigne de la peau . On en distingue plusieurs variantes anatamo-cliniques dont l'HCF cellulaire géant , qui est une forme rare.

Nous en rapportons deux observations déroutantes.

Observation 1 :Patient âgé de 53 ans, suivi pour une hépatite B déclarée guérie , avait consulté pour une lésion cutanée au niveau du bras évoluant depuis 20 ans .L'examen dermatologique avait noté un nodule arrondi erythémateux, de consistance ferme, à base sessile, mesurant environ 5cm. La dermoscopie avait objectivé des structures blanchâtres et un fond erythémateux.

Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Une exérèse était réalisée avec une étude anatomo-pathologique qui révélait des cellules fusiformes régulières au niveau du derme dépourvues d'atypies et de mitoses ,disposées enfaisceaux courts présentant parfois un aspect en flammèche ou des enroulements.

Le diagnostic d'HCF cellulaire était retenu .

Observation 2 :Patiente âgée de 60 ans , sans antécédents notables , se présentait pour une masselatéro-thoracique évoluant depuis 2 ans, augmentant progressivement de taille. Cliniquement , on observait une tumeur cutanée érythémateuse dure à base infiltrée , faisant 3cm de diamètre , fixe par rapport au plan profond ,à surface lisse centrée par une ulcération saignante .La dermoscopie avait objectivé des vaisseaux arborescents , des structures blanchâtres et un aspect en arc en ciel.

Le reste de l’examen clinique était sans particularité.

L’examen histopathologique retrouvait des cellules fusiformes dermiques d’architecture storiforme . Elles étaient allongées ,aux noyaux réguliers, à chromatine homogène, parfois présentant une monstruosité nucléaire, le cytoplasme était éosinophile. Les mitoses étaient estimées à 3/10.

En immunohistochimie ,les cellules tumorales exprimaient le CD163 et focalement le CD10.Le CD34, la PS100, I'AML, la desmine, le CD117, le DOG1 étaient négatifs.

Le diagnostic d’HCF cellulaire bénin géant était retenu et une exérèse chirurgicale était réalisée.

Discussion :

L’HCF est une tumeur conjonctive cutanée bénigne ,souvent retrouvée chez la femme d’âge moyen avec une localisation préférentielle au niveau du tronc et des membres. La variante histologique cellulaire est un sous type rare moins de 5%, , cette forme est le plus souvent de grande taille .

Cliniquement ,il prête à confusion avec le dermatofibrosarcome de Darrier et Ferrand.

L’étude anatomopathologique permet de redresser le diagnostic .En effet ,histologiquement, l’HCF est formé d’une prolifération intradermique pure faite de cellules fusiformes disposées en faisceaux et circonscrites par une réaction inflammatoire lymphocytaire . En immunohistochimie , le CD68 est fortement positif ,alors que le CD34 et la PS100 sont négatifs(1).

L’exérèse chrirugicale est curative avec un risque de récidive locale (2) . Les facteurs prédictifs des récidives locales sont la taille supérieure à 1cm et la positivité des berges lors de l’exérèse initiale (2)

Conclusion :

L'histiocytofibrome cellulaire géant constitue une présentation clinique rare .Ces 2 observations soulignent l'intérêt des examens histologiques et de l'étude immunohistochimique devant une présentation clinique inquiétante.

Le mycosis fongoïde CD8+ : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs (22 cas)

S.Ibzer(1),I.Bahbouhi(1), M. Aboudourib(1),A.Fakhri(2), H.Rais(2), O. Hocar(1), S. Amal(1)

(1) Service de dermatologie et de vénéréologie, (2) service d'anatomopathologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction

Le mycosis fongoïde (MF) est le plus fréquent des lymphomes cutanés primitif. Il est le plus souvent de phénotype CD4+/CD8-. Dans la littérature, une expression du CD8+ n'est retrouvée qu'entre 5 % et 20 % des cas. Le pronostic qui y est associé est encore débattu. Le but de notre travail est de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs du MF CD8+ à travers une série hospitalière de 22 cas.

Matériel et méthodes

Trente –cinq cas de mycosis fongoïde ont été recensés rétrospectivement dans notre service entre 2010 et 2022. Parmi eux 22 cas exprimaient le CD8+.

Résultats

Vingt-deux cas de MF CD8+ (62% de tous les cas de mycosis fongoïde) ont été colligés. Il s'agissait de 13 hommes et 9 femmes avec une moyenne d'âge à 53 ans. Le délai de diagnostic moyen était de 2,4 ans. Le MF était de type classique dans 16 cas, poïkilodermique dans 4 cas, pagétoïde dans 1 cas et invisible dans 1 cas. Un prurit était rapporté par 77% des patients. L'examen trouvait des plaques érythémateuses infiltrées (27%), des lésions papulonodulaires (27%), une érythrodermie (22%), des plaques érythémateuses non infiltrées (18%), une poïkilodermie (18%), des plaques hypopigmentées (13%), des plaques

hyperpigmentées (13%), et un état ichtyosique (9%). Une kératodermie palmoplantaire était associée dans 22% des cas. 7 patients étaient au stade IB, 5 au IIIA, 4 au IIB, 3 au IIA, 2 au IA, et 1 malade au IIIB. Un épidermotropisme était présent dans 86% des cas. Une hyperéosinophilie était notée dans 1 cas et le taux de LDH était élevé dans 7 cas. L'étude immunohistochimique mettait en évidence un profil CD4+/CD8+ dans 82%, et un profil CD4-/CD8+ dans 18%. 2 patients présentaient un envahissement ganglionnaire et 2 avaient une hépatosplénomégalie. Les dermocorticoïdes ont été prescrits dans 77% des cas, le méthotrexate dans 72%, la photophérèse extracorporelle dans 40%, et la photothérapie UVB dans 22%. 3 patients (13%) avaient présenté lors de l'évolution une transformation du MF, et décédaient plus tard. Le taux de survie global à 5 ans était de 45%.

Discussion

Le mycosis fongoïde CD8+ a été peu décrit dans la littérature. Ce phénotype peut être observé dans toutes les tranches d'âge, mais plus particulièrement chez les enfants. Toutefois notre étude n'a pas retrouvé d'enfant atteint. Cliniquement, notre série mettait en évidence des aspects plus atypiques que dans le MF classique, comme la poïkilodermie, l'hypopigmentation et l'hyperpigmentation et l'ichtyose acquise, ce qui est en accord avec les données de la littérature. Les stades précoces de la maladie au moment du diagnostic, les délais entre le début des symptômes et le diagnostic ainsi que les taux élevés de survie à 5 ans, suggèrent une évolution plutôt indolente du MF CD8+. La transformation est cependant possible comme en témoigne notre série, elle est estimée entre 10 et 22% selon les études.

Acanthome à cellules claires :

<u>Un diagnostic redressé par le dermoscope</u> .

Imane.KACIMIALAOUI ,Zakia.DOUHI, Meryem.SOUGHI , Sara.ELLOUDI , Hanane.BAYBAY ,FZ.MERNISSI

Introduction

L'acanthome à cellules claires (ACC) est une tumeur épidermique bénigne rare, se présente généralement comme une lésion solitaire touchant les extrémités inférieures.(1)

Nous décrivons un cas d'un patient ayant de multiples acanthomes à cellules claires redresses par la dermoscopie.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 65 ans, victime d'un accident de la voie publique il y a 50 ans occasionnant chez lui des fractures multiples au niveau des membres inférieurs.

Qui consultait pour une tumeur ulcero-bourgeonnante du pied évoquant un carcinomeépidermoïde confirmé par l'histologie. A l'examen dermatologique, on retrouvait de multiples plaques érythémateuses bien limitées à bordure pigmentée siégeant au niveau du placard cicatriciel de la jambe homolatérale. (Fig1)

Plusieurs diagnostics cliniques ont été évoqués : la maladie de Bowen, un porocarcinome pigmenté, vu le contexte de néoplasie associée.

Mais la dermoscopie a redressé nos hypothèses diagnostiques, en objectivant des vaisseaux glomérulaires à disposition serpigineuses, en motif de collier de perle évoquant en premier un acanthome à cellules claires , qui a été confirmé par étude histologique.

Discussion :

L'acanthome à cellules claires est une tumeur rare, décrite pour la première fois par Degos en 1962. Il se présente sous la forme d'une lésion papulo-nodulaire ou d'une plaque érythémateuse à croissance lente, fréquemment localisée sur les jambes, est généralement asymptomatique et solitaire, rarement multiples.(1)(2)

Dans notre cas, le contexte de néoplasie et le caractère multiples des ACC, qui siégeaient sur une cicatrice ancienne, nous a poussé à évoquer une origine néoplasique dysplasique en premier, notamment la maladie de Bowen.

A la dermoscopie, l'ACC a un aspect très caractéristique et spécifique, caractérisé par des points rouges, des globules et, dans certains cas, des vaisseaux glomérulaires, linéaires ou serpigineux, réalisant un motif en collier de perles.(2)

L'histologie montre une hyperplasie épidermique caractérisée par des crêtes régulièrement allongées, des capillaires dilatés dans les papilles dermiques. (3)

Le traitement de choix des ACC est l'ablation complète, qui peut être réalisée par différentes méthodes (chirurgie ou électrocoagulation), avec un bon pronostic.

Conclusion :

L'acanthome à cellules claires à un aspect dermoscopique distinctif, qui aide à établir un diagnostic clinique sûr et à minimiser la nécessité d'une biopsie ou des excisions chirurgicales inutiles.

Papulose lymphomatoïde localisée : présentation atypique

O. Essadeq ; H.Darghal ; 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 papulose lymphomatoïde est une maladie rare. Il s'agit d'une lymphoprolifération T primitivement cutanée CD30+.

Elle est décrite comme étant une pathologie cliniquement bénigne mais histologiquement maligne.

Elle se manifeste habituellement par des lésions papulo-nodulaires diffuses spontanément régressives.

Nous rapportons un cas intéressant de papulose lymphomatoïde vu le caractère localisé des lésions.

Observation :

Patiente âgée de 77 ans, a consulté pour de multiples papulo-nodules siégeant au niveau de la face postérieur de l'avant-bras gauche. Ces lésions s'ulcèrent puis disparaissent en laissant une cicatrice pigmentée. L'évolution se fait par poussées rémissions depuis un an dans un contexte d'apyréxie et de conservation de l'état général.

L'examen clinique retrouvait une tumeur du coude gauche ulcérée en surface recouverte de squames jaunâtres mesurant 5x4cm ainsi que de multiples papulo-nodules érythémateux de consistance dure dont certains sont ulcérés en surface.

La dermoscopie montrait une zone sans structure blanchâtre centrale avec un patron vasculaire disposé de façon radiaire en périphérie.

Par ailleurs, la patiente ne présentait pas d'adénopathies ni d'organomégalies ni de lésions cutanées à distance.

Une biopsie cutanée montrait un infiltrat cellulaire de nature lymphoïde fait d'une population cellulaire de grande taille disposée au sein d'un infiltrat inflammatoire riche en PNN, en PNE et en plasmocytes.

L'étude immunohistochimique trouvait un infiltrat lymphocytaire T CD30+.

L’évolution était marquée par une régression spontanée et complète des nodules après 4mois de surveillance.

La corrélation clinico-anatomique était en faveur d’une papulose lymphomatoïde de type C.

Discussion :

La papulose lymphomatoïde est une maladie rare. Elle est classée dans le groupe des maladies lymphoprolifératives CD30+. Bien que l'évolution de la maladie soit généralement bénigne, son association dans 10 à 20 % des cas à des tumeurs malignes lymphoprolifératives secondaires tempère ce bon pronostic.

La papulose lymphomatoïde est classée en plusieurs sous-groupes selon des critères histologiques, en fonction du degré d’infiltration, de la taille des cellules et de l’immunophénotypage, y compris le degré d’expression de CD30 (type : A à Eselon les critères de l’OMS).

Cliniquement, des critères courants sont actuellement utilisés pour diagnostiquer une papulose lymphomatoïde à savoir : les lésions papulo-nodulaires multiples qui évoluent vers une régression complète, sans signe de progression pendant 3mois de surveillance sans traitement avec absence de lymphadénopathie à l’examen.

Malgré un certain degré d'uniformité en ce qui concerne la présentation clinique, il existe une importante hétérogénéité morphologique dans une biopsie donnée. En effet, en ce qui concerne l’aspect histologique de la papulose lymphomatoïde de type C, elle est caractérisée par un infiltrat cellulaire prédominant par de grandes cellules T atypiques CD30+ avec une morphologie qui ressemble au lymphome anaplasique à grandes cellules. Toutefois, le diagnostic est alors orienté par l’histoire naturelle de la lésion qui évolue vers une régression complète.

Le cas présenté ici est particulièrement intéressant en raison du caractère localisé et de sa récurrence sur la même localisation au bout d’une année d’évolution.

Dans notre cas, la présentation clinique est peu commune pour une papulose lymphomatoïde classique où les lésions sont généralement multiples et réparties sur l’ensemble du corps. Néanmoins, nous avons classé la maladie de notre patiente

comme une papulose lymphomatoïde, et non comme un lymphome anaplasique à grandes cellules, dont l'évolution vers la résolution spontanée. De plus, les caractéristiques histopathologiques des lésions étaient plus en accord avec la variante C de la papulose lymphomatoïde décrite.

Dans la littérature, l'atteinte localisée de la papulose lymphomatoïde a été peu fréquemment rapportée.

A notre connaissance, onze cas de papulose lymphomatoïde localisée affectant le tronc ou les bras sont rapportés dans la littérature.

Dans l'ensemble, notre cas ci-dessus rapporté, représente une manifestation peu fréquente d'une papulose lymphomatoïde de type C localisée qui n'est pas à méconnaitre.

Conclusion :

La papulose lymphomatoïde localisée définit une forme peu commune de lymphome T cutané qui reste important à la reconnaître car l'histologie peut être inquiétante malgré une évolution clinique indolente.

Profil épidémio-clinique de MF à Casablanca

C.Marmech(1),F.Hali(1),F.Marnissi(2),A.Quessar(3),S.Chiheb (1)

(1)Service de Dermatologie CHU IBN Rochd Casablanca

(2)Service d'anatomie pathologique CHU IBN Rochd Casablanca

(3)Service d'hématologie CHU 20 Aout Casablanca

Introduction: Le mycosis fongoïde(MF) est le lymphome le plus courant parmi les lymphomes cutanés primitifs(LCP) mais reste cependant rare.L'objectif de notre travail est d'évaluer le profil épidémio-clinique de MF à Casablanca**.**

Matériels et méthodes:Etuderétrospective,réalisée au CHU de Casablanca entre 1988 et 2022.Tous les patients MF confirmés à l'histologie sont inclus.

Résultats:178 patients sont colligés soit 70% des LCP.Il s'agit de 100 hommes et 78 femmes avec un sex-ratio de 1,28.La moyenne d'âge est de 53,7 ans.La durée moyenne d'évolution est de 72,5mois. Cents patients ont un stade précoce (5 IA;74 IB;21 IIA) et 78 ont un stade avancé(34 IIB;24 III;20 IV).La forme clinique classique est la plus fréquente (82%);des MF folliculotropes ou poïkilodermiques sont retrouvés respectivement chez 21 et 11 patients.Les traitements sont fait de dermocorticoides 59,5%, puvathérapie ou photothérapie UVB pour respectivement 56 et 15 patients, méthotrexate pour 55 patients et une polychimiothérapie pour 55 patients.L'évaluation pour les stades précoces, objective une rémission complète dans 49 cas et partielle dans 34 cas ;16 MF stationnaires et 1 décès.Parmi les MF stade avancé,une rémission complète est notée dans 19 cas, partielle dans 15 cas,30 cas de MF stationnaires et 14 décès. 64 patients (35,9%) étaient perdus de vue.

Discussion: Dans notre série le MF prédomine dans la 2e moitié de la vie concordant avec les données de la littérature.La durée moyenne d'évolution est de 6 ans.Ce retard diagnostique s'explique par le caractère indolent et trompeur des formes débutantes.Les formes précoces (IA-IB-IIA) sont prédominantes dans notre étude,expliquant le recours aux traitements topiques ou à la photothérapie en 1re intention.Le méthotrexate est prescrit généralement en 2e intention.Les stades avancés sont généralement adressés en hémato pour une prise en charge plus agressive.Notre étude est limitée par son approche rétrospective et le grand nombre de perdus de vue.

Hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie : à propos de 2 cas

H Hamraoui, H Baybay, Z Douhi, M soughi ,SElloudi, FZ Mernissi

Service de Dermatologie - CHU Hassan II de Fès

Introduction

L'hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie (HALE) est une maladie vasculaire d'étiologie inconnue, qui associe une prolifération vasculaire bénigne à un infiltrat inflammatoire éosinophile

Observation :

La première patiente a 54 ans, avait consulté pour des lésions légèrement prurigineuses sur le cuir chevelu et la zone péri auriculaire évoluant depuis 2 ans. A l'examen, nous avons

noté des nodules violacés au nombre de 20, de tailles différentes, situés au niveau auriculaire, rétro auriculaire et temporal gauche. L'examen des glandes salivaires et des ganglions cervicaux était libre et aucune autre lésion n'a été observée sur l'ensemble du corps. Nous avons réalisé une biopsie exérèse d'un nodule qui a montré la présence d'une hyperplasie vasculaire de taille variable dans le derme avec un infiltrat inflammatoire polymorphe riche en éosinophiles .Un prélèvement sanguin a montré une hyper éosinophilie. Notre patiente a été mise sous dermocorticoïde avec une bonne amélioration.

La 2éme patiente a 33 ans elle a présenté il ya 3 ans au cours de sa grossesse des lésions prurigineuses reto auriculaires , à l'examen clinique notait la présence de nodules et des plaques érythémateuses bien limités de contours réguliers confluentes par endroit en retro auriculaires droits, la biopsie était en faveur d'une hyperplasie angio lymphoïde avec éosinophilie un hémogramme était normal ,mise sous Timoptol collyre locale , dermocorticoïdes et cortico courte durée.

Discussion

La HALE est une prolifération tumorale vasculaire bénigne, décrite pour la première fois en 1969 par Wells et Whimster. Son étiologie reste inconnue à ce jour. Elle peut se présenter sous la forme d'une ou plusieurs papules, nodules ou plaques érythémateuses, violines et angiomateuses, avec une prédilection pour la région de la tête et du cou, en particulier la zone auriculaire. Généralement, ces lésions sont asymptomatiques, parfois elles peuvent être prurigineuses ou douloureuses, croûteuses et saignantes. L'examen histologique montre des lésions bien définies, principalement confinées dans le derme, mais parfois aussi dans l'hypoderme. Les lésions montrent une prolifération abondante de petits vaisseaux de taille capillaire, typiquement tapissés de cellules endothéliales épithélioïdes, avec un aspect caractéristique en pierre tombale et un infiltrat inflammatoire constitué principalement d'éosinophiles. Une éosinophilie sanguine est notée dans 10 à 20 % des cas , alors que le taux d'IgE est souvent normal. De nombreuses approches pour traiter l'ALHE ont été essayées. Bien que les taux d'échec du traitement soient élevés pour toutes les modalités, l'excision chirurgicale reste le traitement le plus efficace. Les traitements combinées permettent un meilleur contrôle comme était le cas de nos patientes

Conclusion :

Bien que la HALE soit une entité clinique bénigne, elle représente un défi de diagnostic et de traitement.

Lymphome cutané primitif anaplasique à grande cellules TCD30 : profil épidémiologique

S.Ibzer(1), M.Sidki(1), M.Aboudourib(1), A.Fakhri(2), H.Rais(2), O.Hocar(1), S. Amal(1)

(1) Service de Dermatologie-vénérologie, (2) Service d'Anatomo-pathologie Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Laboratoire de bioscience et santé FMPM Marrakech, Maroc

Introduction

Le lymphome cutané primitif anaplasique à grandes cellules T CD30+ est un lymphome cutané rare, qui fait partie du groupe des lymphoproliferations T cutanées CD30+. Peu de séries se sont intéressées à cette entité. Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des lymphomes cutanés T anaplasique.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les cas de lymphomes cutanés primitifs T à grandes cellules T CD30+ suivis dans notre service de dermatologie de Marrakech entre Janvier 2002 et Décembre 2021. Nous avons recueilli les données épidémiologiques, cliniques et évolutives.

Résultat

Nous avons colligé 8 cas, répartis en 7 hommes et 1 femme.L'âge moyen au moment du diagnostic était de 51.3 ans [35 ans –80ans]. Le délai diagnostic était

de 19 mois en moyenne (2 mois -5 ans).Six de nos malades avaient consulté pour des lésions nodulaires, 1 malade avait des lésions papulo-nodulaires et 1 malade avait consulté pour des plaques érythémato-squameuses associées à des pustules .Les lésions étaient uniques chez 3 de nos malades, et multiples chez 5 de nos malades. Les membres étaient le principal territoire atteint. La biopsie cutanée avec étude immunohistochimique a été réalisée chez tous nos malades. Un bilan d'extension radiologique a été réalisé chez tous nos malades afin d'éliminer un lymphome systémique ou ganglionnaire.

Cinq de nos malades ont étés traités par chimiothérapie à type de CHOP dans 4 cas et protocole COP dans un cas. Un malade a été traité par le méthotrexate et un autre par association méthotrexate et radiothérapie. L'exérèse chirurgicale a été réalisée chez 1 de nos malades. La rémission était complète chez 3 de nos malades et 4 malades ont été perdus de vue. Deux décès ont été notés dans notre série.

Discussion

Le lymphome anaplasique à grandes cellules est un lymphome cutané T se caractérisant par la présence de cellules tumorales anaplasiques, pléomorphes ou immunoblastiques exprimant dans plus de 75% l'antigène CD30, dont l'apparition et la localisation sont exclusivement cutanées. Les patients sont fréquemment diagnostiqués à un âge avancé. Les hommes sont plus souvent touchés que les femmes.Ceci rejoint les résultats observés dans notre série. Chez la plupart des patients, le lymphome débute par une seule lésion cutanée nodulaire, souvent ulcérée, il peut se manifester par des lésions multiples d'emblée dans 20 % des cas. Selon les séries le LCP à grande cellule CD30+ siège essentiellement au niveau de la tête, du cou et du tronc. Contrairement aux études rapportées, les membres était le site le plus fréquemment touché dans notre série. Ceci rejoint la série de safraz et al. Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec un lymphome systémique et un mycosis fongoïde transformé CD30+. Alors que le traitement des formes localisées est bien codifié reposant sur la radiothérapie ou la chirurgie, celui des formes disséminées n'est pas consensuel. Le brentuximab est

indiqué dans les stades les plus avancés de la maladie. Le méthotrexate et le bexarotène sont d'autres options thérapeutiques. Une polychimiothérapie telle que la CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone) est recommandée pour les patients présentant une maladie agressive, rapidement progressive ou une atteinte extra-cutanée .Le pronostic de ce type de lymphomes est excellent. Des études ont noté une tendance à un pronostic plus défavorable lorsque les extrémités inférieures étaient touchées.

Conclusion

Le lymphome cutané CD 30+ se caractérise par un excellent pronostic et le traitement est donc peu agressif. Cependant ses caractéristiques histologiques et moléculaires présentent de nombreuses ressemblances avec des pathologies lymphoprolifératives dont le pronostic est complètement différent. Pour cette raison, il est important d'étudier le patient d'un point de vue anamnestique et clinique pour arriver à un diagnostic correct.

Maladie de Kaposi : Profil épidémiologique à travers une série hospitalière

S.Ibzer(1),M ,Sidki(1),M.Aboudourib(1),A.Fakhri(2),H.Rais(2) O.Hocar(1), S. Amal(1)

(1)Service de Dermatologie-vénérologie,(2) Service d'Anatomo-pathologie , Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Laboratoire de bioscience et santé FMPM Marrakech, Maroc

Introduction

La maladie de Kaposi (MK) est une tumeur angioproliférative multifocale qui touche principalement la peau. On sait peu de choses sur les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des patients atteints de MK au Maroc.

Matériels et méthodes

Nous avons inclus rétrospectivement tous les patients hospitalisés pour maladie de Kaposi dans notre entre Janvier 2011 et décembre 2021. Le diagnostic a été établi par des caractéristiques cliniques compatibles et confirmé par une histologie ±immunohistochimie sur biopsie cutanée.

Résultats

Nous avons colligé 11 patients, dont 9 hommes et 2 femmes avec un sex-ratio de 4.5. L'âge moyen était de 67 ans [54-91]. Le délai de consultation était de16.5 mois en moyenne.

L'atteinte des membres inférieurs était prédominante (9 patients). La maladie de kaposi était classique chez 9 malades et elle était associée au VIH dans 2cas. L'atteinte muqueuse était présente dans 3 cas avec une localisation au niveau de la verge chez un patient. L'atteint viscérale était notée dans 2 cas à type d'atteinte pulmonaire secondaire à la maladie de kaposi. L'immunohistochimie était réalisée dans 4 cas .Elle avait objectivait HHV 8 dans 3 cas.

L'exérèse chirurgicale était indiquée chez 2 patients. La bléomycine était indiquée dans 8 cas. La radiothérapie était indiquée chez un seul malade ayant une contre-indication à la bléomycine. La récidive était observée chez 2 patients : un malade qui avait été traité par injection locale de la bléomycine et le 2 ème après exérèse chirurgicale. L'évolution était bonne chez 5 malades.

<u>Discussion</u>

La maladie de Kaposi (MK) est une pathologie tumorale multifocale à expression essentiellement cutanée. Il existe quatre formes épidémiocliniques de la MK : la forme classique ou méditerranéenne, la forme endémique, la forme épidémique ou liée au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la forme post-transplantation d'organe.

Dans la littérature la forme classique est la plus fréquente, elle touche essentiellement les hommes à leurs 6 ème et 7 èmedécennie .Ce qui est également retrouvée dans notre série.

Les lésions élémentaires sont des macules évoluant en papules puis en nodules rouges, bleutés ou parfois bruns qui siègent essentiellement au niveau des membres inférieurs]. Elles peuvent être uniques ou multiples d'emblée. L'atteinte des membres inférieurs était prédominante dans notre série rejoignant ainsi les données de la littérature.

La MK pouvant s'exprimer sous différentes formes, il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement codifié. Les différentes options thérapeutiques sont à adapter selon le terrain des patients et le type d'atteinte. Les lésions de la MK sont très radio sensibles, la radiothérapie représente souvent le meilleur traitement local avec un taux de rémission totale de 90%. L'exérèse chirurgicale peut être indiquée lorsque le nombre des lésions est limité.

Dans notre série la radiothérapie était indiquée chez un seul malade, ceci peut être expliqué par le fait que nos malades présentaient des lésions multiples au moment du diagnostic. Un traitement systémique est indiqué devant les lésions cutanées symptomatiques diffuses sur plusieurs zones du corps, ou pour les volumineuses lésions pour lesquelles la radiothérapie ne sera pas suffisante. Dans ces cas la doxorubicineliposomalepégylée est utilisée en première intention.

Conclusion :

Les caractéristiques cliniques et épidémiologiques de nos patients étaient concordantes avec les données de la littérature. La radiothérapie semble être une modalité de traitement local efficace avec des effets secondaires locaux tolérables. Un suivi étroit des patients pour détecter les récidives est nécessaire.

Le pilomatricomeanétodermique isolé de la fesse : une forme et une localisation exceptionnelle

S.Ibzer(1), I.Bahbouhi(1), M.Aboudourib(1), I.ZraraTouiti(2), O.Hocar(1), S. Amal(1)

(1) Service de Dermatologie-vénérologie, (2) Laboratoire ALFADLE d'anatomie et Cytologie Pathologiques, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Laboratoire de bioscience et santé FMPM Marrakech, Maroc

Introduction

Le pilomatricome ou épithélioma momifié de Malherbe est une tumeur cutanée bénigne, rare le plus souvent rencontrée chez l'enfant. Les localisations les plus fréquentes sont la tête et le cou.Plusieurs formes cliniques ont été décrites au pilomatricome, l'aspect anétodermique étant rapporté dans quelques cas. Nous rapportons une forme rare de pilomatricomeanétodermiqueisolé de la fesse chez une patiente de 13 ans.

Observation

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 13 ans, sans antécédents pathologiques particuliers qui consulte pour une tuméfaction de la fesse gauche évoluant depuis 1 an. L'examen clinique objective une tuméfaction nodulaire de quatre centimètres de diamètre, dure, indolore, la peau en regard est de coloration brune et d'aspect fripé. Le nodule est adhérent à la peau mais mobile par rapport au plan profond. La patiente a bénéficié d'une exérèse totale de la tumeur sous anesthésie locale. L'étude anatomopathologique a objectivée un amas cellulaire momifiés laissant entrevoir une empreinte nucléaire. Au contact de ces amas existe une fibrose modérée et des cellules inflammatoires essentiellement mononuclées et

associant quelques cellules géantes de type corps étranger. Ces foyers sont parfois le siège de calcification dystrophique. Le diagnostic d'un pilomatricome était retenu. L'évolution a été favorable, avec une absence de récidive à 12 mois.

Discussion

Le pilomatricome est une tumeur cutanée annexielle bénigne développée à partir des éléments de la matrice et de la tige pilaire. C'est une tumeur rare (0,12 % des tumeurs cutanées), plus fréquente chez l'enfant, avec une prépondérance féminine et qui siège au niveau de la partie haute du corps humain dans plus d'un cas sur deux. Plusieurs formes cliniques ont été décrites. La forme anétodermiques est une variété rare et à ce jour seul 30 cas ont été rapportés dans la littérature. Le pilomatricomeanétodermique se manifeste généralement par un nodule sous-cutané ferme avec une peau brunâtre atrophiée, fripée, chéloïde ou pseudo-bulleuse en regard. Il siège au niveau de la partie supérieure du bras, épaules et le tronc. A notre connaissance notre observation est la première à rapporter la localisation du pilomatricomeanétodermique au niveau de la fesse. Le diagnostic de certitude est histologique afin de le différencier des nombreux autres diagnostics différentiels tel que le kyste épidermique, le dermatofibrome, le naevus de Spitz, le naevus mélanocytaire dermique, le carcinome basocellulaire et le mélanome. Le traitement des pilomatricomes est chirurgical afin de réaliser une exérèse complète qui diminue le risque de récidive.

Conclusion :

Le pilomatricome est une tumeur cutanée rare, sa localisation au niveau de la fesse est exceptionnelle. Son diagnostic est souvent méconnu du fait de son grand

polymorphisme clinique. Nous rapportons pour la première fois un cas de pilomatricomeanétodermique siégeant au niveau de la fesse.

Nodules érythémateux des paupières :

lymphome B centro-folliculaire cutané.

Belcadi Jihane, MD, a Oulad Ali Sara, MD, a Kaoutar Znati, MD, b

Marieme Meziane, MD, a Nadia Ismaili, MD, a Leila Benzekri, MD, a et Karima Senouci, MD a

Rabat, Maroc

Du Département de dermatologie a et du Département d'histopathologie, Université Mohammed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc.b

Introduction

Le lymphome B centro-folliculaire cutané primitif est le plus courant des lymphomes cutanés primitifs à cellules B. Il s'agit d'un lymphome indolent, qui se développe à partir des cellules B du centre germinatif sans signe d'atteinte systémique ou ganglionnaire au moment du diagnostic.

Son incidence augmente avec l'âge avec un âge médian de 60 ans.

Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente un lymphome B centro-folliculaire cutané s'étant manifesté initialement sous forme de nodules palpébraux.

Observation

Une patiente âgée de 86 ans, connue hypertendue sous inhibiteurs de l'enzyme de conversion et porteuse d'une cardiopathie ischémique sous bétabloquants, antiagrégant plaquettaire et statine, consulte pour des nodules palpébraux indolores évoluant depuis 2 ans, augmentant progressivement de taille au point de gêner la vue de la patiente.

L'examen clinique retrouve 6 nodules érythémateux, dures, sous cutanés bilatéraux, symétriques, fixes par rapport au plan superficiel et mobiles par rapport au plan profond au niveau des quatre paupières mais également au niveau des deux joues.

Une biopsie cutanée est réalisée. L’image histologique et le profil immunohistochimique sont compatibles avec un lymphome B cutané centro-folliculaire.Un bilan d’extension est effectué, éliminant une localisation secondaire du lymphome centro-folliculaire.

Discussion

Le lymphome cutané primitif centro-folliculaire représente environ 10 à 20 % de tous les lymphomes cutanés et 50% des lymphomes B cutanés primitifs.

Cliniquement, il se présente généralement sous la forme d'une papule solitaire érythémateuse ou violacée mais également sous forme de papules multiples, de plaques ou de tumeurs localisées sur le front, le cou et le haut du dos survenant généralement chez des sujets d’âge avancé.

Sur le plan histopathologique, les lymphomes cutanés primitifs centro-folliculaires se caractérisent par un schéma de croissance folliculaire, diffuse ou mixte composé de grands centrocytes et de centroblastes dérivés des cellules B du centre germinatif.

Les lymphocytes néoplasiques du PCFCL expriment des marqueurs des cellules B (CD19, CD20, CD22, CD79a, PAX5) et au moins un marqueur du centre folliculaire, qui est généralement le BCL6 ou, moins fréquemment, le CD10.

La coloration BCL2 est généralement négative.

Le Ki-67 peut révéler un indice de prolifération plus faible que d'habitude dans les follicules réactifs.

Dans notre cas, la patiente présentait une atteinte cutanée très atypique, sous forme de nodules palpébraux bilatéraux et symétriques limitant l’ouverture palpébrale. Le diagnostic d’un lymphome B centro-follciulaire a été confirmé sur deux biopsies cutanées avec un bilan d’extension éliminant un atteinte systémique ou ganglionnaire.

Conclusion

L'atteinte cutanée des lymphomes B peut être atypique. Le diagnostic est souvent tardif. Il ne faut donc pas hésiter à faire une biopsie devant des lésions chroniques évolutives. Une fois le diagnostic posé, il est important de distinguer un lymphome B cutané centro-folliculaire d'une localisation cutanée secondaire d'un lymphome B folliculaire systémique, par un staging comprenant un scanner, un PET-SCAN et une biopsie de la moelle osseuse.

Lymphomes cutanés primitifs: profil épidémiologique, anatomoclinique et thérapeutique, une série de 92 cas

Imane Bahbouhi , Mounia Sidki, Sarah Ibzer, MaryemAboudourib, OuafaHocar, Said Amal

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Mohammed VI de Marrakech, Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction

Les lymphomes cutanés primitifs constituent le deuxième groupe le plus fréquent de lymphomes extra ganglionnaires. Le but denotre travail était d'étudier leurs caractéristiques épidémiologiques, anatomocliniques, thérapeutiques et évolutives à travers une série hospitalière.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective descriptive sur une période de 20 ans (Janvier2002-Décembre 2021) incluant les malades suivis pour lymphomes cutanés primitifs.

Résultats

Nous avons colligé 92 cas. L'âge moyen au diagnostic était de 56,7 ans, le sex-ratio H/F était de 1,88 et le délai de diagnostic moyen, de 20mois. Les lymphomes cutanés T étaient les plus fréquents (82,6%), notamment le mycosis fongoïde (57%).Une augmentation du nombre de cas durant la 2ème décennie de l'étude a été constatée. 27% des patients étaient agriculteurs. 7,6% des patients étaient suivis pour des hémopathies. Le prurit était présent dans 56% des cas. Cliniquement une érythrodermie était présente dans 34,78% des cas, des nodules dans 41%, une alopécie dans 16% et une onychodystrophie dans 28%. L'étude histologique avec immunohistochimie avait noté la prédominance du profil: CD4+, CD3+, CD8+. Les principales anomalies hématologiques retrouvées étaient l'éosinophilie et la lymphocytose. Le taux de LDH était élevé chez 52% des patients.Le scanner thoraco-abdomino-pelvien avait noté dans 43% des cas de multiples adénopathies avec une hépatosplénomégalie. L'atteinte ganglionnaire concernait 5,4% des cas et l'extension médullaire, 4,3% des cas. Le stade IVA au cours des lymphomes T épidermotropes était prédominant (26%). Les dermocorticoïdes étaient utilisés dans 40% et la photothérapie dans 19%. Les principaux traitements systémiques étaient le méthotrexate (52%), la polychimiothérapie (41,30%) et la photochimiothérapie extracorporelle (17,39%). La durée moyenne de suivi était de 24,15 mois. Les patients décédés représentaient 23,9% et les perdus de vue 33,69%. La transformation en lymphome anaplasique à grandes cellules était survenue dans 7,6% des cas de mycosis fongoïde. La rémission complète était notée dans 25% des cas et la rechute dans 5,43%.

Discussion

Les lymphomes cutanés incluent les lymphoprolifération sépidermotropes (mycosis fongoïde et syndrome de Sézary) et non épidermotropes d'origine lymphocytaire T ou B. Notre travail rapporte des données épidémio-cliniques etparacliniques concordantes avec la littérature, notamment l'augmentation croissante de leur incidence. Les lymphomes T et particulièrement le mycosis fongoïde étaient les plus fréquents. Les stades évolutifs prédominants étaient des stades précoces, contrairement à nos résultats, ce qui peut expliquer le taux important de mortalité retrouvé dans notre contexte. Les autres données telles que la prédominance

masculine, l'âge moyen au diagnostic, la rareté de l'envahissement ganglionnaire et médullaire, corrélaient également avec celles de la littérature. Le nombre non négligeable de patients perdus de vue incite à établir un circuit adapté pour la prise en charge de cette pathologie lourde et multidisciplinaire.

Profil épidemio-clinique et dermoscopique des nævus de l'adulte

S.Chhiti, M.soughi, FZ Hashas,Z. douhi, S.Elloudi, H. Baybayi, Fatima Zahra Mernissi Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction :

Les nævus sont des tumeurs mélanocytaires cutanées bénignes. Elles sont classées sur un ensemble de critères cliniques et histopathologiques dont la dermoscopie constitue un pont entre eux, permettant de prédire leur diagnostic positif et histopathologique.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique sur une période de 1an, incluant les adultes âgés plus de 18 ans dont l'objectif est de déterminer le profil épidemio-clinique et dermoscopique des nævus chez l'adulte dans notre contexte.

Résultats :

On a colligé 951 nævus chez 261 patients. L'âge était reparti entre 18- 29 ans (36%), 30-49 ans (46,8%) et >50 ans (17,2%). L'exposition solaire chez 66,6% des cas. Le phototype 4 était le phototype prédominant (47,4%) suivi de phototype 3 (41%). L'extrémité cervico-céphalique était le siège prédominant des lésions (47,5%), le tronc (23%), les membres (22%), la région palmoplantaire (4,1%), le cuir chevelu (2%) et les muqueuses (1,3%).

Cliniquement, 53,1% étaient des papules, 40,7% des macules, 5,2% des nodules et 1% des plaques. En dermoscopie, le patron globulaire était le plus fréquent (29%), réticulaire(27%), homogène(19,9%), composé (15,2%), pavimenteux (4,4%) et œuf au plat (0,4%). Pour le nævus palmoplantaire, le patron parallèle aux sillons était le plus fréquent (69,2%), patron quadrillé en lattice (15%), fibrillaire (12%).

Nous avons classés les nævus commun acquis en: Nævus dermique (47%), nævus jonctionnel (30%) et nævus composé (13%) alors que les nævus spécifiques en : nævus congénital (4,2%), nævus bleu (1,6%) puis nævus d'Ota (1,6%). Pour la tranches d'âge entre 18-29 ans, le patron le plus fréquent était le réticulaire alors que pour les tranches entre (30-49 ans) et >50 ans était le globulaire avec une relation statistiquement significative (p= 0.0001) ainsi que la corrélation entre la topographie et le patron dermoscopique était significative (p= 0.0001) pour le patron globulaire avec l'extrémité cervico-céphalique et le réticulaire avec le tronc et les membres. Une corrélation significative des patrons globulaire, pavimenteux et homogène avec le nævus dermique, tandis que le patron réticulaire avec le nævus jonctionnel (p= 0.0001).

Discussion :

La dermoscopie est une technique non invasive qui permet de visualiser les structures profondes de la peau ainsi que la surveillance des nævus au fil du temps sans recours à la biopsie. Dans la littérature, le patron réticulaire était prédominant chez la population adulte contrairement à notre étude où le patron globulaire était le plus fréquent. Des études ont rapportés l'augmentation en nombre de nævus commun acquis avec l'âge et une prédominance des nævus globulaires au niveau de l'extrémité cervico- céphalique alors que les nævus réticulaires au niveau des membres ce qui concorde avec notre étude.

La dermoscopie permet de prédire le type histologique à travers la corrélation établie entre le nævus jonctionnel et le patron réticulaire ainsi que le nævus dermique et les patrons globulaire, homogène et pavimenteux.

Maladie de Kaposi de localisation Inhabituelle

I.BOUBNANE , Z.MEHSAS, K.SENOUCI

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

Introduction

Le sarcome de Kaposi (KS) est un processus prolifératif mésenchymateux concernant les cellules des systèmes sanguin et lymphatique, qui est induit par des facteurs de croissance viraux, notamment l'interleukine 6 de l'herpès virus humain type 8 (HHV8). Cette maladie se manifeste généralement dans les extrémités, et rarement dans les muqueuses ou au niveau de la tête et du cou.

Nous rapportons une présentation exceptionnelle de maladie de Kaposi touchant uniquement le pavillon de l'oreille, la muqueuse orale et oculaire d'un patient immunocompétent.

Observation

Il s'agissait d'un patient de 77 ans, suivi pour obstruction du canal biliaire programmé pour chirurgie, s'est présenté en consultation dermatologique pour l'évaluation de multiple lésions nodulaires violacés indolores du pavillon de l'oreille gauche évoluant depuis 6 mois. L'examen clinique notait la présence de deux macules érythémateuses intéressant le palais dur et la muqueuse conjonctivale de l'œil gauche. Le reste du tégument et les aires ganglionnaires étaient sans anomalie.

Le malade avait bénéficié d'une biopsie cutanée dont l'examen histopathologique était en faveur d'un sarcome de kaposi et d'une sérologie VIH qui était négative.

Discussion

Le sarcome de Kaposi (KS) est une maladie angioproliférative rare, décrite en 1872 par Moritz Kaposi. Son étiologie est toujours inconnue, néanmoins, il a été rapporté que plusieurs facteurs épidémiologiques, environnementaux et viraux (HHV-8) peuvent jouer un rôle dans sa pathogenèse.

Quatre formes cliniques ont été identifiées : classique (sporadique), africain (endémique), iatrogène (associé à l'immunosuppression, principalement la transplantation rénale) et associé au SIDA (épidémique). Une nouvelle variante liée à l'homosexualité a été récemment décrite chez les hommes homosexuels (KS non associé au VIH).

Il n'est pas rare qu'au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, des nodules apparaissent sur la tête, le cou et les muqueuses ou au niveau viscéral. En revanche le KS se présente rarement au départ sur ces sites ; ce qui explique le retard diagnostique. L'atteinte de la muqueuse buccale et conjonctivales dans le KS peut être observée dans toutes les variantes cliniques, mais elle est particulièrement importante dans le KS épidémique. Le KS orale a été décrite pour la première fois par Feit en 1928. Depuis, seuls quelques cas ont été rapportés dans la littérature médicale (4,9 % - 5,1 % des cas de KS endémique). Elle touche le plus souvent le palais dur et mou, la gencive et la langue dorsale sous forme de plaques ou des

tumeurs érythémateuses ou violacées. Les localisations conjonctivales sont rares. Elles intéressent surtout le fornix conjonctival inferieur rarement la conjonctive bulbaire. Sur le plan clinique, 3 types ont été décrits : les types 1 et 2 qui correspondent à des lésions planes d'une épaisseur inferieur de 3 mm et le stade 3 qui concerne les tumeurs nodulaires de plus de 3 mm.

La prise en charge dépend de plusieurs facteurs, dont le type clinicopathologique du KS et les résultats de la stadification.

Conclusion

Notre observation illustre une présentation exceptionnelle de maladie de kaposi au niveau de l'extrémité céphalique chez un patient immunocompétent soulignant l'intérêt d'évoquer le KS devant toutes tumeurs d'aspect vasculaire impliquant ces sites.

Carcinomes épidermoïdes des lèvres sur lupus érythémateux chronique

R.KAOUA, O.KHADIRI, M.ABOUDOURIB, S.AMAL, O.HOCAR

Service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire Bioscience et santé, FMPM université CaddiAyyad, Marrakech

Introduction

Les Carcinome des lèvres buccales représentent 90 % des cancers des lèvres, près de 10 % des cancers cutanés. Essentiellement liés à des facteurs de risque tel l'exposition solaire ou le tabagisme. Ils sont souvent précédés d'un état précancéreux représenté fréquemment, soit par une chéilite actinique ou tabagique. Mais beaucoup plus rarement, le CSC peut survenir sur une chéilite glandulaire chronique, des lésions de lichen plan ou encore de lupus chronique.

Nous vous rapportons le cas d'une survenue de carcinome épidermoïdes sur un lupus chronique évoluant depuis 20ans.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 62ans, de phototype clair, tabagique sevré, ayant des antécédents de carcinomes épidermoïdes de la lèvre supérieure il y a 5 ans opéré ,puis de la lèvre inférieur opéré il y a 4 mois ;

Et qui présente depuis 20 ans des lésions érythémato-squameuses au niveau des zones photoexposées ainsi qu'une histoire de photosensibilité négligées par le malade.

L'examen clinique a objectivé des placards érythémateux-squameux parcourues de fines télangiectasies, au niveau des faces d'extension des deux mains a centre hypo pigmenté et atrophique, et a bordures nettes et légèrement hyper pigmentés.

Au niveau du visage, présence de deux cicatrices opératoire ainsi qu'une plaque au niveau de l'arrête nasale érythémateuse atrophique avec hypo pigmentation centrale et hyperpigmentation périphérique avec quelques squames.

A l'examen dermoscopique des lésions on note : fond érythémateux avec des télangiectasies, rosettes, quelques vaisseaux en points, pigmentation brunâtre périphérique et Squames blanchâtres, dyschromie.

Le reste de l'examen dermatologique et clinique était sans particularités

L'examen histologique a montré : un épiderme atrophique par endroits normoacanthosique ailleurs. Il est surmonté d'une hyperkératose orthokératosique réalisant focalement des bouchons cornés. La couche basale est parfois vacuolisée avec la présence de quelques corps apoptotiques. Le derme est fibreux, siège d'un infiltrat inflammatoire modéré et diffus fait essentiellement de lymphocytes et de plasmocytes. Cet filtrat est de localisation essentiellement periannexielle et péri vasculaire ; Aspect morphologique compatible avec un lupus chronique.

Le bilan immunologique était négatif.

Devant la clinique et les examens complémentaires nous avons conclus a des carcinomes épidermoïdes survenant sur des lésions de lupus chronique.

Discussion

Les carcinomes épidermoïdes représentent 90 % des cancers des lèvres, près de 10 % des cancers cutanés et 1.7 % des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Ils siègent dans 88 à 98% des cas sur le vermillon de la lèvre inférieure et atteignent préférentiellement l'homme >60 ans, le sex-ratio étant de six à neuf.

Le carcinome épidermoïde des lévres survient souvent sur des lésions précancéreuses cutanées, sa survenue sur des lésions de lupus érythémateux chronique (LEC) est rare mais décrite sur des lésions de chéilite chronique dues au LEC ;

Les lésions cutanées du LEC représentent donc 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 et le niveau de littératie en santé est bas.

Tumeur stromale gastro-intestinale synchrone et phéochromocytome chez un patient atteint de neurofibromatose de type 1 : à propos d'un cas

O.Khadiri[1], M.Bennani, R.Kaoua[1], A.Kazza[2],M.Aboudourib[1], S.Amal[1], O.Hocar[1], A.Louzi[2], H.Rais[3]

[1] Service de dermatalogie et vénérologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

[2] Service de chirurgie viscérale, CHU Mohammed VI, Marrakech

[3] Service d'Anatomo-Pathologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction :

La neurofibromatose de type 1 (NF1, ou maladie de von Recklinghausen) est un syndrome neurocutané héréditaire de prédisposition au cancer caractérisé par des manifestations neurologiques, dermatologiques et orthopédiques. Il se développe à

partir de la perte de fonction du produit du gène NF1, la neurofibromine, une protéine suppressive de tumeur.
La cooccurrence de phéochromocytome et de tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) chez les patients NF1 est rare, avec seulement environ 16 cas documentés signalés à ce jour.
Nous rapportons ici le cas d'une patiente NF1 présentant une apparition simultanée de GIST et de phéochromocytome.

Observation :

Une femme marocaine de soixante-cinq ans avec un diagnostic clinique de neurofibromatose de type 1 s'est présentée à l'hôpital avec des douleurs abdominales chroniques.
À l'exception des multiples taches café au lait et des neurofibromes cutanés, les résultats de l'examen physique étaient sans particularité.
Sa tension artérielle était de 130/86 mm Hg et son pouls était de 74 battements/min. Elle n'avait pas non plus les symptômes typiques d'un excès de catécholamines.
Un scanner abdominal a été réalisé et a révélé deux masses abdominales. La première est sous pancréatique (44x58 mm), en contact avec le diaphragme, l'aorte abdominale, le pédicule rénal gauche et le pédicule splénique. La seconde est située dans le flanc gauche (20x27mm) et est en contact intime avec l'intestin grêle.
La patient a été opérée. L'exploration chirurgicale retrouvait une masse rétropéritonéale de 6x5 cm, hypervascularisée à contenu hémorragique, adhérente à la rate et au pancréas sans les envahir. La deuxième masse mesure 3x3 cm, avec un développement extra et intra luminal dans la première anse jéjunale. Les deux masses ont été réséquées.
Les examens histopathologiques ont démontré que les deux tumeurs avaient des origines différentes. La tumeur rétropéritonéale montré caractéristiques histologiques de phéochromocytome avec un marquage positif à la chromogranine, S100 et à la synaptophysine.
L'examen microscopique et immunohistochimique de la tumeur jéjunale a confirmé un GIST à faible risqué.

Aucun traitement adjuvant n'était indiqué pour cette patiente. Un scanner a été réalisé tous les trois mois, ne montrant aucun signe de récidive jusqu'à présent.

Discussion:

La NF1 est principalement caractérisée comme un trouble neurocutané, avec à la fois des tâches café au lait et neurofibromes cutanés survenant à des fréquences supérieures à 99 %.
C'est l'une des conditions autosomiques dominantes les plus courantes dans lesquelles les individus affectés ont un risque accru de malignité. L'incidence des tumeurs malignes varie entre 4 % et 52 % chez les patients NF1. Les tumeurs malignes de la gaine des nerfs périphériques sont les tumeurs malignes les plus fréquemment observées chez les patients NF1. Les autres tumeurs malignes fortement associées aux patients atteints de NF1 comprennent le rhabdomyosarcome, les tumeurs stromales gastro-intestinales, les tumeurs neuroectodermiques, les phéochromocytomes et le carcinome du sein.
L'incidence du phéochromocytome chez les patients normotendus atteints de NF1 est de 1 % à 5,7 %. Presque 80% des patients atteints de NF1 avec phéochromocytome présentent des symptômes évocateurs. Dans le cas présent, le patient ne présentait aucun symptôme clinique évident de phéochromocytome, y compris d'hypertension.

Les patients atteints de NF1 courent un risque 45 fois plus élevé de développer des GIST. L'incidence des GIST chez les patients NF1 est de 3,9 % à 25 % contre 10 à 13 pour 100 000 dans la population générale..
L'association de ces deux tumeurs sans fond de NF1 avait été décrite comme la dyade Carney-Stratakis. Cependant, dans cette dyade, la plupart des patients avaient un paragangliome plutôt qu'un phéochromocytome, ce qui n'était pas le cas dans notre cas.A noter que le phéochromocytome un paragangliome développé aux dépens de la médullosurrénale.
Des théories possibles concernant cette association rare ont été proposées dans plusieurs études. Par exemple, Kimura et al ont suggéré que la perte de neurofibromine due à la mutation NF1 peut entraîner une prolifération anormale des cellules de Schwann entraînant une prolifération marquée des cellules chromaffines qui, à leur tour, provoquent un phéochromocytome.

Georges et al ont déclaré que l'activation de la voie du proto-oncogène RAS chez les patients NF1 provoque la prolifération des cellules Cajal, entraînant le développement de GIST. Cette relation causale a été confirmée par l'identification de mutations somatiques de NF1 dans les cellules interstitielles de Cajal dans le tractus gastro-intestinal.

Conclusion:

Cette observation rappelle que les cas de NF1 présentant un phéochromocytome et GIST sont rares. Cette association doit être envisagée chez tous les patients atteints de NFI présentant une masse abdominale avec ou sans symptômes évocateurs de phéochromocytome. Par conséquent, un phéochromocytome doit être exclu avant qu'un patient atteint de neurofibromatose I ne subisse une intervention chirurgicale pour une tumeur stromale gastro-intestinale, car un phéochromocytome non diagnostiqué comporte un risque élevé de complications cardiovasculaires potentiellement mortelles pendant la chirurgie.

Adénocarcinome colique révélé par des métastases cutanées : cas clinique et revue de la littérature

O.Khadiri, I.Bahbouhi, O.Hocar, S.Amal
Service de dermatalogie et vénérologie, CHU Mohammed VI
Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction

La survenue de métastases cutanées est rare et tardive dans l'histoire naturelle des cancers solides. Nous rapportons une rare observation de métastases nodulaires révélatrices d'un carcinome mucineux du colon.

Observation

Un homme de 49 ans, tabagique chronique depuis l'âge de 17 ans, sans autres antécédents personnels ou familiaux, était hospitalisé pour des nodules sous-cutanés augmentant progressivement de taille depuis deux mois et demi associés à

des fessalgies intenses droites sans autres signes notamment respiratoires ou digestifs. L'état général était conservé. De multiples nodules sous-cutanés, mesurant de 1 à 10 cm de diamètre, fermes, asymptomatiques, mobiles sur le plan profond, étaient présents sur l'abdomen, la face antérieure du thorax, le dos et les membres supérieur et inférieur gauches. L'hémogramme, l'ionogramme sanguin et la créatininémie étaient normaux. L'ACE était 153 N, le CA125 à 42 N et le CA125 à 17 N. L'AFP et la PSA étaient normales. Le scanner thoracoabdominopelvien montrait un processus lésionnel proximal hilaire gauche d'allure suspecte associé à des nodules et micronodules pulmonaires bilatéraux avec adénopathies paratrachéales et une hypertrophie nodulaire surrénalienne bilatérale ainsi que des multiples nodules péritonéaux et rétropéritonéaux et sous cutanés d'origine probablement secondaires. La biopsie d'un nodule sous-cutané était réalisée. L'examen anatomopathologique et l'étude immunohistochimique étaient en faveur d'une localisation métastatique sous cutanée d'un adénocarcinome mucineux peu différencié avec composante en bague à chaton. Les deux hypothèses de primitif étaient pulmonaire ou colique. Le PET SCAN mettait en évidence un processus carcinomateux primitif colique à hauteur d'un envahissement hypermétabolique pathologique assez important de la paroi colique étendu du colon ascendant au colon transverse sur une longueur de 217 mm associé à des localisations secondaires au niveau : surrénalien de façon bilatérale, ganglionnaire médiastinal et sus claviculaire gauche, osseux au niveau C1, D10,D1 et L5, des ailes iliaques, et l'ischion gauche, du revêtement sous cutané et musculaire à hauteur de multiples nodules hypermétaboliques pathologiques répartis sur tous les segments explorés. Le patient a décédé 2 mois après le diagnostic dans un tableau de diffusion métastatique généralisée.

Discussion

Les métastases cutanées de tumeurs solides sont un événement rare et représentent généralement une survenue tardive dans l'histoire naturelle d'une tumeur maligne viscérale avancée. Rarement, des métastases cutanées ont été décrites chez des patients atteints de cancer colorectal. Le site cutané le plus fréquent des métastases colorectales est la cicatrice chirurgicale après l'ablation de la tumeur maligne primitive, suivie des extrémités, du périnée, de la tête, du cou et du pénis. Les métastases au niveau de la cuisse et de l'arrière du tronc sont

anecdotiques. Le diagnostic dermatologique des métastases cutanées peut être assez complexe, en particulier dans des sites inhabituels, tels que la peau du visage ou du thorax et dans les cas de lésions cutanées uniques, car les métastases du cancer colorectal ne sont généralement pas la première hypothèse clinique, conduisant à un diagnostic erroné.

Conclusion

Bien qu'exceptionnelle, la révélation d'un carcinome du colon par des métastases cutanées est possible.

Métastases cutanées de néoplasies solides : une série de 16 cas

Imane Bahbouhi, Khadija Oujennane, MaryemAboudourib, Said Amal, OuafaHocar

Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé

FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction

Les métastases cutanées sont relativement rares, estimées entre 0,7 et 9 % de toutes les métastases, et se voient surtout dans les cancers du sein chez la femme et les cancers broncho-pulmonaires chel'homme. Elles peuvent se manifester sous divers aspects cliniques. Peu d'études se sont penchées sur leur profil clinique et épidémiologique.

Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique colligeant tous les cas de métastases

cutanées de néoplasies solides vus dans notre service de dermatologie sur une période de 3 ans, entre 2019 et 2022. Les métastases de mélanome et des hémopathies malignes ont été exclues.

Résultats

16 cas de métastases cutanées de néoplasies solides ont été inclus, 8 femmes et 8 HommesnL'âge moyen était de 58ans, avec des extrêmes allant de 39 à 79 ans. Un antécédent de tabagisme était retrouvé chez 62% des hommes inclus. Les métastases cutanées étaient révélatrices de la tumeur primitive dans 37% des cas. L'aspect nodulaire était prédominant (43% des cas), suivi de

l'aspect en cuirasse (37%), des plaques érythémateuses infiltrées (18% des cas), des lésions papulonodulaires ulcérées (12%), et enfin des métastases zostériformes étaient retrouvées dans 6% des cas. La paroi thoracique était la plus touchée par les métastases cutanées (62,5%), suivie des membres (25%), de la région pelvienne (12,5%), puis la région cervicale (6%), la région dorsale (6%)

et le visage (6%). La tumeur primitive était mammaire dans 50% des cas, pulmonaire dans 18% des cas, colique (6%), pancréatique (6%), ou vulvaire (6%). Elle restait indéterminée malgré les investigations chez deux patients.

Discussion

Les métastases cutanées de néoplasies solides sont considérées comme rares, et surviennent généralement dans un stade tardif de la maladie. Toutefois, elles peuvent représenter la première manifestation d'une néoplasie viscérale cliniquement silencieuse. Dans notre série, elles étaient inaugurales dans 37% des cas. Les nodules cutanés métastatiques représentent l'aspect clinique le plus fréquent, ce qui rejoint notre étude. Mais les métastases cutanées peuvent également manifester sous forme de lésions scléreuses (carcinome en cuirasse), de plaques inflammatoires,d'ulcérations, de lésions zostériformes ou encore de plaques alopéciques.

La topographie des métastases cutanées est généralement liée à l'emplacement de la tumeur maligne primitive et au mécanisme de la propagation des cellules tumorales, qu'il soit lymphatique ou hématogène. La fréquence relative des

métastases cutanées est corrélée avec le type de cancer primitif prédominant selon le sexe du patient. Ainsi, les métastases cutanées se voient surtout dans

les cancers du sein chez la femme et les cancers broncho-pulmonaires chez l'homme, comme peut en témoigner notre étude. Les métastases cutanées sont liées à un pronostic péjoratif. Une bonne corrélation clinique,

histologique et immunohistochimique est nécessaire afin de les diagnostiquer, et permettre une prise en charge précoce des tumeurs primitives, particulièrement lorsque celles-ci viennent d'être identifiées.

Métastases cutanées d'un carcinome vulvaire sur champ d'irradiation

Imane Bahbouhi1 , Houda Tadili 1 , ImadeddineSelmaji 2 , MounaDarfaoui 2 , Abdelhamid Elomrani 2 ,

MounaKhouchani2 ,IbtissamZraraTouiti 3 , Said Amal 1 , Mariem Aboudourib 1 , Ouafa Hocar1

1 Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech,Maroc

2 Service de radiothérapie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech,Maroc

3 Laboratoire d'anatomopathologie Al Fadle, Rue loubnane, Marrakech, Maroc.

Introduction

Les métastases cutanées d'un cancer de la vulve sont exceptionnelles, seulement 18 cas ont été publiés dans la littérature à ce jour. Le cas clinique exposé, illustre une situation encore plus rare, celle de la survenue rapide de métastases cutanées d'un carcinome vulvaire profuses, survenant exactement au niveau de la zone irradiée. Cela nous amène à poser la question suivante : les radiations ionisantes potentialiseraient-elles la survenue de métastases cutanées ?

Observation :

Une patiente âgée de 76ans, était suivie pour un carcinome épidermoïde vulvaire, traité, dans un premier temps par une vulvectomie avec curage ganglionnaire, suivie d'une radiothérapie de 46 grays ciblant le pelvis au niveau du lit de la vulvectomie et des aires ganglionnaires inguinales, associée à une chimiothérapie concomitante. La patiente a présenté une radiodermite stade 1 dans les suites de la radiothérapie. 4mois après la fin de la radiothérapie, la patiente a présenté de multiples lésions papulo-nodulaires, ulcérées par endroits, ou formant des plaques infiltrées, violacées, prurigineuses, étendues au niveau pelvien et au-delà des plis inguinaux, rapidement extensives, évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen anatomo-pathologique de deux lésions différentes, mettait en évidence un carcinome épidermoïde moyennement différencié et infiltrant le tissu sous cutané, morphologiquement compatible avec une métastase du primitif vulvaire. La patiente décédait quelques jours après le diagnostic.

Discussion

Les lésions radio-induites sont la résultante de phénomènes multiples et complexes, avec de nombreux acteurs cellulaires et tissulaires intriqués. Il peut s'agir de mécanismes directs (mort mitotique et apoptose), mais également de mécanismes indirects : inflammatoires et immunologiques, cascade de coagulation, expression de cytokines pro-inflammatoires et profibrotiques, remaniements vasculaires et hypoxie. Il existe également une immunodepression locale due à la baisse importante du taux de lymphocytes engendrée par la radiothérapie, l'atteinte de la fonction barrière de la peau, ainsi qu'à la saturation du système antioxydant devant la production massive de radicaux libres, qui induit des altérations de l'ADN.

Les carcinomes épidermoïdes sont les cancers radio-induits les plus fréquents, mais ils surviennent après de nombreuses années et se développent généralement par transformation d'une kératose sur radiodermite. Or, chez notre patiente les lésions cutanées sont survenues seulement dans les quatre mois suivant la radiothérapie, ce qui peut être expliqué par la propagation lymphatique des cellules tumorales, facilitée par la rupture immunitaire locale induite sur le territoire d'irradiation.

A notre connaissance, il s'agit du deuxième cas de métastases cutanées survenant sur la totalité du territoire de radiothérapie, ce qui soulève la question d'un lien potentiel entre la radiothérapie et les métastases cutanées.

Hidradénome à cellules claires de la cuisse : à propos d'un cas.

Dr Kerroum S., Dr Hmidi C., Dr Zeggwagh Z., Pr Meziane M., Pr Ismaili N. Pr Benzekri L., Pr Senouci K.

Service de Dermatologie et Vénérologie, Hôpital Ibn Sina –Université Mohammed V, Rabat,

Maroc.

Introduction

L'hidradénome à cellules claires est une variante peu commune des tumeurs bénignes. Asymptomatique, il apparait le plus souvent sur le cuir chevelu, le visage, l'abdomen et les extrémités. La croissance est lente et la transformation maligne est rare. Nous présentons le cas d'une patiente ayant un hidradénome à cellules claires de la cuisse.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 60 ans, ayant comme antécédents : un diabète type 2 sous anti-diabétiques oraux, une thyroïdite auto-immune et une cardiopathie sous traitements. Elle présente depuis environ six ans, un nodule arrondi brunâtre non prurigineux au niveau de la cuisse droite.

Ce nodule est indolore avec fistulisation en regard donnant issue à un liquide clair. L'examen dermoscopique a objectivé une pigmentation rouge brunâtre. Une exérèse a été effectuée et l'étude anatomopathologique a montré une tumeur annexielle à type d'hidradénome à cellule claires avec des limites d'exérèse saines. Aucune atypie ni activité mitotique particulière n'a été notée. Nous avons opté chez cette patiente pour une surveillance clinique semestrielle.

Discussion

Les hidradénomes à cellules claires sont des tumeurs bénignes peu communes, asymptomatiques, nodulaires, intradermiques et représentant 95 % de tous les hidradénomes. Ils proviennent des glandes eccrines et apocrines. Les hydradénomes à cellules claires sont plus fréquents chez les femmes, habituellement entre la 4e et la 8e décennie de vie, mais ont été décrits à tout âge. Ce sont des nodules dermiques solitaires, mesurant de 0,5 à 3 cm. Les sites de prédilection sont : le cuir chevelu, le visage l'abdomen et les extrémités. Notre malade présentait un hidradénome à cellules claires au niveau de la cuisse. La peau qui recouvre ces lésions est généralement normale, mais une pigmentation rouge à bleue et parfois des ulcérations peuvent être observées. Cette pigmentation rouge bleue a été observée chez notre malade.

L'examen histopathologique met en évidence des caractéristiques histologiques de l'hidradénome à cellules claires, telles que la prolifération de cellules épithéliales uniformes, un cytoplasme clair ou légèrement éosinophile et des structures canalaires tapissées de cellules cuboïdes. Immunohistochimiquement, ces cellules épithéliales proliférantes sont

négatives pour les marqueurs myoépithéliaux, tels que l'actine musculaire lisse alpha, CD10 et l'actine anti-musculaire, mais positives pour p63.

Le traitement des hidradénomes est une exérèse chirurgicale complète avec marges saines, en raison du taux important de récurrence et de la possibilité de transformation maligne.

Conclusion

Les hidradénomes à cellules claires sont des tumeurs annexielles généralement bénignes avec un faible risque de malignité. Cependant, la lésion peut récidiver après une excision chirurgicale d'où la nécessité d'une surveillance régulière.

Granulome pyogénique : Une pincée de sel suffit !

Dr. Zeggwagh Zineb

Introduction :

Le granulome pyogénique (GP), également connu sous le nom de botryomycome, est une prolifération vasculaire courante qui survient généralement sur la peau et les muqueuses et qui est particulièrement fréquente chez les enfants et les jeunes adultes. Malgré sa bénignité, il cause de l'inconfort et des saignements.

Plusieurs traitements sont disponibles, tels que les traitements topiques (timolol 0,5% et imiquimod 5%), l'injection intralésionnelle d'agents sclérosants, le laser, la cryochirurgie ou des approches plus invasives (excision chirurgicale).

L'application topique de sel a récemment été décrite comme un traitement du GP. Nous rapportons le cas d'une patiente améliorée sous application de sel pendant 1 sem.

Observation :

Mme KO âgée de 58 ans, sans antécédents particuliers a rapporté l'apparition d'un nodule

érythémateux au niveau de la face postérieure du 3ème orteil du pied droit augmentant

progressivement de taille depuis 1 mois, secondaire à un traumatisme.

L'examen clinique a retrouvé un nodule sessile, ferme, bien limité, érythémateux, mesurant 1cm et demi de grand axe de la face postérieure du 3ème orteil du pied droit

Le diagnostic de GP est retenu devant l'aspect de la lésion et la notion de traumatisme.

Le traitement consistait en l'application de chlorure de sodium (sel de table) en occlusion au niveau du nodule tout en protégeant la peu péri-lésionnelle par de la vaseline blanche. Elle devait réaliser cet ace quotidiennement pendant 2 semaines.

Après seulement une semaine de traitement la lésion a complétement disparu. Aucune récidive n'a été observée avec un recul de 2 mois.

Le sel pourrait être une alternative thérapeutique simple, rapide, non invasive et peu coûteuse pour le traitement du GP.

Discussion :

L'utilisation thérapeutique du chlorure de sodium est bien décrite pour le granulome ombilical depuis 1972. Cependant, son utilisation dans le GP est encore innovante, car il n'existe que peu de cas dans la littérature.

Le sel est accessible et peu coûteux, avec peu d'effets secondaires associés, ce qui en fait une très bonne alternative thérapeutique.

En créant un cadre hyperosmolaire autour du granulome, il stimule un effet déshydratant et rétrécit le tissu vasculaire.

Le traitement par le sel devrait être proposé pour les lésions de grande taille, les zones difficilement accessibles à la chirurgie, les enfants et afin d'éviter les cicatrices.

Les récidives sont exceptionnelles ce qui en fait un très bon choix thérapeutique.

Conclusion :

Cette approche thérapeutique simple peut mériter une plus grande attention, compte tenu de son caractère peu invasif et de ses résultats satisfaisants.

C'est un bon choix pour traiter le GP chez les enfants, les patients âgés qui ne peuvent pas subir même une intervention mineure ou sur des sites où une cicatrice peut être préoccupante comme le visage.

Hidradénome nodulaire de la vulve : une entité rare de localisation inhabituelle

Dr Zeggwagh Zineb

Introduction :

L'hidradénome nodulaire (HN) est une tumeur annexielle bénigne rare, d'origine apocrine le plu souvent ou eccrine. Il touche tous les âges, essentiellement les femmes entre 40-80 ans. Les cas de récidive, de transformation maligne et de métastases ont tous été décrits. Il se situe généralement au niveau de la tête, le cou, la partie antérieure du tronc et les extrémités. La localisation vulvaire n'a

jamais été décrite. Nous rapportons un cas d'une patiente qui présente 3 hidradénomes nodulaires au niveau vulvaire.

Observation :

Mme S.E âgée de 44 ans ayant comme antécédent un diabète sous insuline et une dermatomyosite pour laquelle elle est suivie au service de dermatologie de rabat depuis 4 ans actuellement sous cortico orale suite à une rechute de sa maladie. Elle a rapporté l'apparition de 3 nodules au niveau vulvaire dont 2 douloureux évoluant depuis 6 ans et augmentant progressivement de taille depuis 4 ans.

L'examen clinique a retrouvé : 3 nodules de couleur chair au niveau génital (grande lèvre droite) , de consistance ferme, bien limités , fixes mesurant 1cm de grand axe chaqu'un. Le reste de l'examen était sans particularité et ne présentait pas d'adénopathies. Une biopsie exérèse est réalisée au niveau des 3 nodules et était en faveur d'hidradénome nodulaire. Après 1 an de recul aucune récidive n'a été constaté.

Discussion :

HN constitue une tumeur annexielle bénigne rare longtemps considérée comme eccrine. Il en existe des formes apocrines. Cette tumeur se développe aux dépens des glandes sudoripares dans le derme superficiel et profond et parfois dans le tissu sous-cutané. Il a été décrit pour la première fois par Liu en 1949.

Il a une prédominance féminine comme chez notre patiente, avec une moyenne âge de 37,2 ans. Cette tumeur est le plus souvent rencontrée dans la région de la tête et du cou, du tronc et des extrémités. La localisation vulvaire retrouvait chez notre patiente n'a jamais été décrite.

Cliniquement, il se manifeste sous forme d'une papule ou nodule, solitaire ou rarement multiple ce qui était le cas de notre patiente qui en présentait 3. Il est superficiel, de consistance ferme avec une peau sus-jacente intacte. Certaines tumeurs peuvent présenter une ulcération à la surface et laisser soudre un

liquide séreux. Il est asymptomatique ou douloureux ou peut présenter un saignement. La dermoscopie montre un nodule avec des zones amorphes, blanc-rose, zones rouges ressemblant à des lacunes, ulcération excentrique, ainsi que des vaisseaux en épingle à cheveux, en pointillé, linéaire

et irréguliers. Le diagnostic est essentiellemnt histologique Le diagnostic différentiel inclut la maladie métastatique (carcinome à cellules rénales) et les tumeurs

cutanées primaires avec différenciation folliculaire, différenciation sébacée ou différenciation des glandes sudoripares La récidive de l'hidradénome nodulaire est

fréquente, jusqu'à 10 %. La transformation maligne a été rapportée dans la littérature. Cependant, le taux d'incidence exact de la transformation reste inconnu.

L'excision complète de l'hidradénome nodulaire à marges larges doit prévenir les récidives locales. Cependant, il n'y a pas de consensus concernant les marges optimales d'excision dans la littérature.

Le taux élevé de récidive et la malignité potentielle de cette tumeur soulignent la nécessité d'un traitement adéquat et d'un suivi prolongé.

Notre patiente a eu une évolution postopératoire sans complication et sans signe de récidive à 12 mois de suivi.

Conclusion :

L'HN est une tumeur annexielle rare souvent unique se localise essentiellement au niveau du visage,cou, tronc et extrémités. Bien qu'il soit bénin, une exérèse puis une surveillance sont nécessaire du fait du risque de transformation et de récidive.

Un mycosis fongoide transformé de localisation atypique

Dr Zeggwagh Zineb

Introduction :

Le mycosis fongoïde (MF), forme la plus fréquente des lymphomes cutanés T, laisse généralement présager une évolution indolente. Cependant, la transformation du MF en lymphome à grandes cellules survient dans 10% des cas chez l'adulte et est associée à une évolution agressive et à une survie globale raccourcie. Nous rapportons une observation de MF transformé originale par l'atteinte du conduit auditif externe (CAE).

Observation :

Un Patient de 52 ans, sans antécédents pathologiques, a consulté au service de dermatologie pour l'apparition de multiples tumeurs ulcéro-bourgeonnantes ainsi que des papulo-nodules au niveau du tronc, dos, les 4 membres et le visage avec atteinte de la muqueuse génitale évoluant depuis 1 an. Il a également rapporté une

otorrhée purulente et une hypoacousie de l'oreille gauche depuis 1 mois. Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

L'examen clinique a retrouvé :

- 3 ulcérations bourgeonnantes dont une en regard du mamelon droit et 2 au niveau de l'hypogastre

- De multiples lésions papuleuses érythémateuses de taille variable à disposition annulaire et arciforme à bordures infiltrées dont certaines sont recouvertes de croûtes mélicériques ou hémorragiques disposées auvisage, tronc, dos et 4 membres

- 2 nodules du visage

- De multiples ulcérations purulentes au niveau scrotal ; ainsi que des érosions au niveau de la verge.

L'examen des aires ganglionnaires a retrouvé des adénopathies inguinales mobiles, indolores, fermes à la palpation ; et l'examen auriculaire a montré un processus bourgeonnant de la paroi postérieure du CAE. Le reste de l'examen clinique a été sans particularité Une biopsie cutanée ainsi qu'une biopsie du processus auriculaire avec étude immunohistochimique ont été réalisées en faveur d'un MF transformé. Le bilan d'extension a été réalisé et était normal. On l'a classé comme T3N1M0B0 soit IIB. Il a été transféré au service d'hématologie pour recevoir sa poly-chimiothérapie puis il a été perdu de vue.

Discussion :

Nous rapportons une observation de MF transformé originale par l'atteinte du conduit auditif externe.

L'incidence des tumeurs malignes du CAE est faible. Les tumeurs les plus fréquentes sont : l'adénocarcinome et le carcinome épidermoïde

Deux cas exceptionnel de MF au niveau auriculaire ont été décrit jusqu'à ce jour. Nous rapportons le premier cas de MF transformé au niveau auriculaire. La présentation clinique des MF au niveau CAE n'est pas spécifique. Elle peut se

manifester par une atteinte auditive à savoir des otalgies; une surdité une hypoacousie, otorhée comme chez notre patient ainsi qu'une atteinte ORL

Les principales complications sont essentiellement la surinfection(otite) et la perforation du tympan.

Le diagnostic repose sur l'histologie avec étude immunohistochimique. La biopsie devra être profonde voire une exérèse complète du processus devrait être réalisée pour ne pas passer à côté du diagnostic.

Le diagnostic est histologique et retrouve : un discret épidermotropisme, une population lymphocytaire atypique : au moins 25 % , une activité mitotique importante. Le phénotype de ces cellules = CD30+ ou CD30-

Diffusion des lésions : Cutanée, ganglionnaire puis tous les organes (rate, foie, reins, poumon, tractus GI, oropharynx, MO, SNC....)

L'évolution est rapide vers une forme agressive. Le pronostic est sombre avec une survie médiane de 22 mois.

Le traitement est mal codifié et dépend de l'étendue des lésions: radiothérapie localisé, monochimiothérapie, polychimiothérapie...

Chez notre patient, un traitement par polychimiothérapie CHOP a été prescrit.

Conclusion :

La localisation ORL du MF est exceptionnelle. Il faudra faire un examen ORL systématique devant tout MF même si les manifestations cliniques ne sont pas spécifiques

Thérapeutique :

La Trinitrine: est-elle efficace pour le traitement des ulcères de jambe drépanocytaires?

Farah Marraha (1), Ibtissam Al Faker (1), Najlaa Rahmani (1),Younes Benyamna (1),), Meriem el Haddad (1), Soukaina Kabbou (1),
Yasmine Rkiek (1) Ilham Snoussi (1Firdaous Boukamza (1) et Gallouj Salim(1)
Service de Dermatologie Vénéréologie CHU Tanger,
Faculté de Médecine et de Pharmacie -Université Abdelmalek Saidi -Tanger -Maroc

Introduction

La drépanocytose est une maladie génétique caractérisée par une anémie hémolytique émaillée de crise hématologique et pseudo-rhumatismale (1).
Les occlusions microcirculatoires peuvent soit déclencher des crises aigues souvent douloureuse, soit initié des lésions irréversibles telle l'ulcère de jambe (2).
Les ulcères de jambe (UDJ) sont une complication chronique et sévère des syndromes drépanocytaires majeurs dont le traitement est mal codifié (3).
Plusieurs progrès thérapeutiques ont vu le jour, nous rapportons un cas d'ulcère drépanocytaire chez un jeune traité par adjonction de la trinitrine lors des soins.

Observation :

Un jeune de 30ans hospitalisé dans notre service pour un ulcère chronique très douloureux qui remonte à un an. Le patient est suivi pour drépanocytose homozygote SS depuis l'âge de 5 ans actuellement sous aucun traitement.
L'examen dermatologique trouvait un ulcère unique au niveau péri-malléolaire gauche, d'environ 5cm de grand axe avec un fond fibrineux, des contours irréguliers et une peau péri-lésionnelle hyperpigmentée (figure 1). L'hémogramme mettait en évidence une anémie modérée. L'échodoppler était sans particularité. La prise en charge thérapeutique comportait des soins locaux : détersion (utilisation d'antiseptiques tels que la Bétadine), puis une application de pansement hydrocolloïde avec une pulvérisation de trinitrine à 0,30 mg lors de chaque soin. Les pansements étaient réalisés une fois par semaine dans notre centre et 1 jour sur 2 au domicile. Notre critère de jugement principal était la vitesse de cicatrisation (diminution de surface/jours= 0,10 cm2/j) par rapport à la moyenne de vitesse de cicatrisation dirigée d'autres ulcères (figure 2-3).

Discussion :

Les ulcères de jambe drépanocytaires sont une complication fréquente de la drépanocytose. Ils sont très douloureux, cicatrisent difficilement, et ont un impact important sur la qualité de vie (4). L'incidence des ulcères reste faible avant l'âge de 15 ans mais on note une augmentation importante de celle-ci à partir de la deuxième décennie (1). L'incidence des (UDJ) varie avec le taux d'Hb total et le taux d'Hb fœtale (4). Ils sont associés à un profil plus hémolytique. Celui-ci est associé à une diminution de la biodisponibilité de l'oxyde nitrique (NO) altérant la vaso-réactivité, favorisant l'activation endothéliale et le développement d'une vasculopathie ischémique (2). Il n'existe actuellement aucune recommandation pour le traitement

des (UDJ)(4). Mais en principe Le schéma thérapeutique est le même qu'au cours des ulcères d'autres causes : détersion, bourgeonnement et cicatrisation (1). Plusieurs traitements topiques et générales ont été tentés et plusieurs études prospectives et randomisées ont été réalisées afin de comparer et d'évaluer l'efficacité de ces progrès thérapeutique (2–4). L'accélération des taux de cicatrisation par l'ajout de trinitrine lors des soins locaux a été prouvée dans la série de M. Boustani (2). Pour notre patient on a suivi le même protocole, avec une nette amélioration dès le 2ème changement de pansement et une vitesse cicatrisation beaucoup plus rapide.

Conclusion :
L'utilisation de trinitrine topique semble efficace pour la cicatrisation des UDJ associés à drépanocytose en accélérant la vitesse de guérison. Une étude randomisée contrôlée est nécessaire pour confirmer ces premiers résultats. D'autres traitements vasodilatateurs pourraient également être testés suivant une méthodologie similaire.

Évolution fatale liée à l'abus de dermocorticoïdes chez un adulte.

S. Ait Oussous[1], I. Lakhal[1], M. Hamaichat[2], I. Damoune[2], F. Ajdi[2], R. Chakiri[1].

[1]Service de Dermatologie, CHU Souss Massa, Agadir, Maroc

[2]Service d'endocrinologie et maladies métaboliques, CHU Souss Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

Les corticostéroïdes topiques sont largement utilisés dans la prise en charge des dermatoses inflammatoires chroniques. Néanmoins, leur utilisation à long terme peut avoir des effets systémiques en raison de l'absorption percutanée.

Nous rapportons un cas illustrant la gravité des complications dues à l'usage excessif de ces médicaments.

Observation :

Mme B.M étaitsuivie pour une dermatose non documentée évoluant depuis l'âge de 3 ans par poussée-rémission. Elle a été mise sous dermocorticoïde classe forte (bêtaméthasone) par son médecin traitant avec bonne évolution. La patiente a ensuite été perdue de vue, néanmoins elle a continué à se badigeonner de corticoïdetopique pendant 22 ans.

A l’âge de 32 ans, elle s’est présentée en consultation dans un tableau d’érythrodermieévoluant depuis 4 ans avec aggravation depuis 2mois.

L’anamnèse retrouvaitla notion de prurit insomniant, chute de cheveux,frissons intenses, asthénie physique etpsychique importantes, xérostomie, brûlures mictionnelles, et cycle irrégulier avec retard de règles depuis 2 mois.

L’examen clinique montrait un aspect poïkilodermique-like, une obésité facio-tronculaire, de larges vergetures pourpres dans la région mammaire, abdominale et des cuisses, une amyotrophie des membres, un « buffalo neck», des Intertrigo macéré et érosif au niveau axillaire, sous mammaire et inguinale, une érythrodermie desquamative et œdémateuse avec squames fines et sèches, érosive par endroit, plus violacée au niveau des jambes, une alopécie diffuse avec présence de squames et croûtes mélicériques par endroit, une hypertension artérielle à 150/100mmhg, une hyperglycémie à 1,92 g/L, un signe du tabouret positif, et une otorrhée purulente.

Le tableau clinique, associé à la consommation excessive de bêtaméthasone, évoquait un syndrome de Cushing iatrogène. Le bilan biologique quant à lui a révélé une insuffisance surrénalienne corticotrope.

Le traitement a consisté en la prise en charge des complications mycosiques et infectieuses. Un régime pauvre en glucides a été instauré avec surveillance des chiffres glycémiques. L’hydrocortisone a été initié. Et après un diagnostic éducatif, les dermocorticoïdesont été remplacé par du tacrolimus pommade (Takrozem 0,1%) au niveau du visage et Atopiclair pour le corps.

Une consultation de suivi étaitprogrammée mais la patiente ne s’y rendait pas et, malgré plusieurs coups de téléphone, elle était de nouveau perdue de vue.

Un mois après la patiente est décédé probablement à la suite d’une décompensation de l’insuffisance surrénalienne.

<u>Discussion :</u>

Les effets indésirables des dermocorticoïdes sont bien connus, notamment en cas d'utilisation inappropriée.

Ils sont tout d'abord locaux, comprenant fragilité cutanée (atrophie),télangiectasies, hypopigmentation, retard de cicatrisation, vergetures, hypertrichose, purpura, acné, rosacée et infections cutanées.

Ils peuvent également être responsables d'effets indésirablessystémiques,telque le syndrome de Cushing, l'insuffisance surrénaliennecorticotrope, l'ostéoporose, l'hypertension artérielle, l'intolérance au glucoseet le retard de croissance chez l'enfant...

Ces effets secondaires systémiques de la corticothérapie locale sont exceptionnels en pratique courante, en particulier chez l'adulte.

Les principaux facteurs de risque comprennent l'étenduedeslésions, les traitements prolongés, le niveau d'activité très fort des dermocorticoïdes, la réalisation d'une occlusion, l'altération de la barrièrecutanée (affection cutanée sous-jacente), épiderme mince (chez l'enfantou dans certaines localisations), l'utilisation conjointe de rétinoïdes oraux (absorption augmentée)et une immunodépressionassociée. Ainsi, chez notre patiente, on notait l'intrication de plusieurs facteurs.

Dans les dermatoses chroniques de l'adulte, il est particulièrement essentiel de ne pas « habituer » les patients à la corticothérapie locale qui sera ensuite impossible à stopper. Afin d'éviter de telles situations, l'éducationthérapeutiqueconstitue un pilier dans la prise en charge.Cela passe par une information claire et précisedélivrée par le soignant à chaque consultation ainsi que le pharmacien.

Conclusion :

Ce cas illustre la gravité de l'iatrogénie secondaire au mésusage des dermocorticoïdes, et souligne la nécessité d'une bonne éducation thérapeutique et unsuivi adéquat.

Une frange indésirable

FZ.Hashas,H. Baybay, Z. Douhi, M.Soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi .

service de dermatologie CHU Hassan II Fès.

Introduction

Le Minoxidil topique est largement utilisé comme traitement hors AMM pour la pelade chez les adultes et les enfants. Néanmoins ce traitement peut avoir des effets secondaires divers . Nous rapportons ici deux cas d'hypertrichose localisée sévère.

Observation:

Deux enfants de sexe féminin âgée de 8 ans et de 6 ans suivie pour une pelade en plaque en repousse évoluant depuis deux ans étaient mise sous corticothérpie avec introduction récente de minoxidil lotion à 2% à raison de six pulvérisation par jour . Les parents ont commencé l'application quotidienne de la lotion et l'ont poursuivie pendant plus de 2 mois. L'évolution était marquée par l'amélioration significative des plaques alopéciques; cependant, les deux enfants ont développés une hypertrichose localisée sur le front pour la première et sur le front et la région malaire pour la deuxième . Aucun autre effet secondaire cutané ou systémique n'a été remarqué par les parents lors de l'utilisation du Minoxidil. L'examen physique et cutané général de l'enfant était dans les limites de la normale, excluant toute autre cause

systémique d'hypertrichose. Les parents ont été informés de la cause de la pilosité excessive au niveau frontale et rassurer par rapport à sa réversibilité à l'arrêt du médicament .

Discussion :

leMinoxidil, fabriqué à l'origine comme antihypertenseur (puissant vaso dilatateur), est principalement utilisé pour l'alopécie. Il affecte la croissance des cheveux par divers mécanismes plausibles tels que la durée accrue de la phase de croissance anagène, les effets agonistes sur les canaux potassiques sensibles à l'adénosine-triphosphate (ATP) et la stimulation des prostaglandines dans les papilles dermiques. Bien qu'il soit principalement approuvé pour l'alopécie androgénétique des deux sexes, ses utilisations hors AMM incluent l'application topique dans la pelade, mais son efficacité n'a jamais été définitivement prouvée. L'hypertrichose causée par leMtopique dépend de divers facteurs tels qu'une concentration ou une quantité d'application plus élevée, une absorption systémique excessive et une sensibilité élevée de l'appareil folliculaire au Minoxidil. Chez l'enfant lorsqu'elle touche le visage ,elle peut conduire à un mal être psychologique, et un retentissement comportementale

dans une société où l'apparence conditionne le premier jugement. De cet raison son utilisation a forte concentration doit être déconseillée dans le groupe d'âge pédiatrique. Si nécessaire, une concentration faible dans une formulation à base de gel ,une quantité adapter au poids et des précaution d'utilisation avec respect de la posologie et le mode d'administration sont recommandés .aussi l'information et l'éducation des parents par rapport aux effets secondaire est indispensable.

Conclusion :

L'hypertrichose est une un effet secondaire réversible au Minoxidil qui semble plus fréquent chez l'enfant. Il peut avoir un préjudice esthétique et un retentissement psycho social sur l'enfant , les parent doivent bénéficier d'un conseil avisé, scientifique et adapté par rapport à l'utilisation de ce médicament et êtres informer et rassurer par rapport à cette complication.

L'efficacité de N-acétylcystéine dans le traitement de la trichotillomanie pédiatrique

FZ.Hashas,H. Baybay, S. Chhiti, Z. Douhi, M.Soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi .

service de dermatologie CHU Hassan II Fès.

Introduction :

L'utilisation de N-acétylcystéine (NAC) dans le traitement de plusieurs troubles psychiatriques y compris les troubles capillaires auto-infligés suscite un intérêt croissant. Le but de notre étude était d'évaluer son efficacité dans le traitement de la trichotillomanie dans la population pédiatrique.

Matériels et méthodes :

Etude rétro-prospective sur une durée de 2 ans, incluant tous les les enfants diagnostiqués avec trichotilomanie et traités par la N-acétylcystéine (NAC).

Résultats :

Six patients ont été colligés (4 filles et 2 garcons). La moyenne d'âge était de 12 ans. La durée moyenne de la maladie était de 19 mois (minimum 2 mois et maximum 36 mois). Aucun antécédent psychiatrique n'a été retrouvé chez nos patients.

Tous les patients présentaient une alopécie non cicatricielle avec un signe de traction négatif impliquant plusieurs sites: le cuir chevelu dans la plupart des cas, suivi des cils puis des sourcils. La dose prescrite du NAC était de 1200 mg/jour. La durée moyenne du traitement était de 6 mois. Une réponse clinique initiale a été obtenue chez 5 patients avec disparition de comportement d'arrachage des cheveux à partir du deuxième mois suivi d'une repousse des cheveux à partir du quatrième mois, tandis qu'aucun bénéfice significatif n'a été observé chez une patiente. La rechute est survenue chez un patient ayant initialement répondu au traitement après un délai médian de 3 mois. Aucun effet secondaire n'as été observé chez nos patients .

Discussion :

La trichotillomanie est un trouble capillaire auto-infligé qui correspond à une perte de cheveux par arrachage, tirage ou torsion (1). Chez l'enfant elle peut être extrêmement invalidante avec impact sur le développement psychosocial. D'où l'intérêt d'un traitement précoce et efficace. Bien qu'il existe quelques options de traitement, notamment la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), elles ne sont pas efficaces pour tous les patients. La N-acétylcystéine (NAC), une formulation acétylée de l'acide aminé L-cystéine, est un complément en vente libre dont l'efficacité a été démontrée chez les adultes atteints de TTM, mais son l'efficacité dans la population pédiatrique reste relativement inexplorée(2). les données d'un seul essai contrôlé randomisé pharmacologique chez les enfants n'a pas trouvé de différence entre la NAC et le placebo, ce qui contredit de multiples rapports de cas (3). Cependant, dans notre expérience la NAC a entrainé une guérison complète sans récidive à 6 mois de suivi chez la plus part des patients. Ces résultats positifs doivent être confirmés dans des échantillons plus importants et avec des suivis plus longs.

Conclusion :

Compte tenu de sa haute tolérance et de sa grande disponibilité, La NAC peut être une option particulièrement intéressante dans le traitement de la trichotillomanie pédiatrique dans notre contexte.

Photothérapie UVB et états sclérodermiformes - série de 10 cas

INTRODUCTION

La photothérapie UVB est le recours thérapeutique aux ultraviolets B à spectre étroit (NBUVB) de 311 nm. Notre objectif était d'évaluer l'efficacité et la tolérance des NBUVB dans l'amélioration de l'atteinte cutanée dans ces syndromes.

Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective de malades atteints de syndrome sclerodermiforme traités par NBUVB sur une période allant de 2021 à 2022.

Résultat

Dix patients avec un syndrome sclérodermiforme cutané ont été sélectionnés pour le traitement dont 8 femmes et 2 hommes. L'âge moyen était de 48,5 et la durée moyenne d'évolution était de 2,39 ans. Ces patients ont été classés selon le diagnostic avec 3 cas de morphée cutanée, 1 fasciite de stulman, 5 sclérodermie cutanée généralisée et 1 scleromyxoedeme. Au total, 21 lésions de sclérose ont été étudiées dont 5 inflammatoires et 16 stables. Le protocole était de débuter par 0,14J/cm^2 avec une dose cumulative de 20 à 30J/cm^2. Les lésions ont été évalués par palpation clinique avant et après traitement et sur une échelle de 0 à 3. Un ramollissement de toutes les lésions a été constaté avec une diminution des scores en post-traitements avec une différence entre les deux de 34 points.

DISCUSSION

la photothérapie est une méthode thérapeutique intéressante dans les états sclérodermiformes. Bien qu´il a été démontré que les NBUVB présentent plusieurs

avantages par rapport aux UVA, ils n'ont pas été largement étudiés, ce qui nous a encouragés à les considérer comme option thérapeutique et les préconiser chez

nos malades. En effet dans notre étude une nette amélioration a été observée dans toutes les lésions traitées.

Evaluation de l'efficacité du traitement par bolus de méthylprednisolone associé au méthotrexate et à la LED dans le traitement des pelades universelles : série de 11 cas

I. Moubine, F. Hali, H. Rachadi, S. Chiheb
Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La pelade est une maladie chronique et inflammatoire évoluant par poussées, de rythme et de sévérité imprévisibles. Son traitement est difficile, surtout dans les formes étendues. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité du traitement par bolus de méthylprednisolone (MP), combiné au méthotrexate (MTX) et à la LED dans le traitement des pelades universelles.

Matériels et méthodes :

Une étude descriptive prospective a été menée entre Janvier 2021 et Juin 2022 incluant sept patients atteints d'une pelade universelle, ayant reçu par la suite un bolus de MP 500mg/j pendant 3 jours consécutifs, une fois par mois pendant au moins 3 mois consécutifs, associé au MTX à la dose de 15 à 20 mg par semaine et à la LED à raison de 3 séances par semaine. L'efficacité a été évaluée par appréciation clinique dermoscopique et photographique, selon 3 critères : repousse complète, repousse partielle (> 50 % de l'atteinte initiale) et échec (repousse<50 %).

Résultats :

Onze patients atteints de pelade universelle ont été inclus. La moyenne d'âge était de 33,5 ans avec des extrêmes de 14 et 50 ans, il s'agissait de 3 hommes et 9 femmes. La présence d'une thyroïdite a été notée dans 3 cas (27%). Un terrain d'atopie a été observé chez 5 patients (45%). La durée d'évolution moyenne de la pelade était de 6 ans avec des extrêmes allant de 6mois à 17 ans. Un traitement local antérieur a été prescrit chez tous les patients avec mauvaise réponse thérapeutique. La dermoscopie avait retrouvé les signes suivants : des points noirs, points jaunes, cheveux en points d'exclamation et cheveux coudés chez tous les patients, des poils duveteux et circulaires ont été retrouvés dans 2 cas. L'atteinte unguéale a été retrouvé chez 7 patients (63%) sous forme d'une trachyonychie, onycholyse et érythème de la lunule. A 3 mois, 3 patients avaient une

réponse complète (27%), 7 patients avaient une repousse partielle (63%). Un échec thérapeutique a été noté chez 1 seul patient.

Discussion :

La prise en charge de la pelade demeure difficile malgré les avancées thérapeutiques actuelles, en raison de l'évolution imprévisible de la maladie et de l'absence d'essais thérapeutiques de bonne qualité. L'efficacité du traitement par bolus de MP a été rapportée dans les pelades en plaques avec une efficacité moindre dans les pelades ophiasiques et universelles. A travers cette étude, nous avons pu obtenir une bonne réponse chez la majorité des patients atteints d'une pelade universelle, malgré la présence simultanée de plusieurs facteurs de mauvais pronostic qui sont la durée d'évolution longue, les troubles dysimmunitaires associés et l'atteinte unguéale. Les limites de l'étude sont représentées par la petite taille de l'échantillon et l'évolution imprévisible de la maladie. Une étude de cohorte prospective avec un suivi à plus long terme pourrait être intéressante pour évaluer l'apport de ces traitements dans la prise en charge de la pelade universelle.

Facteurs prédictifs d'une mauvaise réponse au propanolol oral dans les hémangiomes infantiles

I.Moubine1, F. Hali1, H. Rachadi1, H. Berrami2, Z.Serhier2, M. Bennani Othmani2, S. Chiheb1

1Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

2 Service de médecine informatique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le propanolol représente le traitement de première intention des hémangiomes infantiles (HI) compliqués ou à risque de complications. Les HI résistants au propranolol sont peu fréquents et les facteurs de risque cliniques de l'échec du traitement ne sont pas bien établis. L'objectif de notre étude est de rechercher les facteurs prédictifs d'une mauvaise réponse des HI au traitement par propranolol.

Matériels et méthodes :

Une étude prospective analytique a été menée entre janvier 2014 et janvier 2022 incluant tous les patients atteints d'HI ayant reçu un traitement oral par propanolol à une dose de 2 à 4 mg/kg/jour maintenu pendant au moins 6 mois. Le suivi a été

effectué par un examen clinique tous les 3 mois avec photographies et mesures. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel JAMOVI. Une valeur $p<0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Résultats :

Sur une période de huit ans, 135 patients atteints d'HI ont été traités par propranolol oral. La localisation la plus fréquente était le visage et le cou dans 65 % des cas. Une mauvaise réponse a été signalée dans 18 cas (13,4 %) des patients : 72% étaient des filles et 28% des garçons, 84% étaient mixtes, 5% profonds et 11% superficiels, les hémangiomes étaient multiples dans 3 cas (16%), les hémangiomes de la pointe nasale représentaient 4 cas (22%) et 15 patients (83%) avaient un hémangiome segmentaire. Le temps de réponse moyen de ces patients était de 3 mois avec une durée moyenne de traitement de 21 mois. On n'a pas retrouvé d'association significative entre l'âge ou le sexe des enfants et le type de réponse au traitement ($p>0,05$). Aucune association significative n'a été trouvée entre le type d'hémangiome et les résultats thérapeutiques ainsi que la récidive après l'arrêt du traitement ($p>0,05$). Une analyse de régression logistique multivariée a révélé que les hémangiomes de la pointe nasale, les hémangiomes multiples et les hémangiomes segmentaires étaient des facteurs de risque de mauvaise réponse aux bêta-bloquants ($p<0,05$).

Discussion :

Une mauvaise réponse au traitement par propranolol a été rapportée chez 10% des patients dans la littérature. Dans notre série, elle était d'environ 13,4%. A notre connaissance, aucune publication antérieure n'a porté sur les facteurs prédictifs de mauvaise réponse aux bêtabloquants. Cependant, les facteurs de risque de rechute décrits sont l'arrêt du traitement avant l'âge de 12 mois, le type mixte ou profond, et le sexe féminin. Dans notre étude, les facteurs prédictifs de mauvaise réponse étaient le caractère multiple, le caractère segmentaire ainsi que le siège sur la pointe nasale. Dans ces cas, d'autres thérapies peuvent être utilisées, notamment le sirolimus. Les injections intralésionnelles de corticothérapie ou de bléomycine peuvent être également considérées. Les corticostéroïdes systémiques, l'intérféron et la vincristine ne sont plus recommandés en raison de leurs effets secondaires graves

.

L’apport de la LED dans le traitement des radiodermites

A .ELKISSOUNI *, F.HALI*, H.RACHADI*,M .CHARKAOUI**, Y .BERRADA**,N .BENCHAKROUNE** ,S.CHIHEB*

* Service De Dermatologie , Chu Ibn Rochd Casablanca

** Centre Mohamed 6 De Traitements Des Cancers Chu Ibn Rochd Casa

INTRODUCTION :

La LED (Light emitting diode) est un processus par lequel des séquences spécifiques de lumière sont utilisées pour réguler l'activité cellulaire.

Le but de cette étude est d’évaluer l’apport de la LED dans le traitement des radiodermites (RD)

MATERIEL ET METHODE :

C’est une étude prospective menée dans notre service en collaboration avec un centre de traitement des cancers, du juin 2021 au janvier 2022

Ont été inclus tous les patients présentant des radiodermites chroniques ou aigues quelque soit le grade

Tous ces patients ont bénéficié de 2 séances de LED par semaine selon le protocole suivant : fluence totale : (660 + 850 nm,) 36J/cm2 , énergie totale : 21 ;6 KJ , temps total : 8 min

L’évolution a été jugée a partir des données de l’examen clinique: régression des lésions cutanées et des signes fonctionnels ainsi que les photographies.

RESULTATS

Vingt patients ont été inclus dans cette étude. Les sites irradiés par ordre de fréquence étaient: le sein et l’aire axillaire (n : 15) , la région cervicale(n :4) et le pelvis (n : 1)

Trois patients présentaient une RD chronique, et 17 cas une RD aigue : 9 patients présentaient une RD grade 1, 7 patients une RD grade 2, et 1 patiente une RD grade 3

Les lésions ont apparues au bout de la 10eme séance en moyen soit une dose cumulée de 26,7 gy

- Après traitement par LED :

•RD chroniques : aucune amélioration significative n’a été notée

•RD aigues :

-Grade 1 : régression de l'érythème après une moyenne de 3 séances (2 a 5 séances de LED)
-Grade 2 : début d'épidémisation des lésions après une moyenne de 6 séance (4 – 8 de LED)
-Grade 3 : amélioration après 8 séances de LED

DISCUSSION :

La LED a un effet stimulateur des fibroblastes. Des études in vitro ont démontré que la LED augmente la synthèse du procollagène, et diminue les médiateurs inflammatoires, ainsi que les métalloprotéinases de la matrice dermique des fibroblastes cultivés exposés à une irradiation .Dans notre étude, nous avons remarqué une bonne amélioration chez les patients présentant une RD aigue indépendamment du siège ou de la néoplasie sous jacente , cependant aucune amélioration n'a été observé chez les patients avec RD chronique .

CONCLUSION :

La LED peut être une bonne alternative thérapeutique dans le traitement des RD aigues, cependant d'autres études avec un échantillon plus large sont nécessaires

Effets secondaires cutanées de l'immunothérapie et des thérapies ciblées : série de 15 cas

I.Moubine [1], F. Hali [1], A. Meftah [2],H. Filali[2], S. Sahraoui[3], S.Chiheb [1]

[1]Service de Dermatologie et de vénéréologie, CHU Ibn Rochd

[2]Service de Pharmacologie, Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

[3]Service d'oncologie médicale et de radiothérapie, CHU Ibn Rochd

Introduction :

L' immunothérapie et les thérapies ciblées anticancéreuses sont de plus en plus utilisées en cancérologie en raison de leur meilleure spécifité. Leurs effets indésirables dermatologiques sont multiples et se distinguent de celles plus classiquement rencontrées avec la chimiothérapie conventionnelle.

Matériels et méthodes :

C'est une étude prospective menée entre septembre 2021 à janvier 2022, incluant tous les patients adressés pour des effets secondaires cutanés survenus à la suite de l'administration de l'immunothérapie ou des thérapies ciblées.

Résultats :

L'âge médian des patients était de 65ans (extrêmes de 39ans à 72ans). Le sexe ratio était de 9F/6H. La localisation cancéreuse la plus fréquente était le tube digestif (33%) suivi par le sein (26%) puis le poumon (20%). Neufs patients ont été traités par thérapie ciblée et 4 patients par immunothérapie. L'effet secondaire le plus observé était le syndrome mains pieds chez 5 patients (33%) observé sous Sorafenib chez 3 cas et sous imatinib chez 2 cas, suivi d'une folliculite acnéiforme du visage constatée chez 3 patients (20%), puis d'un prurit et d'une xérose cutanée, chacune chez 2 patients (13%). Un exanthème maculo-papuleux et un érythème du visage, ont été notés chacun chez un patient (7%). Une toxidermie grave à type de syndrome Stevens Johnson induite par un anticorps anti PDL1 a été noté chez 1 seul patient (7%) nécessitant l'arrêt définitif du traitement.

Discussion :

Le profil de toxicité cutanée de la thérapie ciblée est différent de celui des chimiothérapies. Cette toxicité est fréquente et spécifique selon la cible. Les effets secondaires les plus fréquents sont les éruptions acnéiformes et les paronychies sous anti-epidermal growth factor receptor (EGFR) ou le syndrome main-pied hyperkératosique sous anti-BRAF ou anti-angiogéniques. Les immunothérapies anticancéreuses sont également en plein essor. En effet, de nouvelles molécules sont disponibles et leurs indications s'élargissent. Ces traitements sont le plus souvent responsables de réactions d'origine immunologique. Les toxicités cutanées les plus fréquemment observées sont une éruption maculopapuleuse non spécifique et un prurit. Une prise en charge précoce et une collaboration entre dermatologues, oncologues et pharmacologues, couplée à une éducation des patients contribueront à mieux gérer ces effets indésirables dermatologiques et à améliorer la qualité de vie des patients et leur adhérence au traitement.

Pharmaciens et délivrance des dermocorticoides : connaissances, attitudes et inquiétudes

M.Benkaraache 1. S .Aouali 1. S.Bensalem 1 . N. Zizi 1,2. S.Dikhaye 1,2 .

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

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

Introduction :

Les dermocorticoïdes sont des topiques à base de glucocorticoïde possédant des propriétés anti-inflammatoires et immunosuppressives puissantes, ils sont classés en 4 groupes en fonction de leur puissance d'action.
Leurs effets secondaires sont multiples et fréquents, et peuvent être d'ordre local ou systémique et qui sont méconnus par quelques praticiens.
L'objectif de notre travail est d'évaluer les connaissances ainsi que les attitudes de délivrance des DC par les pharmaciens dans les dermatoses les plus courantes.

Matériels et méthodes :

C'est une étude observationnelle réalisée à partir d'un questionnaire envoyé aux pharmaciens de la ville de Oujda en leurs demandant de le redistribuer aux différents praticiens à l'échelle nationale.

Le questionnaire a été élaboré entre Février et Mai 2022, il comportait une première partie analysant les données anamnestiques du pharmacien, suivie d'une dizaine de questions qui élaboraient les différents items relatifs aux DC.

Résultats :

Nous avons interrogé quatre-vingt-dix-huit pharmaciens, la durée moyenne d'exercice était de 8 ans, la dermatose la plus rencontrée quotidiennement était par ordre de fréquence, l'eczéma, l'acné et la dermatite atopique, 73,5 % des pharmaciens ne conseillent pas aux patients d'aller voir leurs dermatologue systématiquement et tentent d'emblée un dermocorticoide et le prescrivent d'une durée moyenne de 11 jours, 63,7 % des pharmaciens pensent que le choix d'une classe de DC dépend seulement de l'âge du patient, 54,88 % ont répondu que les DC sont contre formellement indiqués en péri orbitaire et 45,12% pensent que seuls les DC de classe forte et très forte sont contre indiqués.

34,3 % reconnaissent ne pas diminuer progressivement l'application si la durée est prolongée, et 76,44% prescrivent les DC sans prendre en considération la forme galénique adaptée aux types de lésions, 77,42% des pharmaciens n'éprouvent aucune inquiétude d'avoir délivré des DC sans ordonnance médicale.

Concernant les effets indésirables, 40 % des pharmaciens interrogés ignorent les risques les plus fréquents.

Cinquante pour cent des pharmaciens trouvent que la délivrance des dermocorticoides ne nécessitent aucune formation au préalable, et 55,86% voudraient en bénéficier.

Discussion :

Notre étude montre un niveau de connaissance insuffisant des pharmaciens en matière des différentes classes de dermocorticoïdes, des règles de prescription avec notamment une large sous-estimation du risque de l'arrêt brutal et des effets indésirables qui peuvent en résulter, et il faut alors Une vigilance supplémentaire doit surtout lors des applications répétées chez les nourrissons (1)

Cette constatation n'est pas limitée seulement aux pharmaciens, mais concerne également les médecins généralistes, et nos résultats rejoignent ceux de nombreuses études réalisées sur les praticiens du milieu hospitalier.
De nombreux pharmaciens éprouvent des difficultés lors de la prescription des dermocorticoïdes et de la transmission d'informations relatives à ces produits, ils jouent un rôle clé dans ce contexte, puisqu'ils peuvent réduire ou renforcer les inquiétudes et l'adhérence thérapeutique des patients vis à vis du traitement et par conséquent éviter au maximum les effets secondaires résultant de la prise anarchique des DC (2)
La plupart des pharmaciens prennent en compte des précautions concernant seulement l'âge des patients indépendamment du type des lésions et de la localisation.
La majorité d'entre eux reconnaissent toujours prescrire le même DC par question d'habitude, suite aux conseils d'un confrère plus expérimente ou à l'aide d'un référentiel médicamenteux virtuel.

L'existence de lésions variables, entrainent des doutes diagnostiques et constituent un obstacle à la prise en charge des pathologies dermatologiques qui peuvent paraître simple à gérer, cependant, la plupart des pharmaciens, et malgré le manque de connaissances en matière de prescription des DC, ils n'éprouvent souvent aucune inquiétude, sauf en cas de nourrissons, ou qu'après un échec thérapeutique.

Conclusion :

En conclusion, bien que les médecins généralistes du Service de Santé des Armées soient sensibilisés à la problématique de la radioprotection des patients, notre étude montre qu'il existe un défaut de connaissance de leur part avec principalement une sous-estimation des effets indésirables.
Il s'avère alors nécessaire d'interdire la possibilité de se procurer des DC sans ordonnance médicale, et de limiter ainsi leur prescription aux médecins seuls, ou d'exiger une formation spécialisée accréditée.

L'hyperpigmentation acrale : Un effet indésirable exceptionnel du cyclophosphamide

Houda Tadili[(1)],ImaneBahbouhi[(1)], Hicham El Omari [(2)],InassLaouad[(2)], MaryamAboudourib[(1)] , SaidAmal[(1)],OuafaHocar[(1)]

(1)Service de dermatologie et vénérologie, (2) Service de néphrologie, CHU Mohammed VI

Laboratoire bioscience et santé FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le cyclophosphamide (Endoxan®) est un agent alkylant couramment utilisé comme chimiothérapie mais également dans plusieurs pathologies auto-immunes grâce à son action immunosuppressive. Des effets indésirables à typed'hyperpigmentation muqueuse et unguéale ont souvent étés rapportés. La localisation cutanée pure reste exceptionnelle et est généralement palmo-plantaire ou diffuse.

Nous rapportons un cas d'hyperpigmentation cutanée à disposition acrale chez une patiente sous cyclophosphamide. Aucun cas similaire n'a été décrit dans la littérature à notre connaissance.

Observation :

Une femme de 60 ans, allergique à l'allopurinol,sans autres antécédents médicaux notables oufamiliaux similaires a été admise au service de néphrologie pour prise en charge d'une glomérulonéphrite extra-membraneuse révélée par un syndrome œdémato-ascitique d'installation brutal. Un traitement selon le protocole Ponticelli a été entrepris comprenant une alternance de corticothérapie injectable et orale et de cyclophosphamide oral. L'évolution a été marquée par l'apparition progressive d'une hyperpigmentation 10 jours après le début du cyclophosphamide sans lésions préalables.

L'examen clinique avait noté une pigmentation péribuccale et interorbitaire, associée à une hyperpigmentation diffuse, homogène à limites nettes de la face dorsale des mains et des pieds , ainsi quela présence de macules brunâtres, centimétriques sur la face plantaire des pieds. L'examen des muqueuses et des phanères était sans anomalies.

La biopsie cutanée avaitmis en évidence une incontinence pigmentaire associée à la présence de quelques kératinocytes nécrosés sans atteinte dermique.

Le cyclophosphamide a donc été arrêté et le traitement poursuivi par la corticothérapie seule.

Une régression de l'hyperpigmentation a pu être observée à partir du 2ème mois suivant l'arrêt du cyclophosphamide.

Discussion :

Le cyclophosphamide est connu pour sa toxicité systémique, l'atteinte cutanéo-muqueuse liée à ce dernier est plus rare et touche habituellement les ongles et les muqueuses, l'atteinte cutanée pure étant moins commune. Quelques cas d'hyperpigmentation palmo-plantaire et généralisée ont été décrit dans la littérature, mais la présentation sous une forme purement acrale reste exceptionnel.

Traitement des cicatrices d'acné atrophiques : Etude comparative entre le microneedling au dermaroller combiné au TCA et le Laser Co2 fractionné

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

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

Introduction : L'acné est une dermatose fréquente qui peut entraîner des cicatrices indélébiles. Dans notre travail, on a comparé l'efficacité et la sécurité d'un microneedling au dermaroller combiné à l'acide trichloracétique (TCA) au laser Co2 fractionné dans le traitement des cicatrices d'acné atrophiques.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective comparant ces deux techniques, menée entre janvier 2021 et janvier 2022. Les patients présentant des cicatrices d'acné atrophiques sans lésions évolutives et sans traitement systémique en cours ont été inclus. Le premier groupe a été traité par microneedling réalisé avec un dermaroller composé de 600 aiguilles de 1,5 mm de longueur qu'on a fait passer sur les zones affectées 8 fois dans 4 directions avec application immédiatement après du TCA 40% jusqu'à obtention d'un givrage blanc uniforme, témoin d'une coagulation épidermique. Les patients ont reçu 4 à 8 séances à raison d'une séance chaque 2 semaines de ce traitement combiné. Le 2ème

groupe de notre étude a été traité par un laser Co2 fractionné à raison d'une séance par mois avec une moyenne de 2 à 3 séances pour chaque patient. Dans les deux groupes, l'amélioration a été évaluée par l'examen clinique et la satisfaction des patients.
Résultats : Dix-huit patients ont été inclus dans cette étude, neuf dans chaque groupe. Le premier groupe était composé de cinq femmes et quatre hommes avec un âge moyen de 26.5 ans ; sept patients étaient de phototype IV et 2 étaient de phototype III. Cinq patients ont eu une bonne amélioration, 1 patient a présenté une très bonne amélioration et 3 patients une amélioration partielle. La satisfaction des patients était supérieure à 70% chez 2 patients, entre 30% et 70% chez 5 patients et moins de 30% chez 2 patients. Le seul effet secondaire observé était une hyperpigmentation chez 1 patient de phototype IV résolue en 3 jours après application de dépigmentant. Le 2ème groupe était composé de 5 hommes et 4 femmes. Quatre patients ont eu une très bonne amélioration, 3 patients ont rapporté une bonne amélioration et 2 une amélioration partielle. La satisfaction des patients était supérieure à 70% chez 4 patients, entre 30 et 70% chez 4 patients et moins de 30% chez un patient.

Discussion : L'acné peut provoquer des cicatrices physiques et psychologiques. Les cicatrices atrophiques résultent souvent d'une acné nodulokystique inflammatoire sévère ou l'auto-manipulation des lésions. Dans notre étude, les 2 méthodes utilisées étaient efficaces, avec une satisfaction plus importante ainsi qu'une réponse clinique plus rapide chez les patients traités par laser Co2 fractionné. A notre connaissance, il s'agit de la première étude comparant un traitement combinant le microneedling au dermaroller et le TCA au laser Co2 fractionné. Compte tenu de ces résultats encourageants, d'autres études sur des populations plus larges sont nécessaires afin de confirmer ces données.

Evaluation de l'efficacité du propranolol dans les hémangiomes Infantiles

O.Khadiri; S. BelGuenani; M. Aboudourib; A. Said; O. Hocar
Service de dermatologie et vénérologie, VHU Mohemmed VI
Laboratoire bioscences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le propranolol a révolutionné le traitement des hémangiomes infantiles (HI).
L'objectif denotre étude est d'évaluer son efficacité, d'apprécier sa tolérance et de mettre en évidence lesfacteurs prédictifs de réponse au propranolol.
Matériel et méthodes :

Étude rétrospective allant de Mars 2009 jusqu'au Juin 2022, portant sur 167 enfants avechémangiome infantile.

Résultats :

Sur une période de 13 ans, nous avons colligé 167 cas d'HI, dont 40% ont été traités par propranolol, 21% par timolol, 16% ont été surveillés, et 22 % n'ont pas complété 6 mois detraitement par propanolol.

Dans notre échantillon (HI traités par propranolol), la prédominance féminine étaitincontestable avec un pourcentage de 87%. La forme superficielle était trouvée dans 45% descas, 55 % avaient une forme mixte. Les lésions étaient multiples chez 18 % des patients. Lesindications thérapeutiques étaient l'ulcération dans34% des cas, la présence d'un risque fonctionnel dans 31 % des cas, la présence d'un risqueesthétique dans 31% des cas et d'un risque vital dans 4 %des cas.

Nous avons trouvé un taux de 18 % d'effets secondaires qui sont majoritairement mineurs.

Les facteurs de risque ont été précisés chez 19 patients et comprenaient la grossessegémellaire dans 21% des cas, la prématurité dans 27% des cas, et un pourcentage de 15% deconsanguinité, une minorité (14%) avait un antécédent de souffrance néonatale. Lalocalisation cervico-céphalique est de loin la plus fréquente, avec un pourcentage de 67%. Ladistribution segmentaire a été trouvée dans 52% de nos cas. Le traitement a été administré à ladose de 3mg/kg/jr pour la plupart de nos patients. Il a été administré sur une période moyennede 13,61 mois. L'âge moyen de début du traitement était de 7,46 mois. L'efficacité a été jugéefavorable chez 57 % des cas : excellente pour 15 % de nos patients, bonne chez 42% de nospatients, et insuffisante chez 29 nourrissons (43%). Une deuxième évaluation thérapeutique aété faite au 12ème mois dans le cadre du suivi thérapeutique des patients qui prennenttoujours le propranolol et afin d'observer et de comparer leur réponse à M6 et à M12. En tout81%, 34% et 19% des cas ont présenté une réponse excellente, bonne et insuffisanterespectivement. Une analyse bivariée de la durée globale du traitement a montré unerépartition significativement différente de cette dernière suivant l'âge de début du traitement
(p=0,023). L'étude comparative de la réponse thérapeutique au 6 et
12ème mois a montré qu'une période prolongée du traitement à une influence positive sur lesréponses thérapeutiques favorables avec un p<0,01.

Discussion :

Notre étude se singularise par une durée de traitement prolongée avec une bonne tolérance etune introduction du propranolol à un âge tardif. Nos résultats corroborent ceux despublications antérieures, avec un taux de régression entre 50 et 96 %. Elle montre unecorrélation significative de la réponse thérapeutique avec la durée prolongée du traitement. Letraitement doit être instauré dans les premiers mois de vie (avant 5 mois dans l'AMM), depréférence en pleine phase proliférative, néanmoins les prescriptions parfois plus tardives, ontpermis de montrer que le propranolol restait efficace sur l'hémangiome même tardivement, cequi a été démontré également dans notre étude.

L'intérêt de la plasmaphérèse dans le traitement des toxidermies graves

HananRagragui Ouasmin[1] ; Hasnae Saddouk[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 nécrolyse épidermique toxique (NET) est une toxidermie cutanéomuqueuse grave et rare qui regroupe en fonction de la surface cutanée décollée ; le syndrome de Stevens Johnson, le syndrome de chevauchement et le syndrome de Lyell. Elle est potentiellement mortelle et son traitement reste mal codifié. Le but de notre travail est de montrer l'efficacité de la thérapie par les échanges plasmatiques dans la NET.

Matériels et méthodes :

C'est une étude, rétrospective et descriptive, étalée sur 7 ans, allant de Janvier 2015 au Mars 2022, menée au service de dermatologie de CHU Mohammed VI d'OUJDA, rassemblant tous les patients hospitalisés pour NET.

Résultats :

Neuf patients ont été colligés, dont 3 patients avaient un syndrome de Stevens Johnson, 3 patients avaient un syndrome de chevauchement et 3 patients avaient un syndrome de Lyell. On notait une légère prédominance masculine avec un sex-ratio H/F à 1.25. L'âge moyen de nos patients était de 36.11 ans avec des extrêmes allants de 8 ans à 87 ans. Le délai moyen entre la prise médicamenteuse et la survenue des lésions était de 10.22 jours. Les médicaments incriminés étaient principalement la lamotrigine, la carbamazépine et la triméthoprime-sulfaméthoxazole.

1 seul patient a reçu des IgIV, 5 patients ont bénéficié de soins locaux et 3 patients ont reçus des séances d'échange plasmatique dont 1 patient a reçu 3 séances et 2 patients ont reçus 2 séances. L'assèchement des érosions avec l'arrêt de l'extension des lésions étaient notés à J2 de la 2ème séance de plasmaphérèse chez 2 patients et le lendemain de la 1ère séance de plasmaphérèse chez une patiente. Le délai moyen de la cicatrisation cutanéomuqueuse complète par rapport à la dernière séance de plasmaphérèse était de 13 jours avec des extrêmes allant de 7 à 22 jours.

Le délai moyen du séjour hospitalier était de 18.66 jours chez le groupe plasmaphérèse et de 48 jours chez le groupe non plasmaphérèse. Deux des 6 patients qui n'ont pas reçu des séances de plasmaphérèses étaient décédés sans aucun décès chez le groupe plasmaphérèse.

Discussion :

La NET est une réaction médicamenteuse grave avec un taux de mortalité supérieur à 30 % justifié par les complications systémiques et les défaillances multiviscérales.

Son incidence annuelle est d'environ 0,4 à 1,2 cas par million d'individus.

La plasmaphérèse est une méthode de purification sanguine extracorporelle de plus en plus utilisée en dermatologie en raison de ses avantages significatifs dans la réduction du taux de mortalité de la NET et le raccourcissement des séjours hospitaliers.

De plus, une étude observationnelle prospective chinoise réalisée par Freng Han et al a conclu que l'efficacité de la plasmaphérèse peut être supérieure aux IgIV ou aux corticostéroïdes et qu'elle pourrait présenter des avantages significatifs seule en tant que thérapie de 1ère intention sans association avec les autres traitements.

Conclusion :

Notre étude illustre l'intérêt de la plasmaphérèse en tant que traitement précoce de première intention pour réduire le taux de mortalité et le séjour hospitalier des patients présentant des toxidermies grave type NET. D'autres études analytiques à grand échelle seront nécessaires pour classer la thérapie par plasmaphérèse comme traitement de référence et de 1ère intention dans les toxidermies graves.

Photothérapie et Vitiligo : expérience du service

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:

Le vitiligo est une perte sélective des mélanocytes entrainant une dépigmentation chronique et affichante de la peau et de la muqueuse. La Photothérapie représente un des principaux traitements

Matériel et méthodes:

C'est une étude rétrospective incluant les cas de Vitiligo traités par photothérapie au service de Dermatologie du CHU Mohamed VI d'Oujda entre 2017 et 2021. Tous les patients ont bénéficié d'une photothérapie UVB à raison de 3x/semaine selon un protocole préalablement établi en fonction du phototype. Nous avons évalué la repigmentation: pas d'amélioration(0%) légère amélioration(1-30%) bonne amélioration(30-70%) très bonne amélioration(70-100%)

Résultats:

Au total 34 patients ont été inclus avec un âge moyen de 33 ans et une prédominance féminine. Trois patients étaient de phototype 3 et 31 de phototype 4. Nous avons compté 3 cas de vitiligo segmentaire, 6 acrofacial et 25 généralisé avec une moyenne d'évolution de 4.5 ans. Dans 61% des cas, la photothérapie était associée à d'autres traitements (tacrolimus, laser CO2, dermocorticoïdes). Nous avons noté une légère

amélioration dans 29% des cas, une bonne amélioration dans 30% des cas, une très bonne amélioration dans 24% des cas, aucune réponse chez 1 patient et 15% des patients ont arrêté le traitement pour diverses raisons (grossesse, perdus de vue, effets secondaires, scolarité). La dose cumulée était en moyenne de 46.5J/Cm2 avec une durée moyenne de 3 mois. Les effets secondaires notés étaient l'érythème (23%) et les céphalées (2%). L'évaluation à 1 an a objectivé un état stationnaire chez 44% des patients, une récidive chez 8%, les autres patients étaient perdus de vue. Nous avons noté que les résultats étaient moins satisfaisants au niveau des extrémités

Discussion:

La photothérapie UVB est un traitement de choix des formes étendues de Vitiligo entrainant peu d'effets indésirables. Il s'agit d'un traitement efficace permettant une repigmentation et une stabilisation des lésions mais avec une efficacité moindre au niveau des extrémités. La réponse dépend du phototype, de la forme et du siège. La durée moyenne de traitement est d'un an. L'association à d'autres thérapeutiques est essentielle.

Conclusion:

La photothérapie représente un traitement efficace du Vitiligo mais qui demeure une technique chronophage pour le médecin et le patient

Omalizumab : une lueur d'espoir

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

Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction :

L'Omalizumab (OMZ) est un anticorps anti-IgE qui constitue actuellement une alternative thérapeutique pour les patients atteints d'urticaire chronique sévère réfractaire .

Nous rapportons l'expérience du service de dermatologie de Fès dans le traitement de l'urticaire chronique par OMZ à travers 2 observations .

Observation 1 :

Mme H, âgée de 43 ans ,sans antécédents pathologiques notables , suivie pour une urticaire chronique spontanée ayant reçu l'antileucotriène et les antihistaminiques à 4 fois la dose. À noter que le DLQI initial a été à 22 et le UAS7 à 20 . La patiente a été mise alors sous OMZ à raison de 300mg/mois en injection sous cutanée associée aux antihistaminiques. L'évolution à 1 mois a été marquée par une amélioration de 60% du DLQI et un passage de l'UAS7 à 7 ; une amélioration de 80% du DLQI et un UAS7 à 6 à 3 mois , et un UAS7 < 6 à 6 mois . Devant l'amélioration de la symptomatologie , la patiente a arrêté les antihistaminiques d'elle-même en maintenant les injections d'OMZ seules , et elle ne s'est pas présentée aux consultations de contrôle . Nous l'avons revue à 18 mois , elle a rapporté une aggravation de son urticaire , le DLQI a été à 17 et le UAS7 à 9 . Notre conduite a été la réintroduction des antihistaminiques associés aux injections d'OMZ avec une bonne éducation de la patiente .

Observation 2 :

Mme M, âgée de 38 ans ,sans antécédents pathologiques notables , ayant un IMC à 27, suivie pour une urticaire chronique spontanée , ayant été mise sous antihistaminiques , méthotrexate et disulone sans aucune amélioration . Puis 4 injections mensuelles d'OMZ ont été administrées par voie sous-cutanée .Le DLQI initial a été 10 à et UAS7 à 15 . À un mois le DLQI est passé à 5 et UAS7 à 7 . À 3 mois , la patiente a présenté des arthralgies motivant sa consultation chez un rhumatologue qui l'a mise sous anti-inflammatoires . Elle a alors rapporté une aggravation concomitante des lésions après la prise de ces derniers ,d'où la prise de corticoïdes oraux par automédication .

Discussion

Les recommandations pour la prise en charge thérapeutique de l'urticaire chronique spontanée ont placé l'OMZ ,étant un anticorps monoclonal anti-immunglobuline E , en seconde ligne thérapeutique après les antihistaminiques à posologie augmentée . En effet , il a prouvé son efficacité, comme il a été rapporté dans de nombreuses études , en se basant sur le Dermatology Life Quality Index (DLQI) et le score d'activité de la maladie (UAS7) (1) . Cependant, il n'existe à ce jour aucune définition consensuelle de la réponse au traitement basée sur de tels scores .

Une réponse complète est définie par un score UAS7 = 0 et (DLQI = 0 et absence de lésion), une réponse sigificative par une amélioration du DLQI supérieure à 80 % ,une réponse partielle par un UAS7 entre 1 et 6 et une amélioration du DLQI entre 50 et 80 % , et une absence de réponse par un UAS7 > 6 et une amélioration du DLQI inférieure à 50 %.

Selon les études, on observe entre 46 % et 62 % de réponses complètes dès les 4 premières semaines de traitement (2),(3),(4), et entre 27 % et 37,6 % au 6ème mois (3),(4).

En cas de réponse complète, les anti-H1 doivent être arrêtés progressivement , toutefois , aucun consensus n'existe concernant l'arrêt de l'OMZ .

D'autre part , en cas de non réponse au traitement après un délai de 6 mois , il est préconisé d'augmenter les doses ou de réduire l'intervalle (5).Par ailleurs , une perte d'efficacité du traitement au cours du temps a été suggérée par certaines études (2)(3).

Cependant ,en cas d'aggravation de la symptomatologie après une bonne réponse clinique initiale , un facteur déclenchant devrait être d'abord recherché, cela a été bien illustré dans notre 2ème observation .

Aucune donnée concernant la durée optimale de traitement par OMZ n'est publiée. Dans les études en vie réelle et dans la pratique quotidienne, l'OMZ est généralement poursuivi tant qu'il y a des manifestations cliniques.

Conclusion

Le traitement par OMZ dans l'urticaire chronique semble être efficace . Le praticien ne doit pas retenir l'échec du traitement qu'après avoir mené un bon interrogatoire à la recherche des facteurs pouvant entraver la réponse thérapeutique .

Naevus éruptif post Rituximab : particularités clinique et dermoscopique

G.Sqalli,H.Baybay,M.Guechatti,S.Elloudi,M.Soughi,Z.Douhi,FZ.Mernissi

Service de dermatologie CHU Hassan II Fes

Introduction

Les nævus sont des tumeurs mélanocytaires bégnines et fréquentes pouvant être congénitales ou acquises. Un aspect hétérochrome, large et des contours irréguliers de certains naevus nous fait craindre un mélanome. C'est le cas des éruptions naeviques dans le cadre de dermatoses bulleuses ou bien en post chimiothérapie, où le caractère atypique clinique et dermoscopique nous pousse à réaliser une biopsie. Nous rapportons le cas d'une patiente suivie pour epidermolyse bulleuse acquise ayant présenté une éruption naevique associée à un changement morphologique d'ancien nævus.

Observation

Patiente âgée de 37 ans, sans antécédents notables suivie depuis 2017 pour une épidermolyse bulleuse acquise retenue sur des critères cliniques et histologiques.Elle a reçu plusieurs protocoles thérapeutique : disulone, bolus de corticoïdes puis fut mise sous Rituximab associée à 0.5mg/kg/jr de Prednisone. Sur le plan local elle fut

mise sous soins à base de sulfadiazine argentique. L'évolution était spectaculaire avec la cicatrisation de toutes les érosions et l'apparition 6 mois après de macules brunes de taille et forme différentes diffuses sur le tronc et les extrémités. Par ailleurs on a noté l'accentuation de la pigmentation et l'augmentation en taille ainsi qu'une irrégularité des contours d'une lésion pigmentée du tronc. A la dermoscopie de cette dernière : présence d'un patron atypique fait de points et globules brun et un réseau a contours irrégulier. Devant cet aspect nous avons pensé à une éruption naevique post Rituximab, naevus dans le cadre des epidermolyses bulleuses ou un mélanome.Une biopsie a été faite avec étude immuno histochimique revenant en faveur d'un naevus jonctionnel.

Discussion

Les éruptions naeviques peuvent survenir dans le cadre de certaines pathologies bulleuses comme le syndromme de stevensjohson , les epidermolyses bulleuses mais aussi dans les suites de traitements immunomodulateurs. Il n'existe à l'heure actuelle que quelques rapports de cas objectivant certaines caractéristiques cliniques et dermsocpique de ces manifestations. Les éruptions naeviques constatés après l'utilisation de certains traitements ne disposent toujours pas de critères diagnostic précis. Les traitements incriminés sont surtout les immunosuppresseurs (azathioprine),certaines biothérapies tel que l'etanercept, chimiothérapie comme les inhibiteurs BRAAF , et melanotan I et II.(1)(2)Ces naevus apparaissent souvent au niveau du tronc et des extrémités chez les jeunes adultes et se caractérisent en dermoscopie par la présence de globules disposés en anneau à la périphérie de la lésion et cela n'était pas constaté chez notre patiente.(1) (3)Sur le plan histologique , Il s'agit souvent de naevus composés et rarement de naevus dysplasique. (1)Le sous type jonctionnel survenant suite à la prise de Rituximab est, à notre connaissance, décrit pour la première fois.

L'explication physiopathologique de ce type d'éruption serait en rapport avec l'immunosuppression systémique occasionnée par le médicament immuno modulateur, entrainant ainsi la stimulation de la prolifération mélanocytaire par certains facteurs de croissance.(1)(2)(3) Par ailleurs, les nævus survenant au cours des épidermolyses bulleuses sont de grandes lésions brunes, asymétriques et souvent irrégulièrement pigmentées siégeant sur des anciens sites de la maladie ce qui n'était pas le cas de notre patiente.(4) Leur dermoscopie révèle un patron multi composé, des points et globules irréguliers, des zones hypo et hyper pigmenté ainsi qu'un patron vasculaire fait de zones rouges laiteuses, vaisseaux en virgules et glomérulaires.

Ces nævus seraient dû à la présence de cellules mélanocytaires flottantes dans le liquide d'une des vésicules de l'épidermolyse bulleuse et qui après s'être fixé au hasard au bord d'une vésicule, prolifèrent de manière important au niveau épidermique.(4) L'intérêt de notre cas réside en sa particularité sur le plan clinique par la survenue de naevus suite au Rituximab jamais rapporté auparavant mais aussi le motif dermoscopique atypique décrit pour la première dans les éruptions naeviques post traitement immunomodulateure . Nous avons pu éliminer un naevus dans le cadre d'épidermolyse bulleuse car l'aspect clinique et dermoscopique ne

cadre pas. La biopsie cutanée a pu écarter une pigmentation iatrogène post sulfadiazine argentique.

Conclusion

Les naevus sont des proliférations mélanocytaires bégnines pouvant être acquises dans le cadre de certaines pathologies auto immune et faire suite à certains traitement immunosupresseurs. L'éruption naevique post Rituximab avec un patron dermoscopique atypique suspect et un motif jonctionnel à l'histologie est un cas inhabituel.

Peut- on parler d'un traitement curatif du syndrome de kasabach-merritt par Everolimus ?

El Ammari. S 1 ,Baybay H 1 , Kacimialaoui.I 1 , Elloudi S 1 , Soughi.M 1 ,Douhi Z 1 ,Mernissi FZ 1 Kojmane.W2 ,Atmani.S 2.

1: Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

2: service de néonatologie. CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'angiome en touffes est une tumeur vasculaire rare qui peut se compliquer du syndrome de Kasabach Merritt (SKM). Ce syndrome induit une thrombopénie majeure et une coagulation intra-vasculaire disséminée pouvant mettre en jeu la vie du patient. Nous en rapportons un cas.

Observation :

Nourrisson de 1 mois, sans antécédent pathologique notable. Il présente depuis la naissance une rougeur avec légère tuméfaction du 1/3 inferieur de l'avant-bras gauche s'aggravant progressivement avec extension vers la main et le creux axillaire homolatéral. L'examen avait retrouvé un membre supérieur gauche tuméfié, tendu, de couleur rouge violacée, luisant, chaud, hyperalgique à la palpation, plus accentué au niveau de l'avant-bras, avec la présence de quelques papules et nodules érythémateux au niveau du bras et du creux axillaire homolatéral. Un bilan biologique a été réalisé objectivant une thrombopénie profonde, des D- Dimères élevés et un TP bas ; confirmant le diagnostic du SKM. Une biopsie cutanée a été également réalisée dont l'étude histologique était en faveur d'un angiome en touffe. L'écho- doppler artériel et veineux du membre atteint avait objectivé une thrombose de l'axe veineux superficiel et profond. Le nourrisson fut mis sous bolus de méthylprednisolone (30mg/kg/j) pendant 3jours, associé à l'acide salicylique (10mg/kg/j) et à la contention

élastique. Un traitement à base d'Evérolimus a été ensuite instauré à la dose de 0,1 mg/kg/j maintenu pendant 1 an avec une très bonne amélioration clinique et normalisation du bilan biologique, sans signes de rechute 15 mois après l'arrêt.

Discussion :

L'angiome en touffes est une tumeur vasculaire congénitale qui survient tôt dans l'enfance, en particulier au cours de la première année de vie. Il siège préférentiellement au niveau du thorax et des membres. Il a la particularité de pouvoir se compliquer du SKM qui est une affection agressive et potentiellement mortelle, suspectée cliniquement devant une augmentation brutale du volume de la tumeur et/ou par l'apparition de purpura pétéchial, ecchymoses, saignements et/ou nécrose de la tumeur. Les examens biologiques montrent des taux de plaquettes très bas, généralement compris entre 3 000 et 60 000 par microlitre, des taux de fibrinogène réduits et des taux de d-dimères et de produits de dégradation de la fibrine élevés. L'association corticothérapie, antiagrégants plaquettaires et/ou vincristine ont longtemps été considérée comme les traitements les plus efficaces. Cependant, les inhibiteurs de la voie mTOR ont révolutionné la prise en charge de cette pathologie, tels que l'Evérolimus utilisé dans notre cas, qui permet un contrôle durable de la maladie, malgré son coût élevé, il reste accessible chez la population pédiatrique de petit poids, contrairement au Sirolimus qui est non disponible au Maroc et qui a un effet suspensif.

Conclusion :

Notre cas a prouvé l'efficacité et la sécurité de l'Evérolimus dans le traitement du SKM. Cependant des études à grande échelle sont nécessaires avant de pouvoir le recommander comme traitement de première intention.

Place de la Dapsone dans le traitement de l'acné fulminante.

Lahrougui A, Fikri C, Aboudourib M, Amal S, Hocar O :

Service de dermatologie et vénérologieCHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc

Laboratoire Biosciences et santé.

Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad.

Introduction

Appartenant à la famille des sulfones, la Dapsone est le traitement de référence de la lèpre depuis 1940.

Par ailleurs, grâce à ses effets antibiotiques et immunomodulateurs, la dapsone est devenue un traitement incontournable en dermatologie, notamment dans le traitement de nombreuses dermatoses inflammatoires comme l'acné nodulokystique et fulminante.

Observation

Un patient de 31 ans suivi pour acné conglobata depuis l'âge de 14 ans, traité à plusieurs reprises par isotrétinoines sans amélioration clinique, consulte pour une éruption cutanée douloureuse et non prurigineuse, intéressant le visage dos et tronc, évoluant depuis un mois, associée à la présence d'arthralgies inflammatoires intéressant les genoux et le rachis dorsolombaire.

L'examen dermatologique objectivait la présence de lésions pustulo-nodulaires diffuses au niveau du visage, tronc et dos, ainsi que des lésions cicatricielles pigmentées et atrophiques par endroit, surmontées de lésions ulcéro-nécrotiques en faveur d'une acné fulminante.

Sur le plan biologique: Présence d'une hyperleucocytose à 16000 avec une CRP à 124, le prélèvement bactériologique des pustules a objectivé la présence du germe Corynebacterium amycolatum, le taux de G6PD était normal à 389.

Le patient a été traité par de la ciprofloxacine orale pendant 10 jours ainsi que par de la Dapsone à la dose de 100mg/jour, actuellement à 2 mois de traitement, avec une nette amélioration clinique, et ce depuis la première semaine.

Discussion

L'acné est une pathologie fréquente dont la prise en charge varie en fonction de son niveau de sévérité.

La forme sévère est rare mais peut être très grave, nécessitant dans certains cas une hospitalisation, son traitement de référence repose sur les isotrétinoines, néanmoins, de nombreux cas de résistances thérapeutiques ont été décrits.

Dans ces cas-là, de nombreuses études ont prouvé que la Dapsone semble être une bonne alternative thérapeutique, de part son activité antibactérienne ainsi que son activité immunomodulatrice par altération du chimiotactisme.

La Dapsone est Commercialisée en France sous le nom de la Disulone, sa posologie est variable en fonction de la pathologie, de l'âge et de la susceptibilité individuelle, pouvant aller de 25mg à 100mg par jour chez l'adulte, et une dose maximal de 2mg/kg/j chez l'enfant en prise unique.

La durée de traitement dépend le plus souvent de l'évolution et peut aller jusqu'à 6 mois.

Néanmoins, son utilisation n'est pas sans risque, il est donc primordial de réaliser un bilan pré thérapeutique ainsi qu'un suivi rigoureux clinique et biologique pour assurer la sécurité des patients.

Conclusion

L'acné est une pathologie complexe, son diagnostic est très souvent facile mais sa prise en charge est dans certains cas difficile nécessitant une concertation multidisciplinaire.

Un cas d'acné induite par vaccin anti-covid19

Soumaya. Faras, Ibtissam. Boubnane, Meryem. Aboudourib, Ouafa. Hocar, Said. Amal
Service de dermatologie, CHU Mohammed VI Marrakech, Laboratoire bioscience et santé, faculté de
médecine et de pharmacie 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 secondaires à l'administration des différents vaccins anti COVID-

19, les réactions locales sont les plus fréquentes, suivies des éruptions urticariennes et morbiliformes. Ici, Nous rapportons un cas de poussée d'acné induite après administration de la première dose du vaccin anti COVID-19 type Sinopharm décrit pour la première fois à la limite de notre recherche.

Observation :

Jeune patiente de 25ans, sans antécédents, qui a présenté des lésions cutanées acnéiformes inflammatoires monomorphes touchant le visage et le tronc, classées grade 3 évoluant 10jours après l'injection de la 1ere dose du vaccin covid 19 type Sinopharm. La patiente n'a pas pris de traitements médicamenteux avant la survenue de l'acné.

La patiente rapporte qu'elle avait une peau à tendance grasse avec quelques papules inflammatoires en période pré menstruelle depuis l'âge de 14 ans.

Elle a été mise sous lymécycline 300mg/j avec Adapalène et Peroxyde de benzoyle topique avec bonne évolution.

Discussion :

Certains vaccins ont montré qu'ils produisent une réponse prédominante de type Th1 induisant une augmentation de sécrétion de TNF alpha, IFN gamma et IL2. Ce qui peut stimuler des poussées de maladies telles que l'acné, le psoriasis, le pemphigus vulgaire, le lichen plan, et d'autres maladies inflammatoires dont la pathogenèse a démontré le rôle Th1.

Evaluation de l'impact socio-économique des traitements de l'ichtyose congénitale sur les parents dans la société marocaine

Soumaya Faras, Ibtissamboubnane, Meryem Aboudourib, Amal Said, OuafaHocar
Service de dermatologie, CHU Mohammed VI Marrakech, Laboratoire bioscience et santé, faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Les enfants souffrant de l'ichtyose congénitale sont confrontés quotidiennement à appliquer sur toute la surface du corps divers traitements topiques, qui peuvent être

associés à des rétinoïdes oraux dans les cas les plus graves, ce qui met les parents entre la nécessité de ces traitements et leur coût élevé non remboursés par les couvertures sociales.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les conséquences sociales et économiques directes et indirectes sur la vie réelle des parents liées au traitement de l'ichtyose congénitale.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective menée auprès des parents d'enfants souffrant d'une ichtyose congénitale, auxquels un questionnaire téléphonique a été adressé comprenant 16 questions afin d'évaluer le coût direct et indirect imposée par cette maladie sur la vie des parents

Résultat :

64 familles ont participé à notre étude, l'âge moyen des enfants était de 5 ans, avec un sexe ratio de H/F de 1,1, toutes les familles de notre série étaient de bas niveau socio-économique, et avaient un seul enfant atteint d'ichtyose, sauf une famille qui avaient 3 enfants atteints de la maladie, 25% des patient avaient la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) comme couverture sanitaire, il payaient entre 100 dirhams à 200 dirhams par mois pour la consultation et 75% avaient le régime d'assistance médical (Ramed) et ne payaient pas la consultation, 62,3% de nos patients avaient un montant mensuel de bilans de suivi entre 300 dirhams à 500 dirhams par mois. Ceux qui avaient des dépenses de traitement entre 500 dirhams à 1000 dirhams représentaient plus de 75% de l'échantillon ce qui oblige les parents dans 71% des cas de à interrompre le traitement vue le coût élevé des traitements

non remboursés. Plus de 62% s'absentaient être 1 à 2 fois par mois de leur travail pour ramener leurs enfants aux centres de soins et consommaient entre 100 dirhams à 300 dirhams par mois pour le déplacement.

Discussion :

Nos résultats mettent en évidence ce fardeau imposé par l'ichtyose congénitale sur les revenus des parents, de multiples dimensions de la vie quotidienne étaient lourdement affectées, notamment enraison du coût des traitement topique et oraux non remboursés, de l'absentéismes des parents à cause de la maladie de leurs enfants, du coût des déplacements, des bilans du suivi annuel. Sur le plan économique, les médicaments utilisés ont été très chers et non remboursés par les différentes ouvertures sociales, responsable de la mal observance et la discontinuité

des traitements. Notre étude souligne la pertinence de mettre en place des mécanismes de couverture sociale permettant l'accessibilité aux soins pour nos patients à faible revenu pour la plupart.

L'iatrogénie au méthotrexate en dermatologie: une série de 22 cas.

H.Moata[1], F.Hali[1], A.Meftah[2], H.Filali[2] , H.Rachadi [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 méthotrexate (MTX) appartient à la classe des antimétabolites.Il agit en bloquant l'action de l'acide folique, ce qui réduit l'activité du système immunitaire et les réactions inflammatoires.Ilest largement prescrit en dermatologie.L'objectif était de décrire les différents aspects cliniques et paracliniques de l'iatrogénie au MTX en milieu dermatologique.

Matériel et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective entre janvier 2000 et décembre 2021 des patients ayant présenté une iatrogénie au MTX survenant à des doses thérapeutiques au service de dermatologie et vénérologie de l'hôpital universitaire Ibn Rochd.Le caractère iatrogène des différentes manifestations était retenu après élimination des autres causes possibles(infectieuses,inflammatoires et néoplasiques)et sur les données de pharmacovigilance.

Résultats :

Un total de 22 patients a été recensé. L'âge moyen était de 52,7ans.Une prédominance masculine a été notée avec un sex ratio H/F=13/9.Les comorbidités associées étaient une hypertension artérielle(n=5)et un diabète de type 2(n=3).Les indications du MTX étaient:un psoriasis(n=14),et un mycosis fongoïde(n=8).La dose prescrite du MTX variait entre 10 et 50 mg/semaine avec une dose moyenne de 25

mg/sem.Les manifestations iatrogènes imputables à la prise du MTX étaient répartis comme suit: troubles digestifs(n=12),cytolyse hépatique(n=4),pneumopathie interstitielle(n=2),fibrosehépatique(n=1),ulcérations cutanées(n=1),lymphopénie(n=1),épisode dépressif majeur(n=1).Un arrêt du MTX était indiqué chez 9 patients(40,9%),8 patients(36,36%)ont arrêté le MTX sans avis médical devant des troubles digestifs(n=7) et une symptomatologie psychiatrique(n=1).Une diminution de la posologie était préconisée chez 5 patients(22,72 %).L'évolution était favorable dans la majorité des cas(19/22)soit 86,36 %.

Discussion :

Les effets secondaires du MTX sont polymorphes.Ils sont essentiellement observés à des doses anticancéreuses et sont donc relativement rares en milieu dermatologique.Ils sont surtout dus à la toxicité directe de la molécule,mais parfois a des réactions immunoallergiques.Les atteintes hépatiques sont représentées par la fibrose,la cirrhose et une cytolyse aigue minime et réversible.Les troubles digestifs à type de nausées et de vomissements sont fréquents,surtout en l'absence de supplémentations en folates,et sont responsable d'une mauvaise adhérence thérapeutique,ce qui est le cas dans notre étude.La toxicité hématologique est également favorisée par le déficit en folates.Le MTX peut être responsable d'une pneumopathie interstitielle de mécanisme immunoallergique et d'infections virales,bactériennes et parasitaires.L'atteinte cutanéo-muqueuse est représentée par des érosions ou des ulcérations cutanées parfois localisées sur les plaques de psoriasis,de même que des réactions de phototoxicité et de photoréactivation notamment après PUVAtherapie.

Evaluation de la place du méthotrexate dans le traitement du mycosis fongoïde et du syndrome de Sézary à travers une série hospitalière

S.IBZER, M.SIDKI, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S. AMAL Service de Dermatologie Vénérologie, CHU Mohammed VI de Marrakech, Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction

Les lymphomes T épidermotropes constituent les lymphomes cutanés primitifs les plus fréquents. Le méthotrexate est un agent antimétabolite qui représente l'un des principaux traitements de cette entité. Le but de notre étude était d'exposer notre expérience avec le méthotrexate dans le traitement du mycosis fongoïde (MF) et du syndrome de Sézary (SS) en l'absence de plusieurs autres moyens thérapeutiques.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective descriptive sur 20 ans (Janvier 2002-Décembre 2021) incluant tous les cas de MF et SS traités par méthotrexate seul ou associé à d'autres traitements dans notre formation.

Résultats

Nous avons colligé 35 cas (18 hommes et 17 femmes) dont 27 MF et 8 SS. La moyenne d'âge était 56 ans. Les stades anatomocliniques étaient dominés pas les IB et IVA (8 cas chacun), puis IIIA (7), IIA (5), IIB (3), et IA avec IIIB (2 cas chacun). Les principales comorbidités retrouvées étaient des hémopathies malignes chez 2 patients et des cancers solides chez 2 autres. La posologie moyenne était 25mg/semaine et la durée moyenne du traitement 18 mois. Les traitements associés étaient essentiellement les dermocorticoïdes (22 cas), la photochimiothérapie extracorporelle (14 cas), et la photothérapie (7 cas). La rémission était complète chez 5 patients et partielle chez 6 autres. En revanche, l'évolution était stationnaire dans 2 cas. Le passage à la chimiothérapie était indiqué dans 4 cas de MF transformé et un cas de SS avec aggravation clinicobiologique. Le traitement était arrêté précocement chez 3 malades suite à des complications hépatiques et hématologiques. Huit patients étaient perdus de vue et 7 décédés ; dont 3 à cause des comorbidités associées, et 4 aux stades avancés de la maladie (IIIA et IVA).

Discussion

Le méthotrexate est utilisé depuis longtemps dans le traitement des lymphomes cutanés épidermotropes et garde toujours sa place malgré l'avènement de nouvelles thérapeutiques notamment dans les pays en voie de développement. Son mécanisme d'action est peu connu, il peut être expliqué par la modulation de l'expression de certains gènes entrainant l'augmentation de la réponse des cellules néoplasiques aux stimuli apoptotiques. Notre étude démontre l'intérêt du méthotrexate notamment dans les stades précoces de la maladie, ce qui rejoint les données de la littérature. C'est un traitement peu couteux, disponible, et globalement bien toléré. Une étude récente faite à Montpellier par F. Alenezi et al avait objectivé que le méthotrexate semble avoir un rapport bénéfice/risque favorable tant dans le traitement du MF précoce que dans le SS, mais la fréquence des rechutes signale la nécessité de développer des biomarqueurs prédictifs de l'efficacité.

SYNDROME DE NICOLAU : A PROPOS D'UN CAS

S.KARIMI, O.HOCAR, M.ABOUDOURIB, S.AMAL
Service de Dermatologie, Hôpital ARRAZI CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc
Laboratoire science et santé
Université Cadi Ayyad

Introduction :

Le syndrome de Nicolau ou dermite livédoïde de Nicolau est une complication iatrogène rare mais grave. Il survient après une injection intramusculaire ou intra-articulaire de certains médicaments tels que les glucocorticoïdes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les pénicillines.

Nous rapportons le cas d'un syndrome de Nicolau survenant après injection intramusculaire de 75mg dediclofenac.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 58 ans, hypertendue sous amlodipine. Qui se présentait pour placard inflammatoire de la fesse gauche suite à une injection intra musculaire de de diclofénac 75 mg, dix jours auparavant suite à des lombalgies aiguës.

L'examen clinique retrouvait une fièvre à 39°c, un placard purpurique-violacé du quadrant supéro-externe de la fesse gauche recouvert d'une bulle à contenu séro-

hématique, compliqué 12 heures plus tard par l'apparition de nécrose centrale avec hypoesthésie et crépitations.

Sur ces données anamnestique et clinique un syndrome de Nicolau a été évoqué. La prise en charge était médico-chirurgicale. Elle comportait une triple antibiothérapie : céphalosporine de 3 ème génération (ceftriaxone 2g/j), gentamicine (160mg/j) et métronidazole (1g/j), associée aux antalgiques palier 2 avec une héparinothérapie à dose prophylactique. Le geste chirurgical consistait en une nécrosectomie large de la fesse avec mise à plat et drainage.

Discussion :

Le syndrome de Nicolau (dermatite livédoïde) est un effet indésirable connu mais rare impliquant la nécrose de la peau, du tissu sous-cutanée et même musculaire, localisé au le site d'injection d'un médicament.

La physiopathologie de ce syndrome n'est pas encore totalement élucidée : l'embolie, le vasospasme et l'inflammation sont les 3 hypothèses les plus probantes pour expliquer l'apparition d'une dermite livédoïde post-injection médicamenteuse.

La présentation typique est le blanchiment et la douleur autour du site de l'injection, suivi d'un érythème, placard vivéoïde et hémorragique et enfin la nécrose. Une infection secondaire peut survenir. Le diagnostic est principalement clinique; la biopsie cutanée montre des modifications nécrotiques causées par une ischémie.

La prise en charge thérapeutique dépend du stade évolutif. En phase initiale, lorsque la douleur prédomine, le traitement consistera en une antalgie forte. En phase aiguë, phase où la dermite devient visible, des corticostéroïdes topiques ou systémiques peuvent être administrés, ainsi que des anticoagulants type héparine. En phase nécrotique, le traitement peut aller jusqu'au débridement chirurgical et une chirurgie plastique peut s'avérer nécessaire.

Conclusion :

Bien que le syndrome de Nicolau soit un effet indésirable rare, tout clinicien doit être conscient de cette complication et utiliser les procédures d'injection recommandée pour le prévenir.

Utilisation du rituximab au cours du pemphigus : expérience du service de dermatologie de CHU de Marrakech

I.Biygjoine, O.Lafdali, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal

Service de dermatologie et vénérologie

Laboratoire de biosciences et santé

CHU Mohammed VI Marrakech ; Maroc

Introduction :

Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune, traitée avec plusieurs médicaments immunosuppresseurs notamment le rituximab ; actuellement recommandé en première ligne dans les formes modérées à sévères, et apporte plus d'efficacité et moins d'effets indésirables que la corticothérapie.

Objectif :

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance du rituximab dans le traitement du pemphigus

Méthodes :

Une série rétrospective monocentrique sur une période de 3 ans contenant tous les patients de notre service présentant un pemphigus et ayant reçu du rituximab. Les résultats cliniques du traitement par le rituximab ont été évalués sur la base des définitions des paramètres d'évolution de la maladie dans le consensus international récent.

Résultats :

Nous avons colligés 17 patients atteints de pemphigus; l'âge moyen était de 49 ans allant de 18 ans à 67 ans. Le sexe féminin était prédominant dans 76,5% des cas. Aucun de nos patients n'avait un antécédent familial de pemphigus. Au total, 52,9 % ont été diagnostiqué comme pemphigus vulgaire ; 29,4% comme pemphigus foliacé et 17,7% comme pemphigus végétant. 15 patients avaient une atteinte cutanée (88,2%) tandis que 2 patients avaient exclusivement des lésions muqueuses (11,8%). L'atteinte était peu étendue chez 23,5% de nos patients (score PDAI ≤15), sévère chez 23,5% des patients (score PDAI ≥45) et modéré à sévère chez 53% patients (score PDAI de 15 à 45). L'ensemble de nos patients avaient reçus une corticothérapie orale avant le rituximab, 29,4% avaient reçus des bolus de méthylprédnisolone, 47% de l'azathiprine, 52,9% du cyclophosphamide, et seulement un patient avait reçu de la dapsone et des immunoglobulines. La durée médiane d'évolution de la maladie avant la première perfusion était estimée à une année. Tous nos patients avaient reçu 1 gramme du rituximab à J1, J15, avec une dose d'entretien de 1gramme ou 500mg effectuée à distance d'un premier cycle en M6, M12 ; et 2 patients avaient reçus une injection d'entretien en sous cutanée à 1400 mg par manque de la forme intraveineuse. Le délai médian d'une rémission clinique complète (RCC) était de 1mois et 3jours chez tous les patients sauf un seul qui n'avait jamais eu de RCC. Cette rémission était maintenue pour une durée variant de 6 mois à 2 ans et demi. Une corticothérapie concomitante était prescrite chez tous nos patients à des faibles doses. L'amélioration des symptômes était en moyen de 67,3% après la 1 ère dose, de 85,8% après la 2 ème dose et d'environ 100% après la 3 ème dose. Les effets indésirables liés au traitement sont survenus chez un seul patient qui avait développé un œdème et une rougeur du visage après la perfusion. Seulement 7 patients (41,2%) ont présentés une rechute du pemphigus après une RCC. La rémission immunologique n'a pas peut-être évalué par défaut de moyens. Une dégression de la corticothérapie était entamées chez tous les patients en fonction de la réponse clinique de chacun.

Discussion :

Le rituximab est efficace et sûr chez les patients atteints du pemphigus selon les données de la littérature ce qui rejoint nos résultats ; son emploi en première ligne s'impose chez les patients ayant un pemphigus modéré à sévère vulgaire (PV) ou

superficiel (PS) selon les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé publié en Décembre 2019.

Notre étude confirme l'efficacité du rituximab pour le pemphigus. Non seulement ce traitement induit un taux de rémission élevé (jusqu'à 100%); mais aussi il fournit une faible rechute de la maladie avec moins d'effets secondaires.

Une étude réalisé sur la population pédiatrique a également objectivé l'efficacité et l'innocuité du rituximab avec un taux de RCC chez 77%.

En 2019, une étude a obtenu une RCC initiale dans 75% dans un délai moyen de 7,7 mois versus une RCC dans 67,3% dans un délai moyen d'un mois et 3 jours dans notre étude. 72,2% ont présenté une rechute, résultat supérieur à notre étude dont seulement 41,2% ont rechuté.

Dans l'ensemble, nos résultats concordent avec les données de la littérature.

Conclusion :

Nous confirmons l'efficacité et l'innocuité du rituximab pour les patients atteints de pemphigus. Avec le meilleur résultat et moins d'effets secondaires et de rechute.

Effets cutanés post vaccin anti-Covid 19 (à propos 338 cas) : Série du service de dermatologie CHU Hassan II Fès

M.Guechchati, Z. Douhi, El Bennaye H, K.Mejjati, M.Soughi, S.Elloudi, H.Baybay, F.Mernissi

INTRODUCTION :

Les vaccins contre la Covid 19 ont été développés et produits en un temps record. Des effets indésirables dermatologiques sont apparus au cours des essais cliniques et ont également été décrits dans la population depuis l'autorisation.

OBJECTIF :

L'objectif de cette étude était de recenser les différentes manifestations cutanées notifiées après les vaccins anti-Covid 19.

MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Il s'agit d'une étude prospective entre mars 2021 et mai 2022 menée au service de dermatologie, colligeant les effets indésirables du vaccin anti-Covid 19 chez 338 patients; comprenant une apparition de novo ou exacerbation de dermatoses préexistantes.

RÉSULTATS :

338 malades étaient colligés, l'âge moyen était de 42 ans avec une prédominance féminine à 66.8%. Plus de 50% des patients avaient reçu le vaccin AstraZeneca, suivi de Sinopharm. La première dose était la plus rapportée. Dix patients avaient présenté une réactivation de zona. L'âge moyen était de 45 ans ; la première dose du vaccin Sinopharm était retrouvée chez 5 patients.
Un cas de pemphigoïde bulleuse, un pemphigus séborrhéique et une pustulose exanthématique aigue généralisée étaient signalés, confirmés par biopsie cutanée et pharmacovigilance. 2 cas de vascularites étaient rapportés. 10 patients avaient une éruption urticarienne, un autre un prurit nu cédant aux antihistaminique. Un cas d'herpes labial était noté et deux éruptions acnéiformes.
62% des patients avaient présenté des effets indésirables locaux ; prédominés par la sensibilité au site d'injection, suivis par l'induration, la chaleur, la douleur, et la rougeur.
D'autres patients étaient recrutés à travers des consultations spécialisées, chez qui le vaccin était en rapport avec une exacerbation de leurs dermatoses. 45 patients psoriasiques avaient remarqué une poussée minime à modérée. Une seule poussée inaugurale de psoriasis était constatée.
Une aggravation d'un effluvium télogène (ET) chronique était vue chez 23 patientes; dont certains présentaient une hypoferritinémie, une hypovitaminose D ou une dysthyroïdie. La notion d'ET aigu était soulevée chez 31 patientes.

DISCUSSION :

Les réactions cutanées secondaires au vaccin contre la COVID-19 sont polymorphes, mais ressemblent à celles décrites après l'infection par le SARS-CoV-2, suggérant une réaction immuno-médiée commune contre la protéine Spike. [1]
Les réactions indésirables post-vaccinales peuvent être le résultat d'une réaction individuelle de la personne vaccinée à l'administration du vaccin, d'une erreur de mise en œuvre du vaccin ou d'administration du vaccin, ou de phénomènes indépendants de la vaccination et ne se produisant que par accident après la vaccination. [2]
En raison de la vaccination de masse, les évènements indésirables sont multiples, incluant l'apparition de novo ou des poussées de dermatose préexistantes.

CONCLUSION :

En tant que dermatologues, il est important de comprendre les caractéristiques des différents types de vaccins, leur interaction avec l'hôte et l'éventail des réactions systémiques et dermatologiques que nous pouvons observer.

Mots-clés : Vaccin anti Covid19 ; pharmacovigilance ; de novo ; réactivation

L'intérêt d'une greffe à hydrocolloïde dans l'accompagnement cicatriciel d'une exostoses sous unguéale

S.Chhiti, H.Baybay, Z. Douhi, M. soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc.

Introduction :

L'exostose sous-unguéale est une tumeur osseuse bénigne rare qui touche majoritairement les orteils des jeunes et peut être une source d'impact important sur la qualité de vie. Le traitement consiste à l'excision marginale et une fermeture méticuleuse de la plaie et un accompagnement cicatriciel bien conduit afin d'éviter les complications post opératoire.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons une nouvelle stratégie de prise en charge de la plaie post-chirurgicale chez 4 jeunes patientes ayant une exostose sous unguéale traiter par exérèses chirurgicale suivie par une greffe d'hydrocolloïde comme accompagnement cicatriciel post chirurgicale avec des résultats satisfaisante.

Résultats :

On avait 4 filles dont l'âge moyen était de 19 ans, ont consulté pour une lésion douloureuse sous unguéale suite à un traumatisme. L'examen a trouvé un nodule arrondi de 0,5 cm fixe, ferme et sensible à la palpation de couleur peau normale, surface kératosique sous la tablette unguéale. La radiographie a été réalisé chez toute nos patientes, a montré une masse opaque issue du dos de la phalange distale. Nous avons effectué, sous anesthésie locale, une exérèse marginale arrivant jusqu'à l'os normal sans perturber davantage le lit de l'ongle restant. L'histologie a été compatible avec l'exostose chez toute les patientes.

Notre accompagnement cicatriciel post chirurgical a consisté sur la réalisation d'une greffe par l'hydrocolloïde à l'aide de deux points de sutures latéraux pour combler le lit de l'ongle exposé, protéger la phalange distale et favoriser le bourgeonnement et la cicatrisation. L'ablation de l'hydrocolloïde a été effectué après cinq jours avec application de l'acide fucidique, des tulles bétadinée et un pansement secondaire chaque jour pendant 15 jours, ce qui a été bien toléré par la patiente avec une fermeture rapide de la plaie.

Nos patiente ont déclaré être asymptomatique après 6 semaines de suivi et il n'y avait aucun signe de récidive ni d'onycholyse jusqu'à un an après la résection avec résultats esthétique très satisfaisante.

Discussion :

L'exostose sous-unguéale est relativement rare et le diagnostic initial est souvent tardif ou erroné. Le pilier du traitement est l'excision chirurgicale. Cependant, les complications postopératoires peuvent être une source de morbidité importante. Par ailleurs, Plusieurs techniques chirurgicales et stratégies de fermeture de plaies postopératoires ont été rapportées pour atténuer l'onychodystrophie et la récidive

associée au traitement de cette affection. Néanmoins, il y a très peu de rapports sur l'optimisation de la gestion postopératoire de ce type de plaie.

Pour résoudre ce problème, nous rapportons un astuce efficace basé sur une greffe à l'hydrocolloïde dans l'optimisation de la gestion postopératoire de la plaie dans un cas d'exostose sous-unguéale du gros orteil. Après une excision de la lésion, un pansement par l'hydrocolloïde stérile a été appliqué sur la plaie directement contre l'os de la phalange à l'aide des points de suture afin que la plaie soit couverte dans un environnement stérile étanche à l'air et soumise à des pressions négatives pour favoriser la cicatrisation, la contraction de la plaie et minimiser le risque de l'onycholyse. Ce que rejoins le principe d'un dispositif pédiculé de fermeture assistée par le vide (VAC).

Conclusion :

Nous soulignons que l'utilisation d'un pansement á l'hydrocolloïde dans tels contextes peut atténuer l'onycholyse, améliorer l'esthétique et offrir les meilleures chances d'un retour rapide au fonctionnement.

Bilan épidémie-clinique des patients de la photothérapie : Expérience CHU Casablanca au cours de la pandémie Covid 19

A.Saddik, H.Dehbiskalli, H.Rachadi, F.Hali, S.Chiheb

Introduction :

La photothérapie est le recours thérapeutique aux ultraviolets (UV) avec ou sans médication préalable. Elle se décline aujourd'hui au pluriel, elle utilise soit les rayons UV seuls : UVB à spectre large, UVB à spectre étroit (TL01), UVA long (UVA1), et UVAB soit les rayons UV en association à un médicament photosensibilisant à base de psoralène : la puvathérapie.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons une série de 166 cas présentant différentes dermatoses répondant aux indications de la photothérapie, colligés en service de dermatologie CHU ibn rochd de CASABLANCA depuis Mars 2020 au Décembre mars 2022.

Résultats :

Cent soixante-six malades ont été inclus dans cette étude, Il s'agissait de 88 femmes et de 78 hommes et. L'âge moyen était de 39,74 ans (9- 78 ans). Le phototype III est le plus fréquent (45%). On trouve comme comorbidités associées le diabète en premier chez 17,3% des malades, hypertension artérielle chez 15%, l'insuffisance rénale chronique chez 5,8% et la dépression chez 2% des malades. Les principales dermatoses qui prédominent dans notre série sont : le psoriasis (43%), le vitiligo (15%), les lymphomes T cutanés (13%), prurit ou prurigo (12,6%), lichen (4,8%), états sclérídermiformes (3%) et autres dans 8%. Le nombre moyen des séances était de 14,2 (1 -72). On a noté à travers cette étude que 14% des malades ont arrêté les séances et 32% ont réduit le nombre de séances. La photothérapie était associée à d'autres traitements dans 76% des cas, préparation à base de dermocorticoïde dans 67%, MTX dans 25 % et immuno-modulateur dans 8%. Les effets secondaires ont été signalé chez 5 % des malades

Discussion :

La photothérapie reste donc un traitement dermatologique efficace, le choix de l'indication doit être respecté. Dans le psoriasis étendu, la photothérapie permet dans la majorité des cas un blanchiment cutané rapide et par conséquent une amélioration du score PASI. L'insuffisance de l'observance pose le problème de sélection des patients surtout au cours de la pandémie, ainsi outre la pathologie et la forme clinique, les particularités psycho-sociales des patients doivent être prises en considération ainsi qu'une sensibilisation des patients sur les contraintes de ce traitement doit être faite (longueur des cures, déplacements fréquents, effets secondaires). Ce qui nécessite un interrogatoire soigneux au cours duquel le dermatologue jugera le degré de motivation du patient et organisera la surveillance ultérieure.

Ibrutinib induisant un pyodermagangrenosum chez un patient atteint de LLC

O.K.Idrissi, F.Hali, H.Rachadi, A.Meftah, F.Mernissi, S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca
Service de pharmacologie et de toxicologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca
Service d'anatomopathologie, CCHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

L'ibrutinib est un inhibiteur oral de la tyrosine kinase de Bruton approuvé par la FDA pour le traitement de plusieurs hémopathie tels que la leucémie lymphoïde chronique (LLC). Plusieurs réactions cutanées liées à l'ibrutinib ont été signalées chez jusqu'à 47 % des patients. Les réactions les fréquemment signalés comprennent les rashs cutanés, les pétéchies ou les ecchymoses, la panniculite et les modifications des phanère. Le pyodermagangrenosum a été rarement rapporté. A travers cette observation, nous rapportons le cas d'un pyodermagangrenosum (PG) induit par l'ibrutinib.

Observation :

Patient âgé de 58 ans ayant comme antécédents un diabète depuis 8 ans sous insuline et suivi pour une leucémie lymphoïde chronique mis sous ibrutinib, se présente pour de multiples ulcérations douloureuses évoluant depuis 2 mois soit 15 jours après l'introduction de l'ibrutinib. La première lésion est apparue sous forme d'une papulo-pustule au niveau du membre inférieur évoluant rapidement vers l'ulcération et l'apparition d'autres lésions au niveau du membre contro latéral et au niveau des membres supérieurs.

L'étude histologique a montré un infiltrat neutrophilique prédominant sans signe de vascularite et avait conclu au diagnostic de pyodermagangrenosum. L'enquête pharmacologique a jugé de l'imputabilité de l'ibrutinib dans l'apparition de ces ulcérations cutanées. L'ibrutinib a été arrêté après concertation avec les hématologues.

Discussion :

Le PG se définit comme une maladie cutanée neutrophilique non infectieuse, avec une incidence rapportée de 3 à 10 cas/mln/an. Plus de 50 % des patients atteints de PG ont une maladie systémique associée, principalement une maladie intestinale inflammatoire, de l'arthrite ou un trouble hématologique.

Bien que le PG ait été associé à des hémopathies malignes dans 8,9 % des cas, l'association temporelle des manifestations des dermatoses neutrophiles et de l'hypothèse de l'ibrutinib suggère une causalité.
En conclusion, le traitement de la LLC avec l'ibrutinib peut entraîner dans certains cas le développement de dermatoses neutrophiles, qui peuvent être causées par un processus immunitaire médicamento-induit. La diminution de la dose d'ibrutinib, les corticoïdes à faible dose et la dapsone semblent nécessaires pour prévenir les récidives ; le passage de l'ibrutinib à un autre traitement doit être recommandé, dans la mesure du possible.

La photothérapie chez les hémodialysés : Etude de 46 cas

A.Kerouach, F.Hali, H.D Skalli, S.Chiheb

Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd , Casablanca, Maroc

Introduction :

Le prurit urémique survient chez environ 15 % des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique et chez plus de 50 % des patients en hémodialyse. La pathogenèse du prurit urémique n'est pas clairement élucidée et semble multifactorielle.Les ultraviolets ont démontré une action antiprurigineuse dans plusieurs pathologies.L'objectif de notre travail était d'évaluer l'efficacité de la photothérapie UVB dans le prurit des patients hémodialysés

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective sur une période de 13 ans allant de 2010 à 2022, au service de dermatologie du CHU Ibn Rochd à Casablanca, incluant tous les patients ayant un prurit lié à l'insuffisance rénale chronique et à l'hémodialyse. Après élimination des autres causes de prurit, nous avons précisé, l'âge, le sexe, la durée d'évolution du prurit et le nombre de séances

Les émollients étaient le seul traitement associé. La réponse au traitement était jugée inexistante, minime, modérée, satisfaisante. La photothérapie a été utilisée chez les patients à raison de trois séances par semaine.

Résultats :

Nous avons recensé 46 patients .L'âge moyen était de 60 ans, avec une légère prédominance masculine (24 H/22 F).La durée moyenne d'hémodialyse était de quatre ans et celle du prurit de sept mois. Le nombre de séances en moyenne était de 16 séances. Un début d'amélioration du prurit a été observé à partir de la dixième séance.

Vingt trois pour cent des patients ont jugé la réponse comme satisfaisante et ont continué la photothérapie au-delà de 18 séance, Dans 30% des cas la réponse était modérée et minime dans 37% des cas. Dix pour cent des patients ont quitté après une moyenne de 5 séances et ont jugé la réponse comme inexistante.

Discussion :

Nous rapportons la plus grande série marocaine de traitement du prurit des hémodialysés chroniques par photothérapie.Les effets de la photothérapie sont liés à une action immunosuppressive par l'inhibition des médiateurs pro-inflammatoires tel que l'IL1 et le TNF alpha mais aussi à un effet direct sur les médiateurs à l'origine du prurit, encore mal connus. Les résultats de notre étude ont montré une amélioration jugée majoritairement comme modérée du prurit par la photothérapie. Aucun effet secondaire nécessitant l'arrêt des séances n'a été remarqué malgré l'augmentation des doses chez certains patients ce qui confirme la bonne tolérance de cette thérapeutique.

Complication inhabituelle après une injection de corticoïdes échoguidée pour une ténosynovite de De Quervain: à propos d'un cas

O.KHADIRI, R.KAOUA, M.Aboudourib, S.AMAL, O.HOCAR

Service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire Bioscience et santé , FMPM université CaddiAyyad, Marrakech

Introduction :

Les injections intra-articulaires de stéroïdes sont un traitement efficace couramment utilisé pour l'arthrose. Bien que l'hypopigmentation soit un effet indésirable bien connu des stéroïdes topiques, elle est moins fréquemment décrite après des injections intra-articulaires de stéroïdes et la physiopathologie peut être différente.

Nous rapportons un cas d'hypopigmentation suite à une injection de corticoïdes échoguidée pour une ténosynovite de De Quervain.

Observation :

Un patient de 65 ans, dentiste de profession, sans antécédents pathologiques notables, était adressé à la consultation de dermatologie pour une dermatose hypopigmentée de la main droite apparue un mois plus tôt. La lésion cutanée était apparue environ deux mois après une infiltration de bétaméthasone dipropionate dans le poignet droit. Le patient était asymptomatique. Le patient n'avait aucun antécédent dermatologique personnel ou familial. L'examen clinique montrait un patient de phototype III avec une achromie de 3cm sur 2cm, non atrophique de la face dorsale du premier métacarpien droit. Il n'y avait pas d'autre lésion cutanéomuqueuse mise en évidence à l'examen clinique

Discussion :

Les complications consécutives à l'injection extra-articulaire de corticostéroïdes dans la main comprennent une atrophie cutanée, et moins fréquemment une infection et une rupture de tendon. Les complications sévères sont rares, cependant un cas de fasciite nécrosante suite à une injection de corticoïde pour doigt à ressaut a été rapporté.

Une hypopigmentation et une hyperpigmentation après injection de corticostéroïdes ont été décrites, avec des effets plus prononcés sur les peaux plus foncées. L'hypopigmentation secondaire à l'injection de corticostéroïdes disparaît généralement en un an. Cependant, des facteurs personnels et culturels peuvent avoir des effets significatifs sur la vie des patients, ayant un impact sur le travail et l'intégration sociale. L'hypopigmentation peut apparaître comme une présentation localisée ou linéaire, qui est supposée se produire en raison d'une propagation vasculaire ou lymphatique.

Ce cas décrit une présentation inhabituelle d'hypopigmentation démontrant une dispersion locale du stéroïde (plutôt qu'une distribution linéaire) loin du site d'injection initiale.

Le mécanisme exact qui cause les lésions hypopigmentées est inconnu, mais des rapports antérieurs suggèrent que la réduction du nombre de mélanocytes et l'altération de la fonction des mélanocytes jouent probablement un rôle.

Conclusion :

Le développement d'une hypopigmentation après injection intra-articulaire de stéroïdes a été rapporté dans la littérature comme un effet secondaire rare mais notable qui mérite d'être discuté à chaque fois avec le patient, car il peut s'agir d'une complication potentiellement défigurante.

Aucun traitement spécifique n'est actuellement disponible ; cependant, l'arrêt des stéroïdes entraîne souvent une repigmentation complète ou partielle.

Dermatite actinique chronique : traité par Tacrolimus topique

S.Kabbou ,I. Al faker , N.handous , S.Gallouj
Service de dermatologie et vénérologie
CHU Tanger

Introduction:

La dermatite actinique chronique (DAC) est une photodermatose rare du sujet âgé, caractérisée par une photosensibilité chronique invalidante. En dehors de la photoprotection externe et parfois la mise en chambre noire, le traitement vise à obtenir une tolérance solaire suffisante. Notre observation illustre un cas de rémission stable avec l'application de pommade au tacrolimus (Protopic®) à 0,1% .

Observation

Une femme de 60 ans consultait pour une éruption érythémateuse chronique photodistribuée prédominant sur le visage. Sans antécédent particulier Les paramètres biologiques courants étaient normaux ainsi que les IgE sériques totales. L'examen histologique montrait une dermatite actinique chronique .

la photoprotection et les dermocorticoïdes entraînaient une légère amélioration. Un traitement topique par tacrolimus 0,1% pommade, initialement à raison de deux applications par jour, était alors institué. Il permettait la décroissance, puis l'arrêt des dermocorticoides , au prix d'une irritation cutanée modérée lors des applications. Après deux mois de traitement, l'état cutané et psychiatrique était satisfaisant.

A 6 mois de traitement, la patiente était en rémission complète et l'application devenait quotidienne..

Discussion

Cette observation atteste d'une rémission stable d'un cas de DAC sous tacrolimus topique à 0,1%. Le traitement de la DAC fait appel en première intention à la photoprotection, aux dermocorticoïdes et à la photothérapie UVA. L'association de la corticothérapie par voie générale et de la PUVAthérapie a souvent une efficacité relative .

La ressemblance clinique et histologique de la DAC avec l'eczéma, et l'évolution de certaines photoallergies vers une DAC, permettent de définir cette dernière comme une auto-nomisation d'une réaction allergique chronique médiée par les lymphocytes T. Par son mécanisme d'action (inactivation lymphocytaire T par inhibition de la calcineurine), le tacrolimus trouve naturellement sa place dans le traitement de la DAC. Son efficacité a été rapportée dès 2002 par Suga et al., puis confirmée par plusieurs publications de cas isolés .

Dans la littérature, tout comme chez notre malade, l'efficacité du tacrolimus sur la DAC est obtenue en moyenne en deux semaines (quatre à 20 jours), et la rémission complète après deux mois de traitement. Le recul maximum dans les publications est de 32 mois Le tacrolimus est employé seul, associé à des émollients et à la photothérapie. Tous les observateurs font état d'une irritation passagère en début de traitement, déjà connue avec les autres indications du Protopic®. Cet effet indésirable n'a jamais provoqué l'arrêt du traitement , comme pour la dermatite atopique, l'irritation ne persiste pas à long terme, mais s'efface avec le temps.

Profil thérapeutique du prurigo chronique au CHU d'Oujda

Y.ALMHEIRAT(1); H.Ragragui (1); N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)
(1) Service de Dermatologie vénérologie et allergologie- CHU Mohammed VI d'Oujda
(2) Groupe de travail sur le tégument - Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de
santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier

Introduction :

Le prurigo chronique est une affection cutanée chronique peu fréquente qui touche principalement les adultes âgés et se caractérise par des papules/nodules multiples, fermes et prurigineux répartis de manière symétrique. Plusieurs protocoles thérapeutiques sont proposés en fonction de la sévérité du prurit et de l'impact que le prurigo peut avoir sur la qualité de vie du patient. Le but de notre travail est de détailler le profil thérapeutique de cette maladie dans la région de l'orientale au Maroc.

Matériels et méthodes :
Etude rétrospective monocentrique réalisée au CHU Med VI d'Oujda entre Octobre 2014 et mai 2022.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- mai 2022.
Résultats :
Nous avons colligé 27 patients. L'âge moyen était de 48,21 ans. Le sex-ratio Femme/Homme était à 2. Trente pourcent des patients souffraient d'un trouble psychologique tel que l'anxiété et la dépression. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 9,42 ans. La manifestation clinique la plus fréquente était des lésions papuleuses excoriées prurigineuses dans 81.5% suivies des lésions papulo-nodulaire prurigineuses dans 18.5% des cas. La maladie était généralisée dans 33.3% des cas. L'intensité du prurit était de sévère à très sévère dans 48% selon l'échelle visuelle analogique. Soixante-huit pourcent des patients présentaient une altération modérée à importante de la qualité de vie selon le score Dermatology life quality index (DLQI). Concernant la prise en charge ; tous les patients ont bénéficiés d'une éducation thérapeutique visant à réduire l'irritation de la peau et le grattage, et de traitement symptomatique du prurit. Pour le traitement de fond, 66.6% des patients ont été traités par les dermocorticoïdes modérés à forts (DC) avec une bonne évolution, 22.2% ont été traités par la photothérapie UVB 25 à 35 séances (3 séances/ semaine) avec une bonne évolution chez les deux tiers des patients, le recours au traitement systémique était le cas chez 2 patients qui ont été mis sous thalidomide 100 mg/j avec une bonne évolution. Une amélioration de la qualité de vie a été notée chez tous nos patients après traitement.

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).
Dans une étude incluant 12 patients atteints de prurigo chronique, le traitement par les dermocorticoïdes s'est avéré plus efficace qu'une crème hydratante anti-démangeaison pour
réduire l'intensité du prurit. (2) A.Arrieta et al ont réalisé une étude sur 44 patients atteints de prurigo chronique mis sous photothérapie UVB à bande étroite (34 cycles, 77,27 %), suivie par une combinaison de photothérapie UVB et UVA (8 cycles). La réponse au traitement a été jugée satisfaisante (taux de clairance ≥ 75 %) chez 24 patients (55,4 %).(3) Dans une étude rétrospective, 42 patients atteints du prurigo chronique ont été traités par la thalidomide à une dose moyenne de 100 mg/jour pendant une durée moyenne de deux ans. Une amélioration modérée à marquée a été observée chez 50 % des patients ; 12 patients n'ont présenté qu'une légère amélioration ou aucun effet.(4) Les résultats de notre étude rejoignent ces travaux, les dermocorticoïdes constituent le traitement de la première ligne, la photothérapie est indiquée si les lésions sont étendues ou si pas de réponse aux DC, le traitement systémique est envisagé si pas de réponse au traitement par la photothérapie ou s'il y a une contre-indication à la photothérapie.
Conclusion :
Le prurigo chronique est une pathologie handicapante avec retentissement important sur la qualité de vie des patients, leur prise en charge est un défi pour les dermatologues qui

nécessite une évaluation continue des patients à la recherche de rechutes et de complication psychique.

Un cas rare d'un lymphangiome circonscrit apparu à l'âge adulte.

K. ELMACHICHI[1] ,S.AMAL[1,2], O.HOCAR[1,2] ,M.ABOUDOURIB[1,2]

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

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

Introduction

Lymphangiome circonscrit (LC) est une affection bénigne rare de la peau et des tissus sous-cutanés caractérisée par des canaux lymphatiques dilatés. Elle constitue environ 4 % de toutes les tumeurs vasculaires. Son étiopathogénie n'est pas claire, cependant, l'obstruction lymphatique a été suggérée comme cause possible. Ces malformations des vaisseaux lymphatiques sont fréquemment diagnostiquées chez l'enfant.

Nous rapportons à travers ce travail, un cas rare d'un lymphangiome circonscrit chez une de femme de 34 ans.

Observation :

Patiente âgée de 34 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui consultait pour des lésions vésiculeuses à parois minces et a contenu sérohématique regroupe en amas au niveau de la face interne de la cuisse évoluant depuis 5 ans. Le reste de l'examen clinique était sans particularités.

Une biopsie avec étude anatomopathologique a été réalisée, révélant des vaisseaux lymphatiques dilatés dans le derme papillaire tapissés par une seule couche de cellules endothéliales en faveur d'un lymphangiome microkystique.

La décision thérapeutique était l'abstention avec la surveillance vu que la patiente n'était pas gênée.

Discussion :

Les malformations lymphatiques kystiques cutanées sont des dilatations plus ou moins importantes développées à partir du système lymphatique. Elles sont macro kystiques, micro kystiques ou mixtes. Les malformations micro kystiques superficielles (lymphangioma circumscriptum) se manifestent par des groupements de vésicules translucides ou hématiques, des papules ou des plaques roses infiltrées ou hyperkératosiques.

Le plus souvent, les lésions sont présentes à la naissance ou bien elles débutent dans la première enfance. Les lésions chez notre patiente débutaient à l'âge adulte

Les localisations, les plus fréquentes, sont les parties proximales des membres comme chez notre patiente. L'affection reste, la plupart du temps, asymptomatique mais il est noté des épisodes inflammatoires ou infectieux voire des saignements par rupture des vésicules lymphatiques. L'histologie des lymphangiomes micro kystiques correspond à des dilatations lymphatiques dermiques ou épidermiques. L'évolution peut être émaillée de

poussées inflammatoires, une disparition spontanée est possible mais rare. Le choix du traitement dépend de sa forme clinique et de sa localisation. Pour les formes micro kystiques, on peut discuter l'abstention, la sclérothérapie, l'électrocoagulation, le laser CO_2, l'excision chirurgicale.

Lymphangiectasie génitale acquise après traitement chirurgicale et radiothérapie d'un néo du col

H.MARGHADI[1] , K.ELMACHICHI[1] , M.ABOUDOURIB[1,2], S.AMAL[1,2], O.HOCAR[1,2]

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

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

Introduction

La lymphangiectasie cutanée acquise (LCA) représente une dilatation des vaisseaux lymphatiques superficiels causée par divers processus conduisant à leur obstruction. Elle se caractérise par des vésicules et des papules claires, remplies de liquide et groupées à la surface de la peau, et il y a souvent un lymphœdème coexistant.

Nous rapportons le cas d'une lymphangiectasie acquise vulvaire.

Observation :

Patiente de 75 ans, ayant comme antécédents une hystérectomie élargie avec adénectomie et radio- chimiothérapie pour néo du col il y a 20 ans. Qui s'est présenté pour des lésions papuleuses des 2 grandes lèvres prises initialement pour des verrues génitales et traitées ainsi sans amélioration

L'examen clinique retrouvait des papules et vésicules translucides suintantes avec issu d'un liquide clair, confluentes en plaques par endroits au niveau des 2 grandes lèvres associés à un lymphœdème du membre inférieur droit.

La dermoscopie a objectivé des lacunes rosées jaunes et blanchâtres, des structures vasculaires, et des lignes blanches séparant les lacunes.

Une biopsie a été réalisé révélant des vaisseaux lymphatiques dilatés dans le derme papillaire tapissés par une seule couche de cellules endothéliales.

Devant ce faisceau d'argument : antécédents de chirurgie et radiothérapie, aspect clinique dermoscopique et histologique le diagnostic de lymphangiectasie génitale acquise a été retenu.

Discussion :

La LCA résulte d'une obstruction lymphatique à la base du derme, d'une accumulation de lymphe, responsable d'une dilatation et d'une fistulisation à la peau des canaux lymphatiques superficiels.

La perturbation des vaisseaux lymphatiques est généralement liée à la chirurgie, traumatismes, radiation ou infection.

La principale cause rapportée par la littérature était un traitement combiné ; chirurgie et radiothérapie ; ce qui est le cas de notre patiente.

Cliniquement, la LCA apparaît comme des papules, des vésicules organisées en groupes, translucides, souvent comparées au frai de grenouille. Les lésions sont généralement asymptomatiques mais ils peuvent s'accompagner d'un prurit, brûlure, douleur et écoulement.

Les principaux diagnostics différentiels sont les condylomes, carcinome épidermoïde, et molluscum contagiosum.

Les signes dermocopiques de la LCA rapportés dans la littérature sont des lacunes et des structures vasculaires dans 82% des cas. Les hémangiomes et les angiokératomes restent les principaux diagnostics différentiels en dermoscopie.

Le traitement des LCA comprend l'exérèse chirurgicale, la cryothérapie, la sclérothérapie, l'électrodessication et la vaporisation au laser CO2.

On a choisi la cryothérapie, vu sa disponibilité dans notre contexte.

Conclusion :

Notre observation souligne l'intérêt de la clinique et de la dermoscopie dans le diagnostic de la LCA. La biopsie cutanée peut être pratiquée dans les cas douteux.

PHOTOTHERAPIE EN DERMATOLOGIE : A PROPOS DE 86 CAS EXPERIENCE DU SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CHU MOHAMED VI D'OUJDA

Y.ALMHEIRAT(1); S.Bouabdalla (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 :

La photothérapie (PT) est une modalité thérapeutique utilisant les rayons ultraviolets (UV). Son utilisation extensive en dermatologie et la rareté des données dans la littérature ont justifiés cette étude (1). Le but de notre étude est d'établir un profil descriptif des principales indications de la PTet d'évaluer l'efficacité et la satisfaction des patients.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive réalisée sur une période étalée du mai 2017 au mai 2022 incluant tous les patients traités par la PT.

Résultats :

Nous avons colligé 86 patients tavec une prédominance féminine (sexe ratio H/F de 0.36). L'âge moyen était de 41,9 ans (±18,4) et le phototype IV était prédominant (85%). Les principales indications de la PT étaient : le vitiligo (41,9%), le psoriasis (24,4%), le prurigo chronique (9,3%), le mycosis fongoïde (MF) (8.1%), la sclérodermie (4.7%), le lichen plan (4.7%), la Morphée (3.5%), le prurit chronique (2,3%) et la dermatite atopique (1,2%). Concernant la forme de PT utilisée, la PT UVB à spectre étroit a été le choix dans la majorité des cas. La PUVAthérapie couplée à la méladinine a été rarement utilisée notamment pour les patients présentant un MF et l'association des deux a été employée chez un cas de

dermatite atopique. Quatre-vingt-deux pour cent des patients ont bénéficié de 3 séances par semaines et le nombre total des séances était 25 séances pour chaque patient en moyenne. Toutes les séances de PT se sont déroulées sans accidents ni incidents et 7.6% des patients ont développés des réactions secondaires minimes tel que l'érythème, une sècheresse cutanée, des lésions papuleuses ou bulleuses localisées. Ces patients ont été traités symptomatiquement et la séance a été reportée. Chez tous les patients, la PT était associée à d'autres traitements (topiques, systémiques ou les deux). En ce qui concerne le degré de satisfaction des patients à l'égard du traitement : 15,7% étaient très satisfaits, 37,1% satisfaits, 36,7% moyennement satisfaits et 10,5% insatisfaits.

Discussion :

Dans une étude nationale réalisée à Fès colligeant 108 patients, telle que notre étude, les principales indications étaient le vitiligo, le psoriasis et le MF. Aussi, 92% des malades étaient traités par des UVB et seulement 6% étaient traités par des UVA. Vingt pour cent des patients ont présenté des effets secondaires (2). Notre série a objectivé un taux inférieur d'effets indésirables. Dans une autre étude brésilienne, comme dans notre étude, une association thérapeutique a été rapportée dans 100% des cas. Concernant la satisfaction des patients : 40% étaient satisfaits (3). Dans notre série plus que la moitié des patients était satisfait à très satisfait du traitement.

Conclusion :

La PT est une option thérapeutique efficace et sécurisée pour de multiples pathologies notamment le vitiligo, assurant un degré de satisfaction important auprès du malade.

1/ Barros NM, Sbroglio LL, Buffara MO, Baka JLCES, Pessoa AS, Azulay-Abulafia L. Phototherapy. An Bras Dermatol. 2021 Jul-Aug;96(4):397-407

2/ D. L. Asmae, « PHOTOTHERAPIE EN DERMATOLOGIE: A PROPOS DE 117 CAS EXPERIENCE DU CHU HASSAN II DE FES.

3/Ujihara JED, Ferreira FR, Mandelbaum SH. Phototherapy: experience from a reference service. An Bras Dermatol. 2017 Sep-Oct;92(5):745-746

L'efficacité de l'association bétabloquant topique et oral dans le traitement des hémangiomes infantiles

Y.ALMHEIRAT(1); H.Ragragui (1); N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)

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

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

Introduction :

Les hémangiomes infantiles sont les tumeurs vasculaires bénignes les plus fréquentes de l'enfance. Ils sont caractérisés par une phase de croissance et une phase d'involution. Malgré leur caractère bénin et résolutif, certains hémangiomes peuvent entraîner des complications telle qu'une ulcération ou une défiguration qui altère la qualité de vie des patients et de leurs entourage.(1) L'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité de l'association du propranolol oral et du timolol topique dans le traitement des hémangiomes infantiles (HI).

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective monocentrique réalisée au CHU Med VI d'Oujda entre Octobre 2014 et mai 2022. On a inclus tous les patients suivis pour HI et traités par

l'association du propranolol oral (à raison de 1mg/kg/j à 3 mg/kg /j) et du timolol collyre 0.5% (2 applications/j). L'efficacité de traitement a été évaluée par le score suivant : La réduction de l'hémangiome a été classée comme nulle (0 %), minime (<25 %), acceptable (≥25 % et < 50 %), modérée (≥50% et <75 %), presque complète (≥75 % et <100 %) ou complète (100 %).

Résultats :

Nous avons colligé 15 patients qui présentaient 22 hémangiomes infantile. L'âge moyen était de 4.46 mois (±2.7) dont 73% parmi eux était âgés de moins de 6 mois. Le sex-ratio Femme/Homme était à 6.5. La localisation la plus fréquente était le visage (61.9%), suivie par les membres (22,7%). Le diamètre moyen des lésions était de 4 cm par moyen. Le traitement par l'association timoptol collyre 0.5% et propanolol orale (de 1mg/kg/j à 3 mg/kg/j) a été envisagé chez tous les patients, la durée moyenne de traitement était de 11.1 mois. Pour l'efficacité de traitement : 4.5% avaient une réduction acceptable de la lésion, 22.7% avaient une réduction modérée, 40.9% avaient une réduction presque complète, 4.5% avaient une réduction complète, et 23% étaient perdus de vue. A noter que 2 patients avaient des HI ulcéré qui ont bien évolué sous traitement avec cicatrisation totale des ulcérations. Les effets indésirables ont été notés chez 1 patient (malaise). Le taux de récidive était nul.

Discussion :

Le propranolol oral est devenu le traitement standard pour les HI profonds et à haut risque, alors que le timolol topique est couramment utilisé pour les lésions superficielles afin de minimiser les effets secondaires systémiques. Dans cette étude, nous avons évalué le traitement combiné composé de propranolol oral et de timolol topique, qui cible à la fois les composantes superficielles et profondes des HI composés.(1) Jing Ge et al ont réalisés une étude sur 89 patients atteints d'HI traités par l'association propanolol 2mg/kg/j et timolol gel 0.5% (3 app/j) ;la résolution de l'hémangiome était complète chez 19 enfants (21,3%), quasi-complète chez 41 enfants (46,1%), modérée chez 18 enfants (20,2%), acceptable chez 7 enfants (7.9%) et minimale chez 4 enfants (4,5%).La durée moyenne du traitement était de 6,48 (5,77-7,19) mois. Après la fin du traitement, une récidive a été notée chez 1 seul enfant.(2) Huit essais cliniques contrôlés et randomisés portant sur 759 patients atteints d'HI ont objectivé que le traitement par timolol topique seul a un taux de réponse similaire à celui du propranolol oral, avec moins d'effets indésirables. Le traitement combiné par timolol topique et propranolol oral a montré un taux de réponse favorable comparé au traitement par propranolol oral (p = 0,03) ou timolol topique (p = 0,01) seul. (3) Nos résultats rejoignent ces travaux en montrant que le traitement par les bêtabloquants topique et oral est efficace, sécurisé et associé à un taux de récidive faible.

Conclusion :

On recommande l'utilisation du traitement combiné avec le timolol topique et le propranolol oral en première intension pour traiter les hémangiomes infantiles notamment les formes compliquées et ulcérées.

Phytothérapie et vitligo : une enquête marocaine auprès de 94 patients

S.Bouabdella 1 ; M.Benkaraache 1; S.Sefraoui 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 :

La médecine traditionnelle est largement utilisée par les marocains pour traiter différentes affections dermatologiques. L'objectif de notre étude est d'identifier les plantes médicinales utilisées dans le traitement traditionnel du vitiligo et d'évaluer leur efficacité et effets secondaires.

Matériel et méthodes :

C'est une étude transversale réalisée en mai 2022, incluant tous les patients ayant un vitiligo. Nous avons utilisé un formulaire en deux versions, en français et en arabe dialectale.

Résultats :

Nous avons colligé 94 patients avec un âge moyen de 37,5ans et une légère prédominance féminine. Les plantes utilisées étaient : Ammi majus (35,7%), Anacyclus pyrethrum (28,2%), Ammi visnaga (21,4%) suivis de Plumbago europeae (18,2%), Polypodium leucotomos (12,5%), Curcuma longa (10,6%), Ruta graveolens L (8,8%) et Nigella sativa (6,4%), Srophularia canina L (4,2 %) et Hibiscus rosa-sinensis L (2,5 %). Plus des deux tiers des patients ont appliqué les plantes en topique sous forme de pâte, d'huile ou de lotion. Une exposition solaire quotidienne a été conseillée par les herboristes à tous les patients et une restriction alimentaire a été prescrite à 2,1% des patients. Pour ce qui est de l'efficacité, 30,5% des patients ont rapporté une amélioration sous phytothérapie à type d'érythème et de repigmentation. La durée du traitement était variable allant de quelques semaines à un an et 2,5% des patients ont eu des effets secondaires à type de surinfection ou sensation de picotement de lésions.

Discussion :

La phytothérapie demeure une pratique encore largement utilisée par la population marocaine pour le traitement de nombreuses maladies dermatologiques dont le vitiligo. Les plantes sont soit prises par voie orale ou appliquées en topique sous forme de préparation pour éviter les effets secondaires systémiques. Le miel ou le vinaigres sont le plus souvent ajoutés à ces préparations. Plusieurs études ont montré l'efficacité de différentes plantes formulées en crèmes ou émulsions dans le traitement du vitiligo en association avec la lumière naturelle du soleil ou de la photothérapie. Une étude a montré l'efficacité d'une crème à base d'Ammi visnaga dans le traitement du vitiligo avec plus de 50% de repigmentation chez 70% des patients. Cette plante était utilisée par 21,4% de nos patients.

Conclusion :

L'utilisation conventionnelle de ces plantes peut être rationnalisée en raison de leur richesse en composants actifs.

Intérêt de l'isotrétinoine dans le psoriasis pustuleux (à propos de 4 cas)

Dr Benahmed, Dr Essadeq, Dr Benchekroune, Pr Ismaili, Pr Benzekri, Pr Senouci, Pr Meziane

Service de dermatologie, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

L'isotretinoine est un rétinoide, dérivé de la vitamine A largement utilisé en dermatologie dans l'acné nodulo-kystique ou conglobata, les désordres génétiques de la kératinisation, la rosacée, la dermite séborrhéique, le psoriasis pustuleux et l'alopécie frontale fibrosante. Dans la littérature, il existe peu de données concernant l'efficacité de l'isotrétinoine dans le psoriasis pustuleux. Nous rapportons 4 cas de psoriasis pustuleux traité par isotrétinoine seul.

Cas 1: Patiente âgée de 54 ans diabétique depuis 20 ans sous insuline et suivie pour syndrome de Gougerot sous corticothérapie (30 mg/j), présente depuis 4 mois une éruption érythémato-squameuse et pustuleuse intéressant les paumes et plantes des pieds puis s'étendant au tronc et membres avec surface cutanée estimée à 90%. A l'examen clinique, on note la présence de pustules à contenu blanc siégeant au niveau du tronc et membres sur fond érythémateux avec desquamation généralisée sans atteinte ni des muqueuses. La biopsie cutanée évoque le diagnostic de psoriasis pustuleux. La patiente a été mise sous isotrétinoine (0,75 mg/kg/j) soit 40 mg/j avec blanchiment complet des lésions au bout de 1 mois. L'isotrétinoine a été maintenu pendant 6 mois avec dégression progressive puis arrêté. La patiente n'a pas présenté de récidives à 5 mois de suivi.
Cas 2: Patient âgé de 16 ans sans antécédents consulte pour une dermatose érythémato-squameuse généralisée pustuleuse atteignant le tronc, le dos, les membres, le visage et le cuir chevelu (surface cutanée estimé à 60 %). La biopsie cutanée confirme le diagnostic de psoriasis pustuleux. Un traitement par isotrétinoine a été débuté à raison de 0,7 mg/kg/j soit 40 mg/j. L'évolution a été marquée par un blanchiment complet des lésions au bout de 1 mois. L'isotrétinoine a été maintenu pendant 6 mois puis il a été arrêté. Le patient n'a pas présenté de récidive à 9 mois de suivi.
Cas 3 : Patient âgé de 50 ans suivi pour psoriasis pustuleux depuis 2019 sous méthotrexate (DCT : 865 mg/m2) avec bonne évolution. Il consulte 6 mois après l'arrêt du MTX pour une poussée de sa maladie. A l'examen clinique, on note la présence de pustules sur fond érythémateux au niveau palmo-plantaire. Le patient a reçu de l'isotrétinoine à raison de 0,7 mg/kg/j soit 40 mg/j avec bonne évolution après 2 mois de traitement. Le patient est toujours actuellement sous isotrétinoine.
Cas 4 : Patient âgé de 60 sans antécédents consulte pour une dermatose érythémato-squameuse et pustuleuse généralisée évoluant depuis 2 mois le tout évoluant dans un contexte d'asthénie et de sueurs nocturnes. A L'examen clinique, on retrouve une érythrodermie associée à des pustules. La biopsie cutanée confirme le diagnostic de psoriasis pustuleux. Au cours de l'exploration, une tuberculose pulmonaire active a été diagnostiquée (quantiféron et gèneExpert positifs). Le patient a été mis sous traitement antibacillaire. Vu la contre-indication au methotrexate et la non disponibilité de l'acitretine, il a été decidé de débuter l'isotrétinoine à raison de 0,7mg/kg/j soit 40 mg/j. L'évolution a été marquée par la régression de l'érythème mais la persistance de poussées pustuleuses . L'isotrétinoine a été arrêté et le méthotrexate a été débuté à 25 mg/semaine après guérison de sa tuberculose. L'évolution a été marquée par le blanchiment complet des lésions à 6 mois de suivi.
Discussion :
L'isotrétinoine a été principalement utilisé pour traiter le psoriasis pustuleux et le psoriasis en plaques modéré à sévère. Dans notre série, il a été utilisé en raison de la non disponibilité du méthotrexate et de l'acitrétine en période Covid 19 ou en cas de contre-indication au méthotrexate chez un cas qui présentait parallèlement une tuberculose active. Dans ¾ des cas, l'évolution a été marquée par le blanchiment complet des lésions après 1 à 2 mois de traitement. Aucune récidive n'a été observé au suivi. Seul un patient n'a pas évolué favorablement sous isotrétinoine. Ce médicament peut donc être une bonne alternative thérapeutique chez les patients atteints de psoriasis pustuleux en cas d'échec ou intolérance du MTX.. Dans la littérature, l'isotretinoine a été utilisée pour le traitement du psoriasis pustuleux généralisé, palmo-plantaire et en plaques à des doses allant de 0,5 à 2

mg/kg/j avec de bons résultats. Ce traitement est d'autant plus efficace s'il est combiné à la photothérapie réduisant ainsi le nombre de séances.

Conclusion :

L'isotrétinoine à raison de 0,7 mg/kg/j peut être proposé pour traiter le psoriasis pustuleux dans notre contexte. Cependant, des essais cliniques randomisés sont nécessaires pour évaluer de son efficacité à long terme.

Rituximab and plasmapheresis: a revolutionary association in the treatment of pemphigus

I.Ouadi1 ; N. Zerrouki1 ; H. Daflaoui1 ; N. Zizi1,2 ; S. Dikhaye1,2

1 Department of Dermatology, Mohammed VI University Hospital of Oujda, Medical School of Oujda,
Mohammed First University of Oujda, Morocco

2 Department of Epidemiology, Clinical Research and Public Health Laboratory, Medical School of
Oujda, Mohammed First University of Oujda, Morocco

INTRODUCTION

Pemphigus encompasses a heterogenous group of life-threatening autoimmune bullous diseases, which affect the skin and mucous membranes. They present a chronic evolution, with significant morbidity and mortality as well as an important impairment of the quality of life. 1 Mortality of pemphigus has dramatically decreased over the years, mainly due to the novel use of corticosteroids (CS), adjuvant immunosuppressants (ISA) have further decreased mortality. However, these treatments come with various, sometimes even deadly complications.2 Our work aims to study the efficacy of rituximab and plasma exchanges in the treatment of pemphigus, as well as comparing it to standard treatments of pemphigus.

PATIENTS AND METHODS

Our work is a monocentric descriptive retrospective study conducted at the Dermatology and Venerology department in the University Hospital Mohamed VI of Oujda. The time span of our study stretched from June 2014 to May 2022, we included all the cases of pemphigus retained on clinical, histologic and immunologic criteria, patients were subdivided into groups depending on the administered treatments as follows :

Group 1 (G1): patients treated with corticosteroids and immunosuppressants (23 patients)

Group 2 (G2): patients treated with corticosteroids and rituximab (14 patients)

Group 3 (G3): patients treated with corticosteroids, rituximab and plasma exchanges (9 patients)

Group 4 (G4): patients treated with corticosteroids only (7 patients)

Group 5 (G5): patients treated with corticosteroids and plasma exchanges (3 patients)

RESULTS

During the period of our study, we recorded 64 cases of pemphigus, with an annual incidence of 8 new cases per year. The mean age of the onset of the disease was 55,69 ± 14,72 years with extremes ranging between 17 and 85 years, women were more affected than men with a F/M sex ratio of 1,06. The most common type of pemphigus is pemphigus vulgaris (41 cases), pemphigus foliaceus (10 cases), seborrheic pemphigus (7 cases), paraneoplastic pemphigus (3 cases), pemphigus Vegetans (2 cases), and only one case of IgA pemphigus. Clinical remission was obtained significantly quicker in G2 and G3, with

cessation of formation of new blisters only 17 and 11 days respectively, compared to G1 and G4, where it took longer for new blisters to subside (42 and 49 days respectively). The same has been noted for complete healing, where treatments in G2 and G3 proved more efficient in obtaining rapid epithelialization after only 17 days for G3 and 25 days for G2, compared to other groups where complete healing required longer periods to be achieved (G1: 54 days and G4: 60 days). Corticosteroids tapering was naturally affected as well, following the recommendations of CS tapering in patients treated with rituximab, tapering for G2 was undertaken after only 9 weeks of CS-full dose, and even faster for G3 (7 weeks), compared to remaining groups where corticosteroids tapering required a longer period of time (G1: 19 weeks and G4: 23 weeks). Consequently, the average duration of hospitalizations was reduced in the rituximab and plasma exchanges groups (6,8 and 6,7 weeks respectively), compared to patients treated with CS and ISA (10 weeks).

DISCUSSION

Our results clearly showcase the superiority of rituximab and plasma exchanges in the treatment of pemphigus compared to other classical treatments. In fact, our work reinforces already preexisting data concerning the efficacy of rituximab, which is now considered a first-line agent in the treatment of moderate to severe pemphigus. However, published results on the efficacy of plasmapheresis in the management of pemphigus are controversial, regardless, our series showed that It was associated to better results, especially when used in conjunction with rituximab. Few studies have reported similar results, one study showed that plasmapheresis resulted in a significant decrease of the titer of circulating desmoglein antibodies, leading clinically to a rapid cessation of new blisters, disappearance of Nikolsky's' sign, as well as insuring a quick corticosteroids tapering.3 Unfortunately, the high cost of the sessions, its unavailability in certain centers and the lack of trained medical staff overseeing the sessions remain a big limitation in its use and our center is the first nationally to have deployed this method with very promising results.

CONCLUSION

Prognosis of pemphigus has changed over the years, particularly with the emergence of corticosteroids. However, these are double-ended blades that should be handled with a lot of caution. Thus, other treatments should be deployed to lower the burden and mortality of CS.

Affections des muqueuses :

Atteinte muqueuse dans le cadre d'un mycosis fongoïde révélant une pemphigoïde cicatricielle

Dr Imane Couissi

Introduction :

La pemphigoïde cicatricielle(PC) est une dermatose bulleuse auto-immune sous-épidermique synéchiante touchant principalement les muqueuses et parfois la peau.
Les muqueuses les plus souvent touchées sont buccale et oculaire.
Des études récentes ont révélé l'association de la PC à un risque accru de cancer solide.

Observation :
Il s'agit d'une femme de 60 ans suivie dans notre formation depuis 4 ans pour un mycosis fongoïde au stade tumorale, transformé classée T3N0M0 soit stade IIB.
La patiente a bénéficié de 9 cures de Gemcitabine puis une radiothérapie localisée sur 2 nodules persistants au niveau de la cuisse gauche, avec une rémission complète.
16 mois après la patiente a développé des érosions buccales, des épistaxisavec une dysphagie haute et une rougeur oculaire bilatérale.
L'examen ophtalmologique a objectivé une conjonctivite fibrosante évoquant en premier une pemphigoïde cicatricielle.
La laryngoscopie a objectivé des ulcérations blanchâtres à la base de la langue et de la face laryngée de l'épiglotte.
Une biopsie avec immunofluorescence direct au niveau d'une bulle buccale était en faveur d'une pemphigoïde cicatricielle.
La patiente a été mise sous corticcothérapie faible dose associé à un cycle de retuximab.
L'évolution a été marqué par une amélioration de l'atteinte buccale oculaire et nasale.
Discussion :
La pemphigoïdecicatricielle est une maladie auto-immune, caractérisée par la présence de différents auto-anticorps dirigés contre des antigènes de la membrane basale, essentiellement les BP180 et BP230, ou l'intégrine β4, et moins fréquemment la laminine-5.

L'association PC et néoplasies a été décrit surtout avec les tumeurs solides. Dans une série de 35 cas atteints de PC, 10 patients ont développé un cancer solide avec un intervalle variable de 12-14 mois.
L'association avec les lymphomes a été rapporté chez 2 patients,un lymphome non hodgkinien diffus à grandes cellules B etun mycosis fongoïde.
Dans notre cas, la patiente a présenté une pemphigoïdecicatiricelle16 mois après le diagnostic de mycosis fongoïde avec atteinte buccale, oculaire, nasale et laryngée.
Certains rapports suggèrent que la PC pourrait représenter un syndrome paranéoplasique.
Ceci est expliqué par le fait que les cellules tumorales sécrètent des anticorps anti-laminine-5 dirigés contre la peau et entrainant la formation de bulles.
Conclusion :
Diverses études ont démontré la corrélation entre la laminine-5dans la PC et le cancer, soulignant l'importance du diagnostic immunologique de ces auto-anticorps.
D'autres études sont nécessaires pour mieux mettre en évidence cette association.
Le mécanisme qui sous-tend l'association du MMP et le cancer est inconnu et nécessite d'autres études plus approfondies.
Diverses hypothèses pathogéniques ont été avancées, notamment la théorie selon laquelle les cellules tumorales sécrètent les anticorps anti-laminine-5entraînant une perte d'adhésioninter kératinocytaire et la formation de bulles.
Dans la littérature, il a été rapporté plusieurs études rétrospectives concernant la MMP et malignité.
Egan et al ont décrit 35 patients atteints de MMP suivis sur une période de 12 ans ; 10 patients (28,6%) ont développé un cancer solitaire. Huit de ces patients ont eu un cancer après l'apparition de la MMP, la plupart dans les 12 à 14 mois, et tous les décès étaient liés au cancer.
Les tumeurs malignes associées comprenaient 3 cancers du poumon, 3 de l'estomac, 2 du côlon et 2 de l'endomètre.

Outre les cancers solides, la MMP a été décrit par Sadler et al chez un patient atteint de mycosis fongoïde traité pendant 12 ans avec du clobétasoltopique qui a développé des érosions buccales et nasales.L'histopathologie a confirmé le diagnostic.
Il s'agit de la 1ère association entre la MMP et le lymphome.
Elle a été ensuite documentée chez un autre patient atteint d'un lymphome non hodgkinien diffus à grandes cellules B dans la série de Shannon et al.
Le mécanisme qui sous-tend l'association du MMP et le cancer est inconnu et nécessite d'autres études plus approfondies.

Allergologie et toxidermie :

Une Pustulose aiguë localisée de la face (PEAL) sévère suite à une prise d'amoxicilline/acide clavulanique

R.KAOUA, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL
Service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire Bioscience et santé, FMPM université Caddi Ayyad, Marrakech

Introduction

la pustulose exanthématique aiguë localisée (PEAL) est une entité rare , considérée comme une variante atypique localisée de pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) ; Caractérisée par l'apparition aiguë de multiples pustules stériles non folliculaires, de la taille d'une tête d'épingle, développées sur un fond érythémateux et œdémateux, généralement localisées au visage, au cou ou à la poitrine . Nous en rapportons un nouveau cas.

Observation :

Une femme de 40 ans, sans antécédents personnels ou familiaux de maladies dermatologiques, a été admise aux urgences pour une éruption cutanée aiguë faite de multiples petites pustules non folliculaires, millimétriques, lactescentes, superficielles et confluentes par endroits.
Développées sur des placards érythémateux, œdémateux affectant le visage, cuir chevelu, le cou et le décolletée ; Avec présence d'érosion de la muqueuse buccale et génitale sans autres signes associés le tout évoluant dans un contexte de fièvre chiffrée à 38,2° ainsi que des sensations de brulures.
L'éruption a été précédée par une pharyngo-amygdalite pour laquelle la patiente avait pris de l'amoxicilline/acide clavulanique (3 g/jour) 4 jours avant l'éruption cutanée.
Au bilan biologique, la patiente présentait hyperleucocytose franche à (20170/mm3) avec hyperpolynucléose neutrophile à (16770/mm3). L'éosinophilie n'était pas présente. La vitesse de sédimentation était à 116, et la protéine C-réactive (CRP 96,7 g/L). La fonction hépatique et la fonction rénale étaient dans les limites normales. Les sérologies étaient négatives et les cultures bactériennes et fongiques étaient négatives. Par ailleurs, une biopsie cutanée d'une lésion pustuleuse de la nuque a été réalisée, objectivant une pustule sous-cornées avec nécrose kératinocytaire et vasculite avec infiltrat diffus dense, lymphoplasmocytaire et polynucléé.
L'évolution était favorable après arrêt de l'amoxicilline/acide clavulanique, avec disparition progressive des pustules dans les 10 jours qui ont suivi l'arrêt avec persistance de macules hyperpigmentées post-inflammatoires.
Etant donné la relation temporelle entre l'administration d'antibiotiques et l'éruption cutanée ainsi que les résultats histologiques, notre cas peut être considéré comme un type

inhabituel de PEAG, défini comme une PEAL de la face induite par l'amoxicilline-acide clavulanique.

Discussion

La Pustulose exanthématique aiguë localisée (PEAL) décrite pour la première fois en 2005 par B.Prange et al ; est une entité rare environ une trentaine de cas ont été publiés dans littérature, confirmant qu'il s'agit d'une éruption cutanée sévère. Il s'agit de la survenue brutale et localisée de très nombreuses pustules de moins de 5 mm de diamètre, non folliculaires, stériles, sur fond érythémateux œdématié intéressant uniquement le visage, le cou et/ ou le tronc ; 3 à 5 jours après le début d'un médicament coupable, disparaissant peu de temps après le sevrage de ce dernier. Accompagnées de prurit ou parfois des sensations de brulure. L'atteinte des muqueuses est rare, bénigne et généralement limitée à un seul site, principalement la muqueuse buccale. La fièvre et la leucocytose peuvent faire partie du tableau. Plus de 80 % des cas de PEAL décrites sont d'origine médicamenteuse, avec en chef de file les antibiotiques, en particulier les b-lactamines et les macrolides, étant les déclencheurs les plus fréquents. Dans des cas particuliers elle peut être induite par une infection bactérienne, virale ou parasitaire ou encore l'exposition à des substances aéroportées d'origine végétale [Le contact avec une plante a été identifié dans un cas induit par Thapsia arganica et un autre cas induit par la moutarde des champs (Sinapis arvensis)].

Eczéma photo-allergique au kétoprofène topique

K. Kaddar[1] ; L. Elyamani[1] ; S. Sefraoui[1] ; S. Dikhaye [1,2] ; N. Zizi [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 kétoprofène (KP) est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) appartenant aux dérivés de l'acide arylpropionique. Il est utilisé dans sa forme topique dans plus de 70 pays. Cependant, depuis quelques dizaines d'années, un nombre croissant de rapports de cas de dermatite de contact allergique et photo-allergique au KP ont été publiés (1). Nous décrivons un nouveau cas d'eczéma photo-allergique au KP.

Observation :

Un patient de 50 ans ayant comme antécédent une entorse de la cheville gauche traitée par son traumatologue par un anti-inflammatoire topique (Kétoprofène 2,5% gel). Dix jours plus tard, il consulte pour un placard érythémateux vésiculo-bulleux circonférentiel, très prurigineux et suintant, siégeant au niveau de la cheville gauche. Ces lésions cutanées sont apparues au site d'application du gel anti-inflammatoire, après une exposition solaire prolongée (Figure 1).

A noter que le patient appliquait le gel avec son index gauche (qui n'a pas été exposé au soleil) et n'a pas développé de lésions cutanées à ce niveau.

Un photopatch-test a été réalisé. Le gel de KP a été appliqué sous occlusion pendant 48h. La lecture a été faite 15 minutes après avoir enlevé le test. Une réaction fortement positive (++) a été notée devant la présence d'un érythème surmonté de vésicules. (Figure 2)

Le patient a été traité par des dermocorticoïdes associés aux soins locaux avec une bonne amélioration au bout d'une semaine. (Figure 3)

Il a été conseillé à notre patient d'éviter l'utilisation topique ou systémique du KP, ainsi que celle des molécules de structure benzophénone et les autres AINS arylpropioniques structurellement proches.

Discussion :

Le KP est l'un des photo-allergènes les plus fréquents. Le tableau typique de dermatite photo-allergique est celui d'un eczéma vésiculo-bulleux survenant au site d'application du gel après exposition aux ultraviolets. L'atteinte des zones photoexposées est donc la plus fréquente.

Une extension secondaire peut se voir, à type de réaction urticarienne ou à type d'érythème polymorphe, en raison de la nature systémique de la réponse immunitaire cellulaire, du manuportage ou de la contamination des vêtements provoquant ainsi l'extension vers le reste du corps.

Les tests épicutanés simples et après irradiation permettent de confirmer le diagnostic suspecté cliniquement.

L'évolution est prolongée allant de plusieurs semaines à plusieurs mois avec un risque de survenue de récidives sans nouvelle prise ou application du KP. (2)

Plusieurs observations d'eczémas de contact et photo-allergiques ont été rapportées dans la littérature, raison pour laquelle le KP fait maintenant partie de la liste des médicaments sous surveillance renforcée. (3-5)

Conclusion :

L'eczéma photo-allergique induit par le kétoprofène topique se manifeste le plus souvent par une éruption vésiculo-bulleuse au niveau des zones photoexposées. L'utilisation de corticostéroïdes topiques ou systémiques, la protection solaire l'arrêt du kétoprofène et des produits à réaction croisée sont les mesures à prendre.

Comme les dermatoses photo-allergiques peuvent se manifester des jours après l'exposition à l'allergène, le diagnostic peut parfois être difficile d'où l'intérêt d'un bon interrogatoire.

Etude épidémiologique, clinique et prise en charge de l'urticaire chronique à Casablanca : Série de 230 cas

H.Tahiri, F.Fetoiki, F.Hali, H.Skalli, S.Chiheb

Service de dermatologie, Chu Ibn rochd, Casablanca

Introduction :

L'urticaire chronique (UC) correspond à la présence d'urticaire superficielle et/ou d'angioedème pendant au moins 6 semaines. Il s'agit d'une pathologie chronique, entraînant une altération majeure de la qualité de vie, nécessitant ainsi une prise en charge prolongée et spécifique

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée en consultation spécialisée de dermato-allergologie au CHU de Casablanca, incluant tous les patients avec un diagnostic d'UC ayant consulté entre janvier 2018 et Juillet 2022 .

Résultats :

Deux cent trente patients ont été inclus durant cette période. Il s'agissait de 170 femmes (73,9 %) et 60 hommes (26 %), avec un sex-ratio H/F de 2,8 et une moyenne d'âge de 42 ans (extrêmes :3 et 82 ans). Une atopie personnelle a été retrouvée dans 73 cas (31,73 %), une atopie familiale dans 32 cas (14%), une dysthyroidie dans 18 cas (7,8 %). Quatorze patients (6 %) avaient un antécédent de dépression et vingt six patients (11,3 %) rapportaient le rôle du « stress » en tant que facteur déclenchant des poussées d'urticaire. La durée moyenne d'évolution était de 4 ans (extrêmes : 6 semaines et 17 ans). 143 patients présentaient un tableau d'urticaire superficielle avec au moins un épisode d'angioedeme, 12 patients ont présenté un angioedeme isolé. Avant la consultation, 53 patients (23 %) étaient mis sous antihistaminique H1 (Anti-H1) et 80 patients (34 %) sous corticothérapie, un patient avait reçu des antileucotriènes, un patient du méthotrexate et un patient de la colchicine.

Au cours de la consultation, un bilan minimal (NFS, VS, CRP,anticorps anti-thyropéroxydase) a été demandé chez 70 patients (30,4 %) .Une fibroscopie oeso-gastroduodénale était réalisée chez 31 patients, révélant la présence d'Helicobacter Pylori chez 25 patients. L'enquête étiologique a permis de conclure à une UC spontanée dans 172 cas (74 %) et une UC physique dans 58 cas (26 %). L'UC physique correspondait à une urticaire cholinergique dans 39 cas (67,24 %), une urticaire retardée à la pression dans 3 cas (5,17 %), une urticaire de contact à la chaleur dans 8 cas (13,79 %), une urticaire au froid dans 2 cas (3,4 %), et un dermographisme dans 6 cas (10,3 %).

Les Anti-H1 de 2ème génération étaient instaurés chez tous nos patients. Les doses de traitement étaient : 1 comprimé par jour chez 25 patients (10,8 %), 2 comprimés par jour chez 52 patients (22,6 %), 3 comprimés par jour chez 146 patients (63,47 %) et 4 comprimés par jour chez 7 patients (1,7 %). Les AH étaient associés aux antileucotriènes dans 39 cas (16,95 %), au méthotrexate dans 8 cas (3,4 %) et à la dapsone dans 2 cas. Un patient a reçu de l'acide tranexamique pour un angioedème isolé. L'éradication d'HP était réalisée chez les 25 patients (10,8 %).

Discussion :

L'UC est une pathologie chronique, nécessitant une prise en charge prolongée, en témoignant la longue durée d'évolution estimé à 4 ans chez nos patients ce qui concordent avec les données de la littérature. En ce qui concerne l'âge, la moyenne d'âge de nos patients a été de 42 ans, les enfants constituaient 2% de nos patients confirmant ainsi la rareté de cet affection chez les enfants.

Le terrain d'atopie et d'auto immunité ont été trouvé chez 1/3 de nos patients, ces derniers favorisent par le biais de la fragilité mastocytaire la survenue de poussées d'urticaire.

Quand aux associations pathologiques, la gastrite à HP a été noté chez 25 patients soit 10 % des patients, néanmoins Le rôle d'HP dans la pathogenèse de l'UC reste controversé car les preuves appuyant cette relation font défaut ainsi que les moyens évaluant l'efficacité de l'éradication d'HP sur la symptomatologie.

Sur le plan thérapeutique, les Anti histaminiques H2 constituaient la pièce angulaire de la prise en charge de nos patients, avec en 2 éme lieu les anti leucotriennes puis le methotrexate . Ces deux molécules se sont révélées efficaces chez nos patients même si elles ne figurent pas dans les dernières recommandations de prise en charge de l'UC. Leur usage se justifie dans notre contexte par leur tolérance, leur efficacité et leur faible coût, par contre l'auto médication ainsi que la prescription de la corticothérapie ont été fréquentes chez nos patients, et été à l'origine des poussées d'urticaire chez la majorité de nos patients, soulignant ainsi l'importance d'une éducation thérapeutique étroite.

Profil épidémio-clinique, biologique et pharmacologique des vascularites médicamenteuses : Une série de 31 cas

H. Jabri (1) ; F. Hali (1) ; H. Rachadi (1) ; F. Marnissi (2) ; A.Meftah (3) ; H.Filali (3) ; S. Chiheb (1)

(1) Service de Dermatologie Vénérologie, (2) Service d'anatomie pathologique

(3) Service de pharmacologie toxicologie

Introduction : Les vascularites médicamenteuses sont des vascularites d'hypersensibilité caractérisées par une inflammation et une nécrose des vaisseaux de petit calibre, secondaires à une prise médicamenteuse. A travers notre travail, nous décrivons le profil épidémiologique, clinique, biologique et pharmacologique des vascularites médicamenteuses.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective analytique menée dans un service de dermatologie incluant tous les patients diagnostiqués de vascularite médicamenteuse ayant consulté entre janvier 2013 et janvier 2022.

Résultats :31 patients ont été inclus, dont 67% de sexe féminin et 33% masculin. L'âge moyen était de 46 ans. La présentation clinique était sous forme de purpura infiltré chez tous les patients, pétéchial chez 48.3%, nécrotique chez 41.6%, bulleux chez 31%, avec présence d'ulcérations chez 22.5% de nos patients. Les lésions siégeaient au niveau des membres inférieurs chez tous les patients, membres supérieurs (45%), abdomen chez 3 patients et visage chez 1 patient. Les signes extra-cutanés étaient représentés par une fièvre (29%), arthralgies (45%) et des douleurs abdominales (6%). La biopsie cutanée a montré l'aspect de vascularite leucocytoclasique avec immunofluorescence directe négative chez 71% des patients. Un syndrome inflammatoire était retrouvé chez 38.7% avec protéinurie de 24 heures positive chez 2 patients. Les médicaments incriminés étaient l'amoxicilline (13), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (5), macrolides (2) fluoroquinolones (3) anticonvulsivants (4) paracétamol (3) et les anti-bacillaires (1). Le délai moyen de survenue des lésions était de 7 jours après la prise médicamenteuse. L'évolution était favorable chez 87% des patients après arrêt du médicament incriminé, avec introduction d'une corticothérapie de courte durée chez 4 patients avec atteinte viscérale.

Discussion : La vascularite médicamenteuse est une affection relativement rare. Sa physiopathologie fait intervenir des complexes immuns, des ANCA et/ou des mécanismes cellulaires. Dans notre étude, on note une légère prédominance féminine ainsi qu'une fréquence élevée chez les adultes jeunes, ce qui concorde avec les données de la littérature. La présentation clinique inclue une atteinte cutanée associée ou pas à des signes systémiques (fièvre, arthralgie, myalgies). L'atteinte viscérale a été rarement rapportée et peut conditionner le pronostic de la maladie. Dans notre série, 2 patients présentaient une atteinte rénale avec une protéinurie de 24 heures positive. Plusieurs médicaments ont été incriminés dans la survenue des vascularites médicamenteuses. Dans la littérature comme dans notre étude, les béta-lactamines et les anti-inflammatoires étaient les plus incriminés. Le diagnostic positif des vascularites médicamenteuses peut s'avérer difficile, d'où l'intérêt d'une bonne démarche diagnostique ainsi qu'une enquête de pharmacovigilance minutieuse afin d'éliminer les autres diagnostics différentiels.

Eruption acnéiforme induite par le méthotrexate au cours du traitement d'un lymphome lymphoblastique

H.TADILI[1] ,I.BAHBOUHI[1] ,I.TAZI[2] ,M.ABOUDOURAIB[1],S.AMAL[1] ,O.HOCAR[1]
Service de Dermatologie-Vénérologie [1], Service d'Hématologie clinique[2]
CHU Mohammed VI, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
Laboratoires de Biosciences, Université Cadi Ayyad , Marrakech , Maroc

Introduction :

Le méthotrexate est un antimétabolite agissant comme antagoniste de l'acide folique , il est connu pour son action anti-inflammatoire et immunomodulatrice d'où son usage dans le traitement de plusieurs pathologies auto-immunes , hématologiques et de tumeurs solides selon des protocoles différents . Comme pour toute médication, le méthotrexate présente des effets indésirables avec des degrés de gravité et une fréquence variable. L'acné est considérée comme un effet indésirable exceptionnel du méthotrexate, seuls quelques cas ont été décrits dans la littérature.

Nous rapportons le cas d'une éruption acnéiforme étendue induite suite à l'usage du méthotrexate à fortes doses .

Observation :

Patient de 19 ans, suivi en hématologie pour lymphome lymphoblastique à précurseurs T (LLB-T) mis sous protocole CODOX-M. Lors de son cycle d'initiation le patient avait reçu Le 1er jour : 50 mg/m2de Doxorubicine, 800 mg/m2 Cyclophosphamide renouvelée le 2ème jour, 50 mg de Cytarabine renouvelée le 3ème jour, 1.4 mg/m2 de Vincristine renouvelée le 8èmejour . Le méthotrexate fut perfusé le 10èmepuis le 15ème jour après le début du protocole à la dose de 3000 mg/m2 en IVL. Le patient a rapporté, 48 heures après la première perfusion de méthotrexate l'apparition de quelques papulo-pustules dispersées sur le tronc et le visage ayant rapidement évolué après la deuxième perfusion vers une éruption cutanée étendue faite de papulo-pustules en nappes , non folliculaires, inflammatoires, d'aspect monomorphe, recouvrant les zones convexes du visage ainsi que l'ensemble du cou et du tronc , sans présence de lésions rétentionelles.

Devant l'intervalle rapide de survenue et l'aggravation manifeste après la 2ème introduction le diagnostic d'acné induite par le méthotrexate fut retenu.

En raison de l'étendu de l'éruption, et de la gêne esthétique occasionnée, le patient fut mis sous cyclines type doxymycine 100mg/jr pendant 3 mois. La décision de changement du protocole de chimiothérapie fut prise par l'équipe d'hématologie.

Le patient fut convoqué à 6 semaines du traitement pour contrôle, une régression complète des lésions inflammatoires fut notée avec persistance de quelques cicatrices pigmentées.

Discussion :

L'acné d'origine médicamenteuse (DIA)(DrugInducedAcne) est une affection cutanée fréquente qui s'apparente à une acné vulgaire avec cependant des caractéristiques cliniques et histopathologiques spécifiques .Elle survient classiquement suite à une prise médicamenteuse ,d'installation brutale, avec un aspect monomorphe de papules ou de papulo-pustules inflammatoires s'étendant au-delà des régions séborrhéiques. Le diagnostic de la DIA est anamnestique, il repose sur la mise en évidence de la relation clinique et chronologique entre l'introduction du médicament et la survenue de l'éruption en absence d'autres facteurs déclenchant.

Les corticostéroïdes, la ciclosporine, les antipsychotiques, les anticonvulsants, les facteurs de croissance, l'azathioprine, la testostérone, les antituberculeux, les anti-EGF sont, auprès de bien d'autres, les agents les plus souvent incriminés dans la survenue de la DIA contrairement au méthotrexate qui en est une cause exceptionnelle. Seuls quelques cas ont été rapportés dans la littérature.

La particularité de notre cas réside dans la survenue rapide d'une éruption acnéiforme très étendue suite à un agent médicamenteux très rarement impliqué dans les acnés médicamenteuses qui n'est d'autre que le méthotrexate.

La DIA disparait généralement à l'arrêt du traitement en cause, ainsi, devant une éruption acnéiforme banale, et quand l'interruption de l'agent causal est possible, une abstention thérapeutique est de mise. Dans le cas opposé,un traitement anti acnéique par voie locale ou générale est recommandé en fonction de l'étendu des lésions.

Conclusion :

L'hypothèse de la responsabilité du méthotrexate devrait être plus communément évoquée devant une éruption acnéiforme monomorphe d'allure médicamenteuse.

Une dermatite allergique de contact au fixateur externe d'Hoffmann

HananRagragui Ouasmin[1], Hasnae Saddouk[1] , Nada Tahri[1] ; Siham Dikhaye[1,2], Nada Zizi[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'allergie aux métaux est une réaction d'hypersensibilité retardée de type IV qui est fréquemment rapportée dans la littérature, notamment dans les domaines dentaire et de la chirurgie cardiothoracique [1]. Les implants orthopédiques sont impliqués dans 1 à 5% des cas [1-2]. Le diagnostic d'hypersensibilité aux métaux est difficile à affirmer [3]. La réaction allergique se développe typiquement et précocement au

cours de la vie, au contact prolongé ou répété de la peau avec des objets métalliques [4]. Aucun test de première intention avant la mise en place d'implants n'est recommandé [1].

Observation :

C'est une patiente âgée de 55 ans, diabétique depuis 10 ans sous insulinothérapie et hypertendue depuis 8 ans sous monothérapie. Elle a été opérée il y a 1an suite à une fracture de la diaphyse fémorale gauche avec mise en place de fixateurs externe d'HOFFMANN. Vingt jours plus tard, la patiente rapportait un érythème avec écoulement d'un liquide clair au niveau de la peau avoisinante des fixateurs externes. La patiente a consulté 11 mois plus tard dont l'examen clinique a objectivé la présence d'un placard érythémateux, hyperpigmenté par endroit avec des zones lichénifiées et de peau d'orange, surmonté par endroit de quelques lésions végétantes érythémateuses avec des orifices par lesquelles s'écoule un liquide purulent, faisant 50 cm de grand axe, siégeant au niveau de la face externe de la cuisse gauche et s'étendant vers la face interne. La biopsie cutanée a révélé la présence d'une hyperkératose orthokératosique et d'une parakératose humide de l'épiderme avec une spongiose importante et une exocytose des éléments inflammatoires essentiellement des polynucléaires éosinophiles sans signes d'atypies cytonucléaires. Au niveau du derme, on notait la présence d'œdème associé à un infiltrat inflammatoire péri vasculaire et péri annexiel, fait de lympho-plasmocytes, de polynucléaires neutrophiles et de polynucléaires éosinophiles. L'ensemble de ces éléments est compatible avec un eczéma subaigu. L'anamnèse n'a pas révélé la notion d'exposition à un autre allergène. Les patch-tests n'étaient pas utilisés dans notre cas. Les fixateurs externes ont été retirés et la patiente était mise sous dermocorticoïde de classe forte pendant un mois avec une dégression progressive avec une évolution satisfaisante.

Discussion :

Environ 10-15 % de la population présente une hypersensibilité cutanée aux métaux. Le nickel est le métal le plus allergène (14 %) suivi par le cobalt et le chrome [1-2]. Les matériaux utilisés dans les prothèses orthopédiques subissent une dégradation en raison du contact à long terme avec les tissus biologiques et de l'action mécanique, cette usure entraîne la production de particules et d'ions métalliques qui peuvent être responsable dans quelques cas de réactions inflammatoires chroniques

dans la région péri prothétique en activant le système immunitaire et en induisant une réaction d'hypersensibilité de type retardé [3].
Les complications cutanées allergiques rapportées regroupent l'eczéma généralisé ou localisé, le retard de cicatrisation, les réactions inflammatoires localisées avec des placards de dermohypodermite en regard de l'implant, évoluant par poussées avec fièvre, d'exceptionnelles réactions bulleuses ou urticariennes. Par ailleurs, des complications telles des vasculites lymphocytaires aseptiques ont été rapportées [4].
La plupart des implants prothétiques utilisés sont constitués de chrome et cobalt. Les proportions sont généralement d'environ 64 % de cobalt, 28 % de chrome, 6 % de molybdenum et environ 0,5 % de nickel [1].
Les tests épicutanés ou patch-tests sont considérés comme le gold standard en dermatologie pour mettre en évidence les dermatites de contact. C'est la méthode diagnostique la plus couramment utilisée. Cependant, il ne comprend pas toute la variété d'allergènes présents en chirurgie orthopédique et traumatologique [1].
Il n'existe pas de consensus clair sur la prise en charge des dermatites allergiques de contact aux métaux, cependant ; un retrait du matériel orthopédique ou une révision par implant hypoallergénique peuvent être proposés [2].

Conclusion :

L'hypersensibilité au matériel prothétique et traumatologique existe avec une symptomatologie clinique variée dont chaque clinicien doit connaitre.

Psoriasis inversé induit par Infliximab chez un enfant de 10 ans

A.ELKISSOUNI, F .ELFETOIKI , H .SKELLI , F.HALI , S.CHIHEB
Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

Les thérapies anti-TNF ont révolutionné la prise en charge de nombreuses maladies inflammatoires chroniques, cependant l'un de leur effets indésirables le plus redouté est le psoriasis paradoxal qui représente un challenge diagnostique et

thérapeutique, Nous rapportons ici un cas de psoriasis au niveau du siège après traitement par infliximab.

Observation :

Patient de 10 ans , suivi pour maladie de crohn depuis l'âge de 6 ans , traité initialement par mésalazine , qui s'est présenté pour des lésions cutanées évoluant 2 mois après l'introduction d'un Anti TNFa : inflixmab , L'examen clinique a noté des lésions erythémato-squameuses au niveau du pelvis et organes génitaux externes, le signe de la bougie et la rosée sanglante étaient positifs , la biopsie cutanée était en faveur d'un psoriasis et l'enquête de pharmacovigilance a incriminée l'infliximab , le patient a été mis sous dermocorticoïdes .

Discussion :

Bien que les anti-TNF soient hautement efficaces, 2 à 5 % des patients traités développent des lésions cutanées psoriasiformes appelées psoriasis paradoxal., Cliniquement, les lésions du psoriasis paradoxal sont similaires aux différentes formes de psoriasis classique, telles que le psoriasis en plaques, en gouttes et pustuleux. Il peut survenir quelques jours à plusieurs années après l'initiation du traitement, Typiquement, les lésions régressent à l'arrêt de la thérapie par anti-TNF. Par contre, 50 à 80 % des patients présentent une récidive si le même médicament ou un autre anti-TNF est réintroduit. Le psoriasis paradoxal répond aux traitements du psoriasis classique tels que les dermocorticoïdes, les analogues de la vitamine D et la photothérapie. Dans les formes étendues, des thérapies systémiques (méthotrexate, ciclosporine) peuvent être introduites, par ailleurs en cas d'absence d'amélioration ou dans des cas sévères (psoriasis pustuleux, érythrodermie), il est conseillé d'interrompre ou d'arrêter définitivement le traitement anti-TNF.

La pustulose exanthématique aiguë généralisée et le psoriasis pustuleux : Différences cliniques et histopathologiques

A.Elkissouni , F.Hali, H. Rachadi , S.Chiheb

Service de dermatologie , CHU Ibn Rochd Casablanca

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, ce qui peut conduire à une prise en charge inappropriée.

Le but de cette étude est de souligner les caractères cliniques et histopathologiques qui peuvent différencier entre le PP et la PEAG.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective dans notre service 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.

Variables	PP	PEAG
Sexe ratio H/F	0,4	0,7
Age moyen	35 [13-65]	31 [20-51]
Antécédents :		
Psoriasis	66%	8,33%
Prise médicamenteuse	37%	100%
Durée moyenne d'évolution	20 jrs	6jrs

Cliniques :		
Atteinte du visage	11%	66%
Atteinte palmo-plantaire	33%	8%
Atteinte des plis	18%	41%
Atteinte des phanères	77%	16%
Fièvre	55%	100%
Prurit	44%	37 .5%
Histologiques :		
Pustules spongiformes	40%	62%
Nécrose kératinocytaire	0%	33%
Capillaires tortueux	7.4%	0%
Infiltrat périvasculaire	62%	66%

.

Discussion :

Différencier entre les deux pathologies peut être difficile, néanmoins certains éléments peuvent aider à poser le bon diagnostic : Une prise médicamenteuse

récente est presque toujours retrouvée dans la PEAG dont l'arrêt permet souvent la guérison , une évolution plus longue et le plus souvent par poussées ainsi que des antécédents de psoriasis sont retrouvés dans le PP . L'atteinte de certaines localisations (plis et visage dans la PEAG , cheveux et ongles dans le PP)peuvent aider au diagnostic étiologique . Sur le plan histologique la présence de capillaires tortueux est en faveur du PP , alors que la nécrose kératinocytaire et l'infiltrat a PNE oriente vers la PEAG

Les réactions cutanées aux psychotropes

A.Elkissouni ; F.Hali ; H.Rachadi ; S.Chiheb

Service de dermatologie , Chu Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

Les psychotropes ont révolutionné la prise en charge de nombreuses psychoses or elles ne sont pas dénués d'effets secondaires en l'occurrence des réactions cutanées pouvant parfois être graves, mettant ainsi en jeu le pronostic fonctionnel et même vital

Le but de cette étude est de soulever les caractéristiques épidémio-cliniques des réactions cutanées graves dues aux psychotropes

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective menée sur une période de 10 ans, entre janvier 2011 et décembre 2021 .

Elle a concerné tous les patients suivis pour une réaction cutanée due a un psychotrope.

L'imputabilité du médicament psychotrope était confirmée par la méthodologie française de Bégaud et al.

Ont été exclus les rashs médicamenteux et les autres réactions cutanées bénignes gérées en ambulatoire.

Résultats :

Quarante et un cas ont été colligés, La moyenne d'âge était de 28,64 ans (9-74).

Dix huit cas soit 43,9% prenaient un psychotrope pour la 1ere fois

Les indications du traitement étaient : épilepsie (n=29) , dépression (n=6) , trouble bipolaire (n= 2) , schizophrenie (n=3) , névralgie de trijumeau (n=1)

Les psychotropes les plus incriminés étaient :Carbamazépine (n=16) , phénobarbital (n=8) , lamotrigine (n= 5) , chlorpromazine (n=4)

Le délai moyen entre la prise médicamenteuse et l'apparition des symptômes est de 14 jours (5jrs – 60 jrs) pour le Dress syndrome , 21 jrs (2-90jrs) pour STJ, 7jrs pour les vascularites .

Huit patient développé un effet secondaire après augmentation de la dose du psychotrope

Les formes cliniques étaient : Syndrome de DRESS (n=30) et STJ (n=4), syndrome de chevauchement (n=1) , vascularites médicamenteuses(n=4) , SDRIFE (n=1), photosensibilité (n=1).

Les complications étaient : Insuffisance rénale fonctionnelle (43%) , cytolyse hépatique (75%), cholestase biologique (60%) , troubles hydro-électrolytiques (17%), atteinte oculaire type blépharite (7,31%). Une éosinophilie >1500 a été retrouvée chez 11 patients qui est significativement associée à une atteinte hépatique (p =0,021) , la carbamazepine a été statistiquement corrélée à l'atteinte rénale et la cholestase (p= 0 ,013) ; la chlorpromazine a été associée à un risque de cytolyse hépatique (p=0 ,027)

Discussion

Les effets secondaires cutanées aux psychotropes restent rares <2% , mais certains sont graves nécessitant l'hospitalisation , dans notre contexte les réactions cutanées graves aux psychotropes viennent au 2nd rang après l'allopurinol.
Nous avons constaté dans notre étude que les anticonvulsivants sont les plus pourvoyeurs de réactions cutanées , notamment en cas d'administration de doses élevées (> 400 mg pour la carbamazepine) ,augmentation rapide des doses, ou association de plusieurs psychotrope notamment lamotrigine avec Valproate de sodium
Nous avons également noté que la carbamazepine était plus pourvoyeuse d'atteinte rénale et de cholestase , alors que la chlorpromazine était statistiquement corrélée à la cytolyse hépatique

Un érythème polymorphe induit par l'acide tranéxamique

H.Ragragui Ouasmin[1], S.Dikhaye[1,2], N.Zizi[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'érythème polymorphe induit par les médicaments est une variante rare et peu décrite de l'érythème polymorphe [1]. Il est souvent déclenché par des infections à HSV et rarement par des réactions indésirables aux médicaments [1-3]. L'acide tranéxamique est un antifibrinolytique utilisé largement dans plusieurs domaines [2]. Bien qu'il s'agisse d'un médicament présentant un profil de sécurité très élevé, des réactions d'hypersensibilité ont été décrites, avec des manifestations cliniques différentes [2]. Nous rapportant le cas d'un érythème polymorphe localisé au niveau des membres supérieurs et inférieurs induit par l'injection de l'acide tranéxamique chez une patiente marocaine.

Observation :

C'est une patiente âgée de 30 ans, en bon état général. Elle s'est présentée aux urgences pour des lésions érythémateuses prurigineuses des jambes évoluant 3 jours avant sa consultation soit 24h après l'injection de l'acide tranéxamique en milieu hospitalier pour des métrorragies spontanées sans épisodes similaires auparavant. Aucune histoire d'herpès ou de pneumopathie ou autres infections n'a été rapporté par la patiente. L'examen cutané a révélé la présence de multiples

lésions maculo-papuleuses érythémateuses bien limitées en cocarde dont certaines confluentes en plaques et placards, de taille allant de 1 à 4 cm de diamètre siégeant au niveau de la face antérieure et postérieure des 2/3 inférieurs des jambes en bilatéral sans atteinte muqueuse. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. Le bilan biologique était sans anomalie. Un examen gynécologique avec une échographie abdomino-pelvienne étaient sans particularité. Le diagnostic a été retenu sur les données anamnestiques et cliniques. La patiente a reçue une seule injection de l'acide tranéxamique avec une amélioration de ses métrorragies. Une déclaration de la réaction médicamenteuse au centre de pharmacovigilance a été faite et la patiente a été prise en charge en éducation thérapeutique. L'évolution était marquée par une nette amélioration clinique avec une régression importante et spontanée des lésions cutanées en 3 semaines.

Discussion :

L'érythème polymorphe est une éruption cutanéomuqueuse aiguë principalement causée par des infections et une allergie médicamenteuse [3]. Elle est considérée comme une réaction d'hypersensibilité de type IV et ses manifestations cliniques se situent dans un large spectre de gravité, on distingue la forme mineure et majeure [3]. Les infections virales causée le plus souvent par HSV, bactériennes par le Mycoplasma pneumoniae et fongiques notamment l'histoplasmose sont les principaux facteurs déclenchants de l'éruption [4]. L'érythème polymorphe se résout spontanément en trois à cinq semaines sans séquelles avec possibilité de récidive [4]. L'acide tranéxamique est un dérivé synthétique de la lysine qui exerce son effet antifibrinolytique en bloquant de manière réversible les sites de liaison de la lysine sur le plasminogène et en empêchant ainsi la dégradation de la fibrine. Ce médicament peut être utilisé dans plusieurs affections, en particulier dans les troubles de la coagulation, ce qui explique son rôle important dans les contextes aigus et périopératoires [1]. L'acide tranéxamique est généralement bien toléré et a été considéré comme un médicament relativement sûr aux doses généralement utilisées [2]. Les symptômes de l'hypersensibilité à l'acide tranéxamique peuvent aller de légers comme une éruption cutanée, des démangeaisons et/ou de l'urticaire à sévères incluant la nécrolyse épidermique toxique, reflétant ainsi les différents mécanismes pathogéniques impliqués [2].

Le patch tests et le test de provocation par voie orale n'étaient pas réalisé dans notre cas. La prise en charge repose sur l'arrêt du traitement causal et l'évitement

des médicaments de la même classe thérapeutique vu le risque de survenue d'une réaction plus grave.

Conclusion : la reconnaissance des réactions cutanées médicamenteuses est indispensable pour tous cliniciens. L'érythème polymorphe médicamenteux reste une variante rare de l'érythème polymorphe avec un degré variable de gravité d'où la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée.

Exacerbation du psoriasis après vaccination contre le SARS-COV 2: étude rétrospective

I.Bejja (1), M. Omari (2), Z. Douhi (1), M. Guechchati (1), M. Soughi (1), S. Elloudi (1), H. Baybay (1), S. Elfakir (2), FZ Mernissi (1)

(1) : Service de dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc

(2) : laboratoire d'épidémiologie, recherche clinique[h1] et santé communautaire, faculté de médecine et de pharmacie, Fès, Maroc

Introduction:

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique à médiation immunitaire incriminant des facteurs génétiques et environnementaux. La vaccination est un facteur déclenchant d'exacerbation qui a été décrit antérieurement. Le vaccin Covid-19 a récemment été introduit pour la prévention de l'infection par la Covid-19 et le contrôle de la pandémie.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée de janvier 2021 à mars 2022, chez des patients suivis dans notre formation pour psoriasis confirmé, toutes formes et traitements confondus. Ayant tous reçu le vaccin Covid-19.

Résultats :

Nous avons recensé 120 patients. Seulement 27,5 % des cas ayant reçu 3 doses de vaccin anti-Covid-19. Le vaccin Sinopharm était le plus reçu suivi d'AstraZeneca et enfin du vaccin Pfizer.

37,5 % ont signalé une poussée après le vaccin. Elle a été plus observée chez les patients ayant reçu le vaccin Sinopharm avec un pourcentage de 41% à la 1ère dose, 37,5% à la 2ème dose et 21,4% à la 3ème dose. Après un délai moyen de 17,09 jours.

Parmi les patients sous traitement systémique ayant eu une poussée de leur psoriasis, 42,3 % étaient sous méthotrexate, 83,3 % sous rétinoïde, 33,3 % sous inhibiteur de l'IL-17 et 33,3 % sous traitement par inhibiteur de l'IL-23. Aucune poussée n'a été rapportée chez les patients traités par anti-TNF-α. Alors que dans la population traitée par un traitement topique, 47,2 % ont développé une exacerbation de leur psoriasis après la vaccination.

Toutes les poussées étaient minimes à modérées. Aucune répercussion hémodynamique ou respiratoire n'a été rapportée et les patients ont été tous pris en charge par voie topique avec maintien de leurs traitements antérieurs.

Discussion:

« Le psoriasis vaccinal » a déjà été rapporté avec les vaccins de la grippe, tétanos, diphtérie, Bacillus Calmette-Guérin (BCG) et pneumocoque polyosidique. Une poussée après le vaccin covid-19 chez des patients atteints de psoriasis a également été récemment signalée. Le mécanisme le plus suggéré est une réponse immunitaire à médiation cellulaire et humorale que le vaccin peut susciter, impliquant probablement des cellules Th17.

La faible incidence de cette poussée chez les patients sous biothérapie par rapport aux autres, suggère un rôle potentiellement protecteur de ces agents compte tenu du mécanisme physiopathologique mis en jeu.

Conclusion :

La vaccination Covid-19 est un grand intérêt dans le contrôle de la pandémie. Et pour la sécurité des patients psoriasiques, la vaccination ne doit pas être interrompue et les malades doivent être rassurés que les poussées dues aux vaccins Covid-19 ont une bonne évolution clinique avec une bonne réponse aux traitements standards.

Mots-clefs : psoriasis, SARS COV-2, vaccination, poussée,

Lichen actinique révélé par la deuxième dose du vaccin anti covid 19

H.Douma, K.Rharib ,S.Amal, O.Hocar,M.aboudourib

Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Med VI, Faculté de médecine et de pharmacie, université CADI AYYAD, Marrakech, Maroc

Laboratoire biosciences et santé FMPM

INTRODUCTION :

Le lichen plan actinique est une variante rare de lichen plan cutané caractérisée par l'apparition de lésions lichénoides sur les zones photo-exposées.

Il fait partie des manifestations cutanées secondaires du vaccin anti-covid 19.

OBSERVATION

Il s'agit d'un homme de 22 ans sans antécédents pathologiques particuliers, ayant consulté pour des lésions érythémateux-squameuses prurigineuses évoluant depuis 2mois et apparues 7 jours après l'administration de la 2ème dose du vaccin anti-covid 19(sinopharm),

A l'examen clinique le patient présente des macules pigmentées prurigineuses disséminées au niveau du cou, le front et la face dorsale des mains.

Le reste de l'examen somatique était sans particularité.

Il a été mis sous dermocorticoïdes associés à une photo protection.

DISCUSSION

L’intérêt de notre observation réside dans la rareté de cette entité.

Le lichen plan actinique est une affection chronique et bénigne du sujet jeune du Moyen-Orient et des pays du Maghreb.

Les manifestations cutanées secondaire du vaccin anti covid-19 ont été bien documentées et comprennent des éruptions morbilliformes, urticariennes, varicelliformes, vasculopathiques et des lésions type engelures.

Le lichen actinique apparaît exclusivement sur les zones exposées au soleil, en particulier le visage. Différentes formes morphologiques ont été décrites : une forme annulaire classique (papules violines), une forme simulant un granulome annulaire (plaques hyperpigmentées érythémateuses annulaires), une forme dyschromique (papules coalescentes angulaires blanches sur le cou et la face dorsale des mains) et une forme pigmentée de type mélasma (taches sombres sur le visage et le cou). Il n'y a pas d'atteinte muqueuse ni unguéale.

L’évolution est bénigne et le traitement repose sur la photoprotection et les dermocorticoïdes.

CONCLUSION

Les réactions cutanées secondaires au vaccin contre la COVID-19 sont polymorphes. Les praticiens doivent être sensibilisés à ces manifestations cutanées qui ne contre indiquent pas, le plus souvent, la poursuite de la vaccination.

Toxidermies aux antiépileptiques

Expérience du service de dermatologie de l'hôpital ARRAZI de Marrakech, à propos 17 cas

F. Amakha1 , S. khatem2 , M. Khallouki1 , I. Kial1 , M. Aboudourib1 , O.Hocar1 , S. Zaoui2 , S. Amal1

Service de dermatologie–vénéréologie1 , Service de pharmacologie et Toxicologie2 , CHU Mohammed VI, laboratoire bioscience et santé. Université Cadi Ayyad, FMPM. Marrakech. Maroc

Introduction :

Les toxidermies sont un motif fréquent de consultation et d'hospitalisation. Ce terme regroupe les toxidermies d'hypersensibilité qui peuvent aller du rash bénin ne contre-indiquant pas le traitement à des tableaux cliniques sévères mettant en jeu le pronostic vital et constituant une urgence diagnostique et thérapeutique, tels le choc anaphylactique et les nécrolyses épidermiques. Leur prise en charge précoce ne doit pas être négligée. Les antiépileptiques sont des médicaments utilisés dans le traitement des épilepsies mais certains sont dotés de propriétés antiépileptiques, neurotropes et psychotropes. Ils sont parmi les médicaments principalement impliqués dans les toxidermies.

Le but de notre travail était d'étudier le profil épidémiologique, clinique, évolutif et thérapeutique des toxidermies aux antiépileptiques ainsi que préciser les antiépileptiques les plus incriminés.

Patients et méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 17 cas de toxidermies aux antiépileptiques, colligés au service de dermatologie CHU Mohamed VI de Marrakech, sur une période de 5 ans de Janvier 2017 au Décembre 2021.

Résultats :

L'âge de nos malades variait entre 16 et 70 ans avec un âge moyen de 42 ans et une prédominance féminine (82,4%). L'épilepsie était la principale indication aux antiépileptiques dans notre étude (8 cas, 47,1%); suivie par la psychose dans 2 cas (11,8%), puis la dépression dans un cas (5,9%) et la douleur post- zostérienne dans un cas (5,9%), le motif de prescription était inconnu dans 5 cas (29,3%). Dans notre étude, on a noté 5 cas (29,4%) de toxidermies aux antiépileptiques durant l'année 2021 par rapport aux années 2017, 2019, 2020; on a trouvé 4 cas (23,5%) pour chaque année et aucun cas en 2018. Cinq formes cliniques ressortent de notre série, elles sont représentées par 9 cas (52,9%) de syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS Syndrome), 4 cas (23,5%) de syndrome de Stevens Johnson, 2 cas (11,8%) de nécrolyse épidermique toxique, 1 cas (5,9%) de pustulose exanthématique aigue généralisée et 1cas (5,9%) d'érythème pigmenté fixe bulleux généralisé. La carbamazépine était incriminée dans 9 cas (52,9%), Valproate de sodium dans 4 cas (23,5%), Lamotrigine dans 2 cas (11,8%), Phénobarbital dans 2 cas (11,8%). Tous nos malades avaient eu leurs médicaments à travers une prescription médicale. L'intervalle entre la prise de l'antiépileptique et l'apparition des signes cutanés était de quelques heures chez un cas (5,9%), 2 jours à 7 jours chez 1cas (5,9%), entre 8 jours et 21 jours chez 7 cas (41,2%), 4 semaines à 6 semaines chez 5 cas (29,4%), plus de 3 mois chez 2 cas (11,8%), et intervalle inconnu chez un cas (5,9%). Les signes de gravité cutanés ou généraux étaient présents chez tous nos patients. Le prurit était présent dans 82,4% (14 cas). Les signes neurologiques associés aux effets secondaires cutanés sont représentés par la somnolence dans 3 cas (17,6%) et les troubles de comportements dans 1 seul cas (5,9%). Sur le plan biologique, la NFS était perturbée dans 64,7%, les troubles hydroélectolytiques notés dans 17 ,6%, l'insuffisance rénale dans 5,9% et la cytolyse hépatique dans 58,8%. Les explorations neurologiques étaient indiquées chez 4 cas (23,5%). L'arrêt du médicament responsable était indiqué chez tous nos malades. Un antiseptique était prescrit dans 47,1%, les dermocorticoïdes dans 41,2%, le bain et les émollients dans 94,1%, l'antibiotique topique dans 11,8%. Une corticothérapie orale était indiquée dans 6 cas (35,3%) et les antihistaminiques dans 15 cas (88,2%). L'évolution était marquée par la guérison dans 15 cas (88,2%) et le transfert en réanimation dans 2 cas (11,8%).

Discussion :

Les toxidermies aux antiépileptiques surviennent chez 3 % des personnes qui reçoivent des anticonvulsivants. De nombreuses sources indiquent que les antiépileptiques sont parmi les médicaments qui déclenchent le plus souvent des effets indésirables cutanés graves, qui sont dominés par le DRESS, ce qui est concordant avec les résultats de notre étude. Dans l'étude coréenne des toxidermies aux antiépileptique incluant 2942 cas de toxidermies bénignes et graves, faite sur 10 ans (2008-2017) par H. Kyung et al, l'antiépileptique le plus fréquemment en cause était la lamotrigine dans 699 cas (23.8%), et dans 241 cas de toxidermies graves (DRESS, SJS et Lyell) ; les antiépileptiques en cause étaient dominés par la carbamazépine dans 117 cas (48,8 %), alors que dans notre étude la carbamazépine était l'anticonvulsivant le plus incriminée (52,9%), suivi par le valproate de sodium (23,5%), lamotrigine (11,8%), Phénobarbital (11,8).

Les toxidermies aux antiépileptiques touchent toutes les tranches d'âge. La prédominance féminine retrouvée dans notre série rejoint les données de la littérature. Pour leur mécanisme pathogène; les antiépileptiques provoquent directement la mort cellulaire ou agissent comme des prohaptènes provoquant une réponse immunitaire par liaison aux cellules T. Le pronostic dépend de la forme clinique, plus grave en cas de syndrome de Lyell ou de DRESS. Devant toute suspicion d'une toxidermie, l'antiépileptique doit être arrêté, une enquête de pharmacovigilance doit être indiquée et un traitement symptomatique avec une corticothérapie générale si signes de gravité doivent être instaurés. Conclusion :

les toxidermies aux antiépileptiques sont fréquentes, dominées par DRESS, syndrome de Stevens- Johnson, Lyell et l'exanthème maculopapuleux. Nous soulignons à travers cette étude le potentiel des antiépileptiques d'induire des toxidermies graves et donc leur inscription doit être raisonnée. Chaque clinicien ne doit pas manquer les signes précoces des toxidermies graves pour pouvoir réduire leurs incidences.

Mots clés : Toxidermies, Réactions cutanées indésirables, antiépileptiques, Effet secondaire, Iatrogénie, pronostic, pharmacovigilance

Pustulose exanthématique aigue généralisée une toxidermie rare et méconnue : une série de 6 cas.

R.Ajaaouani, F.Hali, A.Meftah* S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie

*laboratoire de toxicologie et pharmacologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :

La pustuloseéxanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une toxidermie rare et grave. Caractérisée par la survenue brutale d'une éruption fébrile érythémato-oedémateuse et pustuleuse. L'objectif de ce travail est de déterminer les particularités épidémiologiques, cliniques et étiologiques des PEAG.

Matériel et méthodes :

C'est une étude rétrospective colligeant tous les cas de PEAG, confirmé par la biopsie cutanée et l'étude d'imputabilité entre 2012 et 2021.

Résultats :

Il s'agissait de 10 cas de PEAG. L'âge moyen était de 38,5 ans. Une prédominance féminine a été notée. Le délai moyen entre la prise médicamenteuse et le début de l'éruption était de 4 jours (1–14 jours). La fièvre était présente dans les six cas. Le tableau clinique était typique dans tous les cas avec survenue brutale d'une éruption érythémato-oedémato-pustuleuse associée à un prurit dans 3 cas. La prédominance aux grands plis était notée dans 3 cas. La biologie a objectivé une neutrophilie dans 3 cas, une hyper-éosinophilie dans un seul cas et une cytolyse hépatique dans 2 cas. La biopsie cutanée, réalisée dans tous les cas, était en faveur du diagnostic. Les médicaments les plus incriminés étaient la ciprofloxacine dans 2 cas, les betalactamines dans 5 cas, la dapsone dans un cas et la terbinafine dans 2 seul cas. L'imputabilité médicamenteuse était plausible dans 4 cas et douteuse dans 2

cas.Tous les patients étaient mis sous dermocorticoïdes. L'évolution était rapidement favorable après retrait de l'agent causal dans un délai moyen de 7 jours (3–15 jours). Les tests épi cutanées n'ont pas pu être réalisés.

Discussion :

L'origine médicamenteuse est l'étiologie la plus fréquente de la PEAG dans 90 % des cas. Toutefois, des cas de PEAG secondaires à des causes non médicamenteuses ont été rapportés. Les ATB les plus incriminés sont la pristinamycine, les aminopénicillines, les quinolones, les sulfamides et les macrolides. Cependant des isolés de PEAG induit par hydroxychloroquine ont été rapportés. Caractérisée par une prédominance féminine, la PEAG se manifeste cliniquement, par l'apparition brutale d'une éruption fébrile érythémato-oedémateuse couverte de pustules non folliculaires superficielles. La topographie des lésions est fortement évocatrice au niveau du tronc et/ou des grands plis avec fréquemment un œdème du visage. La phase évolutive de l'affection est marquée par une phase de desquamation en larges lambeaux. L'atteinte muqueuse est inconstante. L'atteinte viscérale la plus habituelle est l'insuffisance rénale aigue fonctionnelle et cytolyse avec ou sans cholestase hépatique biologique. L'évolution de la PEAG est habituellement favorable à l'arrêt du médicament en cause avec un délai variant de 48 heures à 15 jours. Les tests cutanés médicamenteux sont d'un grand apport dans la détermination de l'imputabilité médicamenteuse. Notre étude corrobore les données de la littérature en soulignant la rareté de l'affection, la prédominance féminine et la fréquence de l'implication des antibiotiques ainsi la valeur diagnostique des tests cutanés.

Érythème pigmenté fixe bulleux au paracétamol

H.Chagraoui. F.Fetoiki. F.Hali. H.Skalli. S.Chiheb

Introduction :

L'érythème pigmenté fixe est une forme de toxidermie très particulière, elle se caractérise

par l'apparition de plaques de nombre variable, survenant quelques heures à quelques jours après la prise médicamenteuse. Les muqueuses peuvent également être atteintes. Les plaques peuvent être vésiculeuses, bulleuses, voire généralisées.
Nous rapportons ici un nouveau cas d'érythème pigmenté fixe induit par le paracétamol à localisation cutanéo-muqueuse.
Observation :
Il s'agit d'une patiente de 62 ans, suivie pour un néo du sein sous anastrazole, ayant présenté une éruption érythémateuse prurigineuses deux jours après l'introduction du paracétamol. A l'examen, la patiente était apyrétique, au niveau cutané, on notait la présence de plaques érythémateuses non infiltrés à centre bulleux et pustuleux par endroit, au niveau axillaire, et abdominales. Par ailleurs, il y avait des érosions anales, sans atteinte de la muqueuse buccale, ni génitale. Sous traitement dermocorticoïdes, l'évolution a été marquée par une pigmentation résiduelle.
L'enquête pharmacologique a incriminé le paracétamol en premier, et la biopsie cutanée a montré un épiderme largement nécrotique, une dermite d'interface et vacuolisation de la basale en faveur de la toxidermie.
Deux mois plus tard, la patiente a présenté de nouvelles lésions sur les mêmes sites après une réintroduction accidentelle du paracétamol, ce qui a permis d'appuyer notre diagnostic malgré la négativité du patch-test.
Discussion :
L'érythème pigmenté fixe est une réaction immuno-allergique typiquement d'origine médicamenteuse. Les molécules en cause sont principalement : les pyrazolés, le paracétamol, l'aspirine, les sulfamides, les cyclines et les anti épileptiques. La topographie peut orienter sur le médicament causal, une atteinte du tronc sans atteinte des muqueuses est souvent du au paracétamol. Chez notre patiente, en plus de l'atteinte du tronc, il y avait des érosions anales.
La recherche du diagnostic étiologique peut être envisagé par le patch test cutanés, cependant ils ne peuvent être positifs que sur une peau antérieurement lésée. La négativité d'un test épi cutanée ne permet pas d'exclure le médicament causal, ce qui est le cas chez notre patiente.
Conclusion :
Nous soulignons à travers notre cas, l'importance de rechercher la prise de paracétamol devant une suspicion d'érythème pigmenté fixe compte tenu de la fréquence de l'auto médication de celui-ci.

Etude des mastocytoses cutanées chez l'enfant: série de 10 cas

C.Marmech, F.ELFatoïki, H.D.Skali, S.Chiheb

Service de dermatologie-vénéréologie, CHU IBN ROCHD, CASABLANCA

Introduction : Les mastocytoses sont des affections liées à l'accumulation et à la prolifération anormale de mastocytes clonaux dans un ou plusieurs organes. Cette pathologie affecte souvent l'enfant sous forme d'une mastocytose cutanée isolée et indolente.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre 2013 et 2022 colligeant tous les cas de mastocytose cutanée observés chez les patients âgés de moins de 15ans.

Résultats : Dix cas ont été colligés dont six garçons et quatre filles. La moyenne d'âge était de 3 ans et 5mois. Tous les enfants ont été suivis pour atteinte cutanée pure. La forme maculo-papuleuse était objectivée chez 9 malades, un seul patient présentait un mastocytome solitaire. L'histologie et l'IHC ont confirmé le diagnostic chez tous nos patients. L'évolution était extensive chez 3 enfants et stationnaire chez 7.

Discussion : Les mastocytoses représentent un groupe hétérogène de maladies. On distingue classiquement les mastocytoses cutanées isolées des mastocytoses systémiques qui correspondent à une infiltration mastocytaire significative d'un organe extra-cutané.

Les manifestations cliniques des mastocytoses sont éparses. Les mastocytoses cutanées sont deux à trois fois plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte. Elles réalisent différents tableaux cliniques. La mastocytose maculeuse éruptive ou urticaire pigmentaire, est la forme la plus fréquente chez l'enfant. La forme nodulaire ou mastocytome est presque exclusive de l'enfant, en particulier chez le nouveau-né. La mastocytose cutanée diffuse est la forme la plus rare et la plus inquiétante des mastocytoses de l'enfant. Le diagnostic de mastocytose cutanée est d'abord clinique, et le recours à la biopsie cutanée est souvent inutile. Les traitements utilisés chez l'enfant sont variés selon le type d'atteinte cutanée.

Les mastocytoses cutanées chez l'enfant sont de diagnostic relativement facile et de pronostic favorable. Néanmoins, lorsqu'elles persistent à l'âge adulte, elles peuvent constituer un des symptômes des mastocytoses systémiques qui sont à redouter dans leurs formes sévères et invalidantes.

Toxidermies médicamenteuses : connaissance et attitudes pratiques des médecins généralistes de Marrakech

S. IBZER, M. SIDKI, M. ABOUDOURIB, S. AMAL, O. HOCAR

Service de Dermatologie Vénérologie, CHU Mohammed VI de Marrakech
Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction

Les toxidermies regroupent les effets indésirables cutanés des médicaments. Elles sont au premier rang des incidents iatrogènes allergiques. Les toxidermies sont responsables de 2 à 3 % des complications au cours des hospitalisations quel qu'en soit le motif. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances et l'attitude des médecins généralistes face aux toxidermies médicamenteuses.

Matériel et méthodes

Dans cette étude descriptive, un questionnaire anonyme, conçu avec le logiciel Google-Forms, portant sur le diagnostic et la prise en charge des toxidermies et comprenant des images de toxidermies a été envoyé aux médecins généralistes exerçant dans la région de Marrakech

Résultats

Nous avons colligé 82 réponses. L'âge des médecins ayant répondu variait entre (30–59). La durée d'exercice allait de 1 an à 23 ans. Quatre-vingt-dix pour cent des médecins voyaient moins de 5 cas de toxidermie par mois. Les toxidermies les plus fréquemment retrouvées étaient l'urticaire dans 65% des cas et l'exanthème maculopapuleux dans 52.2% des cas. Les antibiotiques étaient les molécules les plus

pourvoyeuses de toxidermie, pour 97.5% des médecins. Une atteinte d'organe était systématiquement recherchée dans 62.5% des cas. Parmi les signes cliniques de gravité, 45 % des médecins recherchaient des signes d'instabilité hémodynamique et 7.5% un décollement cutané. Les praticiens demandaient un avis spécialisé dans 43.6% des cas. Les urgences les plus proches étaient le plus souvent sollicitées dans 55 % des cas. Les médecins prescrivaient la corticothérapie orale dans 92.5% des cas et elle était systématique chez 40% des médecins quel que soit le type de réaction cutanée. Soixante-quinze pour cent des praticiens reconnaissaient ne jamais déclarer l'accident au centre régional de pharmacovigilance. Devant l'image représentant un syndrome de Lyell, 57,5% des médecins n'avaient pas reconnu cette toxidermie grave.

Discussion

Notre étude souligne les difficultés rencontrées par les médecins généralistes durant la prise en charge diagnostique et thérapeutique des toxidermies. La conduite à tenir thérapeutique des praticiens de l'étude est inadéquate dans la plupart des cas, reposant essentiellement sur la prescription systématique de corticothérapie orale en association avec les antihistaminiques quel que soit le type de toxidermie. Ces données rejoignent celles d'une étude française. Quatre-vingt-cinq pour cent des praticiens français reconnaissent ne jamais déclarer l'accident au centre régional de pharmacovigilance. Ceci est également retrouvé dans notre étude où la grande majorité des médecins interrogés ne déclarait pas l'effet cutané au centre de pharmacovigilance.

Conclusion

La place des médecins généralistes dans le diagnostic et la prise en charge des toxidermies est primordiale. Une bonne connaissance de la conduite à tenir pratique pourrait éviter le retard diagnostique des cas de toxidermies mettant en jeu le pronostic vital des patients. Sur la base des résultats obtenus, nous espérons être en mesure d'améliorer les compétences des médecins face aux toxidermies.

Toxidermies lichénoïdes secondaires au vaccin anti COVID-19 : une série de 4 cas

R. Bousmara[1], F. Hali[1], A. Meftah[2], H. Filali[2], F. Marnissi[3], S. Chiheb[1]

[1] Service de Dermatologie-Vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

[2] Laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie, FMPC, Maroc

[3] Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Depuis l'introduction du vaccin contre la Covid-19, plusieurs manifestations cutanées post vaccinales ont été signalées. Cependant, les toxidermies lichénoïdes demeurent rares. Nous rapportons la première série de toxidermie lichénoïde secondaire au vaccin anti SARS-CoV-2.

Matériel et méthodes :

Une étude prospective a été menée entre Mars 2021 et Février 2022, incluant les patients qui ont présenté des manifestations cutanées en faveur d'une toxidermie lichénoïde après une vaccination anti Covid-19. Le type du vaccin, le délai d'apparition des symptômes et les résultats de l'examen anatomopathologique et de l'enquête de pharmacovigilance ont été recueillis.

Résultats :

Quatre cas ont été colligés. Deux patientes de sexe féminin et deux patients de sexe masculin. La moyenne d'âge était de 45 ans, avec des extrêmes allant de 20 à 67 ans. Il n'y avait pas d'antécédents pathologiques particuliers notamment un lichen plan ou d'autres déclencheurs possibles (nouvelle prise médicamenteuse, infections sous-jacentes).

Les réactions cutanées ont été observées entre 3 et 30 jours après la deuxième dose chez 3 patients qui ont respectivement reçu le vaccin Oxford–AstraZeneca (n=1) et Sinopharm (n=2). Et un jour après la 1ère dose du vaccin Sinopharm (n=1).

L'aspect clinique était similaire pour les 4 cas avec survenue d'une éruption faite de papules violines de petite taille légèrement squameuses. L'atteinte était généralisée (n=2) et prédominait au tronc et aux racines des membres (n=2). Aucune atteinte

muqueuse n'était notée. Le prurit décrit dans tous les cas était modéré. Il y avait une hyper éosinophilie à la numération formule sanguine chez 2 patients.

L'étude histologique des biopsies cutanées montrait des signes en faveur d'une toxidermie lichénoide et a mis en évidence une nécrose kératinocytaire (n=4) et une parakératose focale (n=3). Un infiltrat inflammatoire à prédominance éosinophiles était présent (n=4), associé à un infiltrat péri vasculaire plus profond.

Une enquête de pharmacovigilance a été menée chez tous nos malades, et l'étude des critères d'imputabilité plaide en faveur de la responsabilité du vaccin anti COVID-19. L'évolution était favorable pour l'ensemble des cas.

Discussion et conclusion :

Les toxidermies lichénoïdes sont des réactions médicamenteuses rares, difficiles à différencier du lichen plan idiopathique.

Cliniquement, les critères en faveur d'une origine médicamenteuse sont : l'étendue des lésions, l'absence de l'atteinte muqueuse et les stries de Wickham. Sur le plan histologique, le diagnostic de toxidermie lichénoïde peut être suspecté en présence des signes suivants : la nécrose kératinocytaire, la parakératose focale et la présence de polynucléaires éosinophiles.

Plusieurs médicaments sont connus comme inducteurs, cependant, il existe peu d'informations sur son apparition après le vaccin, en particulier le vaccin anti SARS-CoV-2. Il est important de distinguer l'éruption induite de la forme idiopathique afin d'arrêter le médicament responsable.

Un cas inhabituel d'une pemphigoïde bulleuse induite par l'oméprazole

R. Bousmara [1], F. Hali [1], H. Rachadi[1], F. Marnissi [2], A. Meftah [3], H. Filali [3], S. Chiheb

[1] Service de Dermatologie-Vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

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

[3] Laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie, FMPC, Maroc

Introduction :

De rares cas de maladie bulleuse auto-immune ont été induits par les inhibiteurs de la pompe à protons. Nous rapportons une observation de dermatose bulleuse auto-immune sous-épidermique à type de pemphigoïde bulleuse (PB) induite par l'oméprazole.

Observation :

Un patient de 74 ans, connu diabétique et hypertendu sous traitement (sans aucune adaptation récente) et qui présentait 15 jours après la prise d'un inhibiteur de la pompe à protons type Oméprazole, des lésions bulleuses tendues à contenu séro-hémorragique associées à des placards urticariens qui se généralisaient par la suite avec hyperéosinophilie à 3930. La biopsie cutanée montrait une bulle sous-épidermique avec en immunofluorescence directe, un dépôt linéaire continu d'IgG et de C3 le long de la jonction dermoépidermique. L'immunofluorescence indirecte montrait la présence d'auto-anticorps dirigés contre la zone de la membrane basale. Il était mis sous dermocorticoïdes et les IPP étaient arrêtés avec bonne amélioration.

Discussion :

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont parmi les médicaments les plus prescrits. Leurs effets indésirables dermatologiques sont multiples et de sévérité variable. La pemphigoide bulleuse induite est un effet secondaire rare des IPP, et il existe peu de données de littérature sur cette condition.

Le présent cas suggère que les IPP doivent être pris en compte dans notre liste de médicaments coupables lors de l'examen d'un patient présentant une réaction médicamenteuse cutanée, afin de prévenir l'apparition d'effets et d'événements indésirables plus graves.

Mots-clés: Inhibiteurs de la pompe à protons- oméprazole- pemphigoïde bulleuse

Eczéma de contact à l'azithromycine collyre : un diagnostic à garder à l'œil

K. tahrijoutei hassani1; Z. Douhi1; H. BAY BAY1; S. Elloudi1; M. Soughi1; FZ. Mernissi1
1Dermatologie, CHU de Fès, Fes, Maroc

Introduction

Des eczémas de contact aux macrolides ont été rapportés chez des employés travaillant sur la chaîne de production de ces médicaments. Ils sont rarement décritsaprès une utilisation topique. Nous rapportons 3 cas d'eczéma de contact allergique à l'azithromycine collyre.

Observation 1 :

Un homme de 70 ans nous a été adressé pour une hyperhémie conjonctivale et un eczéma aigu touchant les paupières et les joues. Deux semaines auparavant, il avait été traité pour une hypertonie oculaire bilatéraleassociée à une blépharitesévère et était mis sous : tartrate de brimonidine 0,15%, monoprost 50mcg/ml, tréhalose 3% avec 0,15% de hyaluronate de sodium et azithromycine collyre 15mg/g .Un eczéma de contact causé par l'azithromycine collyre a été suspecté et son application a été arrêtée avec la prescription d'un dermocorticoïde topique de classe moyenne avec amélioration considérable de la sypmptomatologie 2 semaines plus tard. Les tests épicutanésétaient positifs à l'azyithromycine collyre et la déclaration à la pharmacovigilance était incriminante.

Observation 2 et 3 :

Un homme de 76 ans et une femme de 56 ans , souffrant de rétinopathiediabétique avec œdème maculaire des deux yeux, étaienttraités par des injections intravitréennes mensuelles de Bevacizumab depuis 2 mois pour le premier patient et depuis 6mois pour la deuxième. Les injections étaient suivies d'instillations de collyre unidose à l'azithromycine. Un eczémaœdémateux aigu est apparu dans les 24 heures suivantes de façonbilatérale, ainsi qu'une hyperhémie conjonctivale. Un eczéma de contact à l'azithromycine collyre a été suspecté et son application a été arrêtée avec la prescription d'un dermocorticoïde topique de classe moyenne avec bonne amélioration 2 semaines plus tard. Les tests épicutanésétaient positifs à l'azithromycine collyre ainsi que la déclaration à la pharmaco vigilance.

Discussion

Un eczéma de contact allergique professionnel a été rapportée chez des travailleurs pharmaceutiques qui manipulent l'azithromycine pendant sa synthèse et sa formulation. Presque tous ces travailleurs présentaient des caractéristiques d'eczémaaéroporté. Néanmoins, les cas de dermatite de contact allergique non professionnelle causée par le collyre à l'azithromycine sont rares.Des tests épicutanés avec de l'azithromycine en poudre à 1%, 5%, 10% et 20% ont été décrits.La plupart des patients ont eu une réaction positive aux plus faibles concentrations (1% et 5%), ce qui suggère qu'il n'est probablement pas nécessaire de tester à des concentrations plus élevées.Les tests épicutanésétaient positifs chez nos 3 patients ainsi que la déclaration à la pharmaco vigilance.

Conclusion :

Nous pensons qu'à l'avenir, l'introduction de cette formulation topique d'azithromycine pourrait augmenter l'incidence de la dermatite de contact allergique à ce macrolide et la connaissance de cet effet secondaire permetterait une meilleure observance des autres traitements qui sont généralementarrêtés par les patients vu la gèneoccasionnée.

Éruption lichénoide induite par l'Imatinib : Toxidermie ou lichen induit

Guechchati M, Douhi Z, K.Mejjati, Soughi M, Elloudi S, Baybay H, Mernissi FZ
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

INTRODUCTION :

L'imitanib est un inhibiteur des récepteurs tyrosine kinase qui a révolutionné le pronostic des leucémiesmyéloïdes chroniques (LMC). Cette molécule est non dénuée d'effets indésirablescutanés dont les éruptionslichénoïdes qui sont rares (1). Il fait partie des classes thérapeutiques responsables d'un lichen induit (2). Néanmoins, une toxidermie lichénoide reste le principal diagnostic différentiel.

OBSERVATION :

Nous rapportons le cas d'un patient de 61 ans, suivi pour LMC sous Imatinib 400 mg/J et Allopurinol. Hospitalisé pour une éruption érythémateuse diffuse prurigineuse évoquant un Dress syndrome ou un eczéma systémique. La pharmacovigilance et la biopsie cutanée (BC) étaient compatibles avec une toxidermie d'où l'arrêt de l'allopurinol. Quatre mois plus tard, apparaissait des papules violines prurigineuses au niveau des bras, du tronc, des membres et du visage, avec à la dermoscopie des stries de Wickham et un réseau blanchâtre au niveau des muqueuses. Une nouvelle BC révélait un épiderme acanthosique et kératose orthokératosique associée à une nécrose kératinocytaire en faveur d'une dermatose lichénoide cadrant avec un lichen induit ou une toxidermie. La pharmacovigilance impliquait l'Imatinib, d'où la dégression du médicament permettant ainsi une bonne amélioration.

DISCUSSION :

L'imatinib appartient à une nouvelle classe thérapeutiqueutilisée pour le traitement des LMC. Cette molécule est non dénuée d'effets indésirablescutanés dont les toxidermies lichénoïdes qui sont exceptionnelles. Nous rapportons une rare observation à type de lichen cutané profus. Les réactions médicamenteuses lichénoïdes et le lichen présentent des résultats cliniques et histologiques similaires.
L'apparition de lésions lichénoides après arrêt de l'allopurinol impliquait l'imatinib comme molécule responsable.
Seuls quelques rapports d'Imatinib associés à une éruption lichénoïde ont été décrits (1).

Elle se présente cliniquement sous forme de papules et de plaques violacées, généralement sur des zones photo exposées. Notre patient présentait également des lésions sur des zones couvertes. La réaction lichénoïde épargne souvent la muqueuse buccale bien qu'il existe des rapports d'IM n'impliquant que la muqueuse. Notre patient présentait une atteinte cutanée , jugale et labiale. Les profils précédents de patients présentant une éruption médicamenteuse lichénoïde avec l'imatinib montrent que tous les patients avaient pris une dose de 400 mg ou plus ; tel est le cas de notre malade. Cela favorise l'idée que l'éruption médicamenteuse lichénoïde associée à l'imatinib est dose-dépendante et n'est pas de nature immunogène. L'intervalle de temps entre l'initiation du médicament et l'apparition de l'effet indésirable variait de 1 à 15 mois. (1)

En reprenant la chronologie de la symptomatologie, l'apparition de lésionslichénoïdes deux mois après le début du traitement par l'imatinib était compatible avec le diagnostic de toxidermie lichénoïde et la régression des manifestations à la dégression du traitement corticostéroïdes topiques, aux émollients et aux antihistaminiques oraux, étaittrès suggestive.

CONCLUSION :

Les réactions cutanées à l'imatinib sont fréquentes, allant d'un simple prurit à des formes graves de toxidermies. Le lichen plan reste le principal diagnostic différentiel. Chez notre malade, l'étude des critères d'imputabilité intrinsèque et extrinsèque, ainsi que l'histologie, plaident en faveur de la responsabilité de l'imatinib dans l'apparition de cette dermatose lichénoide.

Mots-clés : Lichen ; toxidermie ; Imatinib ; chronologie ; biopsie

Le corps face aux antidépresseurs

M.Guechchati, Z. Douhi, K.Mejjati, M.Soughi, S.Elloudi, H.Baybay, F.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

INTRODUCTION :

Par la fréquence de leur emploi dans la population, les antidépresseurs tiennent une place importante dans la prévalence globale des effets secondaires cutanés des médicaments. La diversité des présentations cliniques est grande, tout comme l'est la gravité des lésions cutanées.(1) Les éruptions séborrhéiques ont été parmi les manifestations rarement objectivées.

OBSERVATION :

Nous rapportons un cas d'une patiente de 31 ans, qui présentait depuis deux ans un état pelliculaire prurigineux rebelle au traitements topiques. Après un interrogatoire minutieux, la notion de prise d'antidépresseurs était révélée. Les médicaments entrepris étaient l'acide valproïque, la sertraline, l'olanzapine et la quetiapine. L'examen dermatologique objectivait un état pelliculaire, des squames grasses ainsi qu'un fond érythémateux et des suffusions hémorragiques en dermoscopie. La patiente était traitée par kétoconazole, et adressée chez son médecin traitant pour substitution thérapeutique. Après arrêt de la quetiapine seule, la patiente notait une régression du prurit contrastant avec une apparition de squames grasses au niveau des sillons naso-géniens et des sourcils en rapport avec sa dermite séborrhéique.

DISCUSSION :

Les réactionscutanées aux médicaments font partie des effets secondaires indésirables les plus fréquemmentrencontrés. L'implication des antidépresseurs n'est pas rare. Cette situation est influencée par la fréquence de la prise de ces médicaments dans la population. La fréquence des toxidermies est plus grande chez la femme, le sujet âgé et le patient polymédicamenté. (1)

Des dermites séborrhéiques ont été constatées chez des personnes traitées par l'olanzapine, la quétiapine et la loxapine et constituent un des effets indésirables cutanés courants des médicaments, très fréquent chez les personnes suivant un traitement de longue durée par des phénothiazines. (2)

En plus de ces derniers, des cas d'effets indésirables cutanés courants ont été signalés avec les stabilisateurs de l'humeur, comme l'acide valproïque (3), tel était le cas de notre patiente aussi.

Les options thérapeutiques de ces éruptions séborrhéiques peuvent inclure des shampoings médicamenteux ou l'administration topique de glucocorticoïdes ou d'agents antifongiques. (2)

L'établissement du lien de causalité entre une réaction cutanée et un médicament est une démarche difficile, basée d'une part sur l'histoire du patient et le délai d'apparition des lésions et d'autre part, sur la connaissance de cas semblables décrits dans la littérature.

CONCLUSION :

Lorsqu'un antidépresseur est suspecté, il est préférable de le remplacer par une autre classe dans la mesure du possible et en fonction de la sévérité de la réaction cutanée.

Cependant, des médicaments de classes différentes peuvent partager une portion moléculaire en commun. Si la réaction médicamenteuse est dirigée contre cette structure sub-moléculaire, le processus ne sera pas contrôlé par le changement du médicament. (1)

Mots-clés : Antidépresseurs ; dermite séborrhéique ; substitution

Eruption sous l'Imatinib; imatinib, toxidermie lichénoide ou lichen induit ?

S.KARIMI, S.AMAL, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR

Service de Dermatologie, Hôpital ARRAZI CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Laboratoire science et santé

Université Cadi Ayyad

Introduction :

L'imitanib est un inhibiteur des récepteurs tyrosine kinase utilisé dans le traitement des leucémies myéloïdes chroniques, des tumeurs stromales gastro-intestinales et dans le dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand.

Plusieurs effets secondaires cutanés étaient décrits avec cette molécule y compris les éruptions lichénoides qui restent rare. Nous rapportons une nouvelle observation.

Observation :

Patiente M.A âgée de 61 ans était suivie au service d'hématologie pour une leucémie myéloide chronique, mise sous imatinib à la dose de 400mg / jour depuis 6 mois. Elle se présentait pour une éruption généralisée prurigineuse évoluant depuis 1 mois.

L’examen clinique retrouvait des plaques érythemato-squameuses violines, bien limitées, luisantes, lichénifiées par endroits, de tailles différentes, parfois confluentes et à disposition symétrique au niveau du tronc, bras, cuisses et épargnaient le visage. L’examen de la muqueuse buccale montrait un énanthème avec un réseau fin réticulé de la face interne de la joue droite.

La biopsie cutanée montrait une hyperkératose orthokératosique, des cellules nécrotiques kératinocytaires (corps de civatte), une incontinence pigmentaire, et un infiltrat lymphoïde lichénoide dense fait de lymphocytes et d’éosinophiles. Par ailleurs, le bilan de toxidermie était normal et les sérologies de l’hépatite B et C étaient négatives.

La prise en charge thérapeutique consistait à un antihistaminique et une corticothérapie locale pour les lésions cutanée et buccale. L’évolution était marquée par l’amélioration progressive des lésions après 1 mois de traitement, la disparition du prurit, avec persistance d’une hyperpigmentation post-inflammatoire. L’imatinib a été repris à la même dose initiale de 400 mg /j. Aucune récidive n’était observée pendant 1 an de suivi.

Discussion :

Les effets secondaires cutanées de l’imatinib sont fréquents et surviennent entre 9 et 69 %.

Ils comprennent une xérose cutanée, une alopécie, un œdème facial et photosensibilité. Les toxidermies lichénoïdes sous imatinib sont rares avec environ une trentaine de cas publiés. La période de latence entre l'initiation de l’imatinib et l’apparition de l’éruption varie généralement de 1 à 12 mois.

La présentation clinique de ces toxidermies est polymorphe associant des lésions psoriasiformes, lichéniens et eczématiformes. L’atteinte buccale se manifeste par un érythème, des plaques blanchâtres ulcérées, pouvant présenter une forme réticulée avec stries linéaire.

La différenciation entre une toxidermie lichénoide et un lichen plan induit n’est pas toujours facile. Sur le plan clinique la toxidermie lichénoide est associée à une

disposition symétrique des lésions au niveau du tronc et des extrémités, prenant sur les zones photo exposées, sans stries de Wickham et évoluent vers une hyperpigmentation post-inflammatoire. Alors que l'histologie, montrait plutôt une parakératose focale, un infiltrat éosinophile à disposition péri vasculaire.

Chez notre patiente, on notait un chevauchement entre les l'aspect clinique et histologique de ces deux entités. Des observations similaires ont été rapportées dans la littérature.

L'arrêt de l'imatinib n'est pas obligatoire dans ces toxidermies lichénoïdes. La simple dégression des doses et l'association d'un traitement symptomatique à base de dermocorticoïdes permet habituellement la régression de ces toxidermies. (5) Dalmau et al recommandait l'acitrétine dans les cas résistants.

Conclusion :

Les toxidermies lichénoides secondaires à l'imatinib sont généralement bénignes. Cependant, les formes sévères ou résistantes au traitement imposent la diminution des doses voire arrêt du traitement ce qui risque d'aggraver la pathologie sous-jacente. L'arrêt définitif de l'imatinib sera donc discuté en fonction du rapport bénéfice/ risque.

Toxidermie aux antibacillaires : intérêt de la désensibilisation à propos de 19 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 19 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 2022,ont été inclus tous les patients ayant présenté une toxidermie au traitement de première ligne combiné en bi (4cas)ou en quadrithérapie (15cas).Un arrêt du traitement était préconisé chez tous les patients.

Résultats : Il s'agit de 19 patients d'âge moyen de 40 ans traités pour une tuberculose ganglionnaire (4cas), pleuropulmonaire(4cas), urogénitale(1cas), méningée (5cas), plurifocale (4cas) et péritonéale (1cas).Il y avait 7 femmes et 12 hommes. Neuf patients avaient un DRESS syndrome confirmé et neuf avaient un Rash maculopapuleux et un cas présentait une érythrodermie. La sérologie VIH était négative dans 13 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 5 patients ayant reçu les antibacillaires combinés à la fois.Ils ont donc continué leur traitement.

Quatre patients ont rechuté avec récidive du DRESS Syndrome dès la 2ème dose.Ils étaient adressés pour traitement de deuxième intention. Parmi les dix patients ayant reçu les antibacillaires un par un, sept ont présenté un rash maculo papuleux en moyenne au troisième jour de réintroduction, puis après guérison, six d'entre eux 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.

Nécrolyse épidermique toxique (NET) ou syndrome de Lyell : manifestation cutanée de COVID 19

N. Er-rachdy1 , A. Fliti 1 , M. Elomari Alaoui 1 , N. Ismaili 1 , L. Benzekri 1 , M. Meziane 1 , K. Senouci 1

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

Introduction :

La nécrolyse épidermique toxique (NET) est classée parmi les toxidermies graves, mais elle peut être également induite par des infections, des tumeurs malignes ou être idiopathique.

Nous rapportons un cas d'un syndrome de Lyell induit par l'infection COVID 19

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 69 ans, sans antécédents pathologique notable, notamment pas de notion de prise médicamenteuse, qui s'est présenté avec un tableau de fièvre, toux, syndrome pseudo-grippal évoluant depuis 05 jours, associé à une érythrodermie humide avec décollement cutané > 30 % et atteinte de la muqueuse génitale.

Résultat :

Le patient a été testé positif pour le COVID-19, avec cultures et sérologies négatives pour toutes les autres infections dépistées. La biopsie cutanée a montré un clivage sous- épidermique focale, une nécrose épidermique, une vacuolisation des cellules basales, une dyskératose et un léger infiltrat lymphocytaire périvasculaire superficiel. La coloration immuno-fluorescente directe était négative

Le diagnostic de syndrome de Lyell a été retenu avec bonne évolution sous traitement symptomatique.

Discussion :

Bien que le COVID-19 soit surtout connu pour provoquer des symptômes respiratoires, et des séquelles thromboemboliques, il a également été signalé comme étant associé à des manifestations dermatologiques.

De nombreuses manifestations cutanées de COVID 19 ont été rapportées dans la littérature suggérant la possibilité d'un NET induit par l'hydroxychloroquine ou autres médicaments chez des patients atteints du COVID 19, contrairement à notre cas où le syndrome de Lyell est secondaire au COVID 19.

SDRIFE syndrome: Toxidermie médicamenteuse rare à propos de deux cas

S.Ibzer, I.Bahbouhi, M.Aboudourib, O.Hocar, S. Amal

Service de 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-RelatedIntertriginous and FlexuralExanthema (SDRIFE) est une forme rare de toxidermie .Il est observé le plus souvent après une exposition aux antibiotiques tels que la pénicilline et les céphalosporines.Nous rapportons 2 cas de SDRIFE, le premier induit par l'administration d'ocyctocine de synthèse chez une patiente de 26 ans et le second secondaire à la perfusion de paclitaxel chez une patiente de 60 ans suivie pour carcinome de l'endomètre.

Observation

Observation 1 :

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 administrée 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.

Observation 2 :

Une femme âgée de 60 ans, suivie en oncologie pour adénocarcinome de l'endomètre avec tableau de carcinose péritonéale, consultait pour une éruption érythémateuse prurigineuse. Elle avait récemment commencé sa première cure de chimiothérapie palliative. A l'interrogatoire la patiente rapporte l'apparition des lésions 2 jours après sa première perfusion de carboplatine et de paclitaxel. Il s'agissait d'un placard érythémateux siégeant de façon symétrique au niveau des plis inguinaux, plis sous mammaires, fesses et bas du dos. Il n'y avait pas d'atteinte muqueuse. La patiente était apyrétique, en bon état général. L'examen somatique n'a pas montré d'adénopathies cervicales ni d'œdème de la face. Le bilan biologique était sans anomalie. Devant ce tableau clinique, et en se basant sur la littérature le diagnostic de SDRIFE induit par l'administration de paclitaxel était retenu. Bien qu'aucune des deux molécules n étaient incriminées dans le SDRIFE syndrome, plusieurs réactions cutanées étaient rapportés pour le paclitaxel. La patiente était mise sous dermocorticoïdes avec bonne évolution clinique.

Discussion

Le syndrome Babouin est une toxidermie rare qui survient initialement après l'administration ou l'absorption d'allergènes de contact chez des personnes préalablement sensibilisées par une exposition topique au même allergène. Contrairement aux premiers cas rapportés, la plupart des cas récents ont été décrits sans sensibilisation préalable connue à l'agent causal. L'acronyme SDRIFE, qui signifie "symmetricdrugrelatedintertriginous and flexuralexanthema», désigne spécifiquement les cas provoqués par des médicaments administrés par voie systémique.Le SDRIFE est 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. La pathogénie exacte du SDRIFE reste inconnue. Il peut survenir après administration d'un grand nombre de médicaments essentiellement les antibiotiques tels que l'amoxicilline, les céphalosporines. A notre connaissance, notre observation parait être le premier cas rapporté de SDRIFE secondaire à l'administration d'ocytocine. Le paclitaxel est un agent antitumoral cytotoxique largement utilisé pour le traitement de diverses tumeurs malignes. La plupart des réactions cutanées rapportées induites par le paclitaxel sont survenues après une extravasation. Il existe peu de cas rapportés de réactions d'hypersensibilité retardée. A notre connaissance aucun cas de SDRIFE suite à la perfusion de Paclitaxel n'a été rapporté. 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

Le SDRIFE syndrome est une éruption médicamenteuse rare, souvent sous-diagnostiqué. C'est une toxidermie qu'il faut savoir reconnaitre afin de prévenir une réexposition accidentelle. A travers nos observations, nous incitons les professionnels de santé à envisager le SDRIFE syndrome devant les éruptions cutanées des plis.

DRESS syndrome : phénotypecutané et atteinte viscérale (étuderétrospective sur 22 ans)

Y.Mahdar, F.Hali, H.Rachadi, S.Chiheb

Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le DRESS syndrome est une toxidermie rare mais potentiellement mortelle. Quelques marqueurs biologiques (hyperéosinophilie majeure, pancytopénie, coagulopathie) sont décrits comme facteurs de mauvais pronostic du DRESS. Néanmoins, peu d'études se sont intéressées au phénotypecutané comme étant un indicateur de mauvais pronostic.

L'objectif principal de cette étude était de décrire le profil épidémio-clinique des patients hospitalisés pour un DRESS syndrome dans notre structure. L'objectif secondaire était de vérifier l'existence d'éventuelles associations entre le phénotypecutané,lesmédicaments incriminés, et la survenue d'atteintes viscérales.

Méthodes :

Étude rétrospective monocentrique étalée sur une période de 22 ans, de Janvier 2000 à Mai 2022, et réalisée au service de Dermatologie du CHU Ibn Rochd. Ont été inclus tous les patients hospitalisés pour un DRESS et répondant aux critères du registre européen des réactions cutanées sévères aux médicaments (Regiscar) avec un score supérieur ou égal à 3 points.

Résultats :

Quatre-vingt-un patients ont été colligés dont quarante-sept étaient de sexe féminin (58%) ; la moyenne d'âge était de 44,53ans [4-88 ans]. Soixante-quatre patients présentaient un

exanthème papulo-urticarien (79%), treize patients une érythrodermie exfoliative (16%), deux patients un érythème polymorphe-like (2,5%) et un patient présentait un érythème morbiliforme (2,5%). Les atteintes viscérales retrouvées par ordre de fréquence étaient l'atteinte hépatique chez 48 patients (82,8%), rénale chez 19 patients (32,8%), pulmonaire chez 7 patients (12,1% %) puis l'atteinte cardiaque et musculaire chez respectivement un patient (1,7%). L'allopurinol était la molécule la plus incriminée (39,5%), suivi par la carbamazépine (18,5%), le phénobarbital et les antibiotiques (12,3% respectivement), les anti-inflammatoires non stéroïdiens et la sulfasalazine (4,9% respectivement), les anti-bacillaires et le valproate de sodium (2,5% respectivement), et autres (11,1%). La moyenne du délai entre la prise médicamenteuse et l'apparition des symptômes était de 21 jours [1-90 jours].

La présence de l'exanthème papulo-urticarien était associé à l'hyperéosinophilie (p=0,04) ; l'érythème polymorphe-like était associé à la survenue d'une cholestase hépatique sévere (p=0,02).Par ailleurs, l'allopurinol était associé à l'atteinte rénale (p=0,001) et la carbamazépine à l'atteinte hépatique (p=0,023).

Discussion :

Les résultats issus de notre enquête sont superposables à ceux de la littérature en ce qui concerne les données épidémiologiques. L'allopurinol et les antiépileptiques aromatiques sont les molécules les plus souvent incriminés. Le période de latence est variable d'où l'intérêt d'un interrogatoire minutieux.

L'érythème polymorphe-like est considéré comme un facteur clinique de mauvais pronostic vu sa corrélation à une atteinte hépatique plus sévère ; une surveillance biologique stricte est ainsi nécessaire.

Lichen plan pigmentogène induit par le Sécukinumab : à propos d'un cas et revue de la littérature.

Belcadi Jihane, MD, [a] Oulad Ali Sara, MD, [a]ElouarithIhssan, MD, [b] Kaoutar Znati, MD, [b] Nadia Ismaili, MD, [a] Leila Benzekri, MD, [a] Karima Senouci, MD [a]

et Marieme Meziane, MD [a]

[a]Service de Dermatologie-Vénérologie et [b] Département d'histopathologie,

CHU Ibn Sina,

Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Université Mohammed V Souissi,

Mots clés : *Interleukine-17 ; lichen plan pigmentogène ; sécukinumab .*

Introduction

Le sécukinumab est un nouvel anticorps monoclonal humain ciblant l'interleukine-17A, une cytokine impliquée dans la pathogenèse du psoriasis. Le sécukinumab est le premier inhibiteur de l'interleukine -17A à recevoir l'approbation de la FDA pour le traitement des patients atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère[1].

Le 15 janvier 2016, la FDA a approuvé deux nouvelles indications pour le sécukinumab ; la spondylarthrite ankylosante active et pour le rhumatisme psoriasique actif[1].

Comme le médicament est sur le marché depuis peu de temps, les effets indésirables sont peu signalés. Nous rapportons un cas de lichen plan pigmentogène associé à l'utilisation du sécukinumab.

Observation

Une patiente âgée de 48 ans, suivie pour spondylarthropathie ankylosante pour laquelle elle reçoit des injections de Sécukinimab, consulte pour une éruption cutanée prurigineuse ayant débuté 2 mois après l'initiation du traitement par inhibiteur de l'IL 17A.

L'examen clinique retrouve des macules pigmentées siégeant au niveau des plis notamment en axillaire, sous mammaire et ombilic.

La dermoscopie objective une incontinence pigmentaire avec des stries de Wickham.

Le reste de l'examen clinique est sans particularité y compris l'examen des muqueuses buccale et génitale.

Une biopsie cutanée est réalisée en sous mammaire droit. L'image histologique est compatible avec un lichen plan pigmentogène.

3 mois après l'arrêt du traitement par sécukinimab et en associant un dermocorticoïde de classe forte, le prurit a disparu, les lésions ont regressé les stries de wickham ne sont plus retrouvés à la dermoscopie.

Discussion

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire idiopathique de la peau et des muqueuses.

Sa pathogénie n'est pas entièrement élucidée, mais elle semble être une maladie auto-immune médiée par les lymphocytes T. La théorie principale est que l'exposition à un agent exogène tel qu'un virus, un médicament ou un allergène de contact provoque une altération des auto-antigènes épidermiques et une activation des cellules T CD8+ cytotoxiques.

Les auto-antigènes altérés réagissent de manière croisée avec les auto-antigènes normaux présents sur les kératinocytes basaux, ce qui entraîne le ciblage et l'apoptose des cellules T. Le lichen plan d'origine médicamenteuse, ou éruption lichénoïde médicamenteuse, est fréquemment photo-distribué mais peut être impossible à distinguer du lichen plan idiopathique[2].

Dans la littérature, un certains nombre de cas de lichen plan cutané induit par les anti-TNF alpha ont été rapporté (tableau 1). Concernant le sécukinimab, seuls 3 cas de lichen plan oral ont été décrits (tableau 2).

Les mécanismes conduisant aux effets paradoxaux des biologiques tels que les réactions lichénoïde sont encore mal connus. Cependant, une libération accrue d'interféron alpha par les cellules dendritiques plasmacytoïdes, qui sont physiologiquement inhibées par le facteur de nécrose tumoral, jouerait un rôle clé chez les patients traités par un anti-TNF. En conséquence, des études expérimentales montrent que l'IFN alpha est surexprimé

dans les lésions des patients atteints de lichen plan[24].

Comme l'IL-17 et le TNF alpha ont un effet synergique et agissent sur de nombreuses voies inflammatoires dans le psoriasis, il est concevable que les réactions lichénoïdes induites par les inhibiteurs de l'IL-17 puissent avoir un mécanisme pathogène similaire, centré sur

l'activation des cellules dendritiques plasmacytoïdes[23].

L'association chronologique avec l'initiation du sécukinimab, la persistance des lésions tout au long du traitement, la bonne évolution des lésions après l'arrêt de ce dernier et l'absence d'autres causes pouvant justifier les lésions, suggèrent un rôle étiologique du sécukinimab dans le développement du lichen plan pigmentogène chez notre patiente.

Conclusion

Alors que l'utilisation des inhibiteurs de l'IL-17 se généralise dans le traitement du psoriasis en plaques, des spondylarthropathies ankylosantes et du rhumatisme psoriasique, les cliniciens doivent être attentifs aux effets secondaires inhabituels qui n'ont pas été décrits précédemment dans les essais cliniques.

Une surveillance vigilante des patients recevant ce nouveau médicament est justifiée pour évaluer les réactions inhabituelles, au fur et à mesure que ce produit biologique très efficace est adapté à l'utilisation clinique.

Une Pustulose aiguë localisée de la face (PEAL) sévère suite à une prise d'amoxicilline/acide clavulanique

R.KAOUA, O.KHADIRI, M.ABOUDOURIB, S.AMAL, O.HOCAR

Service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire Bioscience et santé, FMPM universitéCaddiAyyad, Marrakech

Introduction

lapustulose exanthématique aiguë localisée (PEAL) est une entité rare , considérée comme une variante atypique localisée de pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) ; Caractérisée par l'apparition aiguë de multiples pustules stériles non folliculaires, de la taille d'une tête d'épingle, développées sur un fond érythémateux et œdémateux, généralement localisées au visage, au cou ou à la poitrine . Nous en rapportons un nouveau cas.

Observation :

Une femme de 40 ans, sans antécédents personnels ou familiaux de maladies dermatologiques, a été admise aux urgences pour une éruption cutanée aiguë faite de multiples petites pustules non folliculaires, millimétriques, lactescentes, superficielles et confluentes par endroits. Développées sur des placards érythémateux, œdémateux affectant le visage, cuir chevelu, le cou et le décolletée ; Avec présence d'érosion de la muqueuse buccale et génitale sans autres signes associés le tout évoluant dans un contexte de fièvre chiffrée à 38,2° ainsi que des sensations de brulures.

L'éruption a été précédée par une pharyngo-amygdalite pour laquelle la patiente avait pris de l'amoxicilline/acide clavulanique (3 g/jour) 4 jours avant l'éruption cutanée.

Au bilan biologique, la patiente présentait hyperleucocytose franche à (20170/mm3) avec hyperpolynucléose neutrophile à (16770/mm3). L'éosinophilie n'était pas présente. La vitesse de sédimentation était à 116, et la protéine C-réactive (CRP 96,7 g/L). La fonction hépatique et la fonction rénale étaient dans les limites normales. Les sérologies étaient négatives et les cultures bactériennes et fongiques étaient négatives.

Par ailleurs, une biopsie cutanée d'une lésion pustuleuse de la nuque a été réalisée, objectivant une pustule sous-cornées avec nécrose kératinocytaire et vasculite avec infiltrat diffus dense, lymphoplasmocytaire et polynucléé.

L'évolution était favorable après arrêt de l'amoxicilline/acide clavulanique, avec disparition progressive des pustules dans les 10 jours qui ont suivi l'arrêt avec persistance de macules hyperpigmentées post-inflammatoires.

Etant donné la relation temporelle entre l'administration d'antibiotiques et l'éruption cutanée ainsi que les résultats histologiques, notre cas peut être considéré comme un type inhabituel d'PEAG, défini comme une PEAL de la face induite par l'amoxicilline-acide clavulanique.

Discussion

La Pustulose exanthématique aiguë localisée (PEAL) décrite pour la première fois en 2005 par B.Prange et al ; est une entité rare environ une trentaine de cas ont été publiés dans littérature, confirmant qu'il s'agit d'une éruption cutanée sévère. Il s'agit de la survenue brutale et localisée de très nombreuses pustules de moins de 5 mm de diamètre, non folliculaires, stériles, sur fond érythémateux œdématié intéressant uniquement le visage, le cou et/ ou le tronc ; 3 à 5 jours après le début d'un médicament coupable, disparaissant peu de temps après le sevrage de ce dernier. Accompagnées de prurit ou parfois des sensations de brulure. L'atteinte des muqueuses est rare, bénigne et généralement limitée à un seul site, principalement la muqueuse buccale. La fièvre et la leucocytose peuvent faire partie du tableau. Plus de 80 % des cas de PEAL décrites sont d'origine médicamenteuse, avec en chef de file les antibiotiques, en particulier les b-lactamines et les macrolides, étant les déclencheurs les plus fréquents. Dans des cas particuliers elle peut être induite par une infection bactérienne, virale ou parasitaire ou encore l'exposition à des substances aéroportées d'origine végétale [Le contact avec une plante a été identifié dans un cas induit par *Thapsia garganica* et un autre cas induit par la moutarde des champs (*Sinapis arvensis*)].

Un syndrome de lyell secondaire aux antituberculeux : à propos d'un cas

Dr Zeggwagh Zineb

Introduction :

La nécrolyse épidermique toxique, également connue sous le nom de syndrome de Lyell, est une maladie muco-cutanée rare, aiguë et potentiellement mortelle qui est le plus souvent déclenchée par des médicaments. Il se caractérise par une destruction épidermique étendue. Les groupes thérapeutiques les plus fréquemment cités dans la littérature sont les sulfamides, les anticonvulsivants, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les antibiotiques lactamines (pénicilline, céphalosporines). Ce syndrome a rarement été rapporté après la prescription de médicaments antituberculeux. Nous rapportons ici un cas de nécrolyse épidermique toxique, dû à la prise d'antituberculeux.

Observation

Une patiente âgée de 21 ans, sans antécédent allergique, a été amenée a consulté au service de dermatologie, après l'apparition progressive d'un œdème facial avec une éruption cutanée, s'étendant progressivement aux extrémités et au tronc, avec une atteinte buccale. Elle se plaignait également de fièvre et de malaise.

On lui a diagnostiqué une tuberculose oculaire, pour laquelle elle suivait un traitement antituberculeux standard : rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et éthambutol. Elle a rapporté l'apparition du début des symptômes 17 jours après le début du traitement antituberculeux.

À l'admission, la patiente présentait un érythème prurigineux généralisé avec des macules purpuriques essentiellement au niveau du visage, du dos et du tronc, puis s'étendant au reste du corps avec l'apparition de vésiculo bulles sur le tronc, les mains et les pieds. . 60% de la surface corporelle était touchée. Le signe de Nikolsky était positif. Il y avait une atteinte de la muqueuse buccale avec une chéilite croûteuse hémorragiques douloureuses et une hyperémie oculaire. Les signes vitaux étaient stables avec une fièvre à 39,5°C, il n'y avait pas d'atteinte cardiaque ou pulmonaire. Le SCORTEN était côté à 2.

Les médicaments antituberculeux ont été arrêtés et une biopsie cutanée a été réalisée et a montré une nécrose épidermique avec réaction lymphocytaire intense compatible avec le syndrome de Lyell.

L'immunofluorescence était négative. Le traitement était symptomatique avec une cicatrisation complète des lésions.

Discussion :

La nécrolyse épidermique toxique (TEN) a été décrite pour la première fois par Lyell en 1956. Il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité liée à un médicament. Il s'agit d'une allergie médicamenteuse grave et est imprévisible.

Les médicaments représentent l'étiologie principale de ce syndrome dans environ 60-70% des cas. Le délai d'apparition est de 1 à 4 semaines après le début de la prise médicamenteuse avec une moyenne de 2 semaines.

Les médicaments cités dans la littérature les plus fréquemment impliqués sont les sulfamides, les anticonvulsivants, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les antibiotiques lactamines. Dans notre cas, nous rapportons une TEN induite par un antituberculeux.

Elle débute par une fièvre, dépassant souvent 39°C et un malaise. Les muqueuses sont impliquées dans presque tous les cas.

La TEN se caractérise par des lésions érythémateuses et bulleuses étendues sur la peau causées par une nécrose des kératinocytes entraînant une exfoliation de l'épiderme, la formation d'érosions sur les muqueuses et des réactions d'autres organes. Dans le cas du diagnostic TEN, les lésions locales impliquent > 30 % de la surface corporelle.

Le traitement consiste en la reconnaissance rapide et l'arrêt des médicaments suspects puis l'hospitalisation, la correction des troubles hydro électrolytiques et les soins locaux.

Il n'existe toujours pas de traitement spécifique pour le TEN.Dans notre cas, la patiente a présenté une évolution très favorable.

Conclusion

Le syndrome de Lyell est une affection rare mais grave, associée à une morbi-mortalité élevée. C'est une urgence dermatologique dont le pronostic vital est engagé. La prise en charge est essentiellement symptomatique.

Dermatoses bulleuses :

Evaluation des taux de la vitamine D chez les patients atteints de pemphigus: à propos de 24 patients

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

Introduction :
Le déficit en vitamine D est un désordre fréquent associé à plusieurs facteurs prédisposants et étiologiques. Notamment les maladies auto-immunes, la corticothérapie au long court, les pathologies dermatologiques et l'exposition insuffisante aux UVB (1). Les données sont limitées en ce qui concerne le statut de la vitamine D chez les patients atteints de pemphigus. Ainsi, le but de notre étude était d'évaluer le statut de la vitamine D et les facteurs qui peuvent influencer cette vitamine chez des patients atteints de pemphigus

Matériel et méthodes :
C'est une étude rétrospective menée au service de dermatologie de l'hôpital universitaire Mohammed VI Marrakech entre 2019 et 2022 incluant 24 patients hospitalisés pour pemphigus et ayant un dosage de la vitamine D.

Résultats :
L'âge moyen des patients était de 55 ans avec des extrêmes d'âge allant de 38ans à 72 ans. Le sex-ratio est de 0,5. Tous les patients avaient une biopsie cutanée qui avait confirmé le diagnostic. Le pemphigus superficiel était trouvé chez 58,33 % des patients, et 41,67 % des patients avaient un pemphigus profond. Evolution moyenne de pemphigus était de 6ans et 10 mois. La surface cutanée atteinte été estimé à 21,4 % de la surface corporelle. Les patients qui avaient une atteinte muqueuse étaient de 54,16 %. Tous nos patients été mis sous corticothérapie, 20 % sous azathioprine , 16 % sous Dapsone , 45 % sous cyclophosphamide et 34 % sous Rituximab. Pour le taux de la vitamine D : 41,66 % des patients avaient une carence, 37,5% avaient une insuffisance et seulement 20,83% des patients avaient un taux normal . Tous les patients qui avaient un taux normal de la vitamine D étaient au moment de dosage sous supplémentation de la vitamine D.

Discussion :
La vitamine D est un acteur important du maintien de la tolérance immunitaire, via ses effets pléiotropes sur le système immunitaire. La carence en vitamine D pourrait être un facteur environnemental important impliqué à la fois dans le développement et dans la pérennisation des maladies auto-immunes. Des études fondamentales, génétiques et épidémiologiques tendent à montrer le rôle potentiellement bénéfique de la vitamine D dans la prévention et dans le traitement des maladies auto-immunes(2). Marzano et al ont rapporté sur une étude de 34 patients atteints de pemphigus jamais traités, ils avaient tous une hypo vitaminose D . Ils ont étudiés alors l'hypothèse que la carence en vitamine D pourrait jouer un rôle primordial dans la physiopathologie du pemphigus vulgaire(3). Les faibles taux de la vitamine D observés chez les patients atteints de pemphigus pourraient avoir plusieurs explications : la diminution de la capacité de la peau a produite la vitamine D (comme les patients brulés), l'exposition solaire insuffisante à cause de leur dermatose(4). Certaines auteurs ont rapporté la production des anticorps anti-vitamine D au cours des

maladies auto-immunes telle que la lupus érythémateux disséminé(5), mais aucune étude n'est encore pas faite pour le pemphigus

Conclusion :

Il est important de dépister et traiter le déficit en vitamine D chez tout patient atteint de pemphigus, afin de prévenir les complications essentiellement osseuses.

Corrélation entre les taux des anticorps et la sévérité du pemphigus : réalité ou mythe ?

I. Ouadi1 ; N.Zerrouki1 ; H. Daflaoui1; N. Zizi1,2 ; S. Dikhaye1,2

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 pemphigus est un groupe de dermatoses bulleuses auto-immunes affectant la peau et les muqueuses, médié par l'activité d'anticorps circulants dirigés contre les desmosomes, responsable de la perte d'adhésion normale entre les kératinocytes1 et l'apparition du tableau clinique. L'implication des anticorps dans le pemphigus a été démontrée par plusieurs études de grande échelle, cependant, leurs corrélation à la sévérité de la maladie reste un sujet peu abordée. L'objectif de notre travail était d'évaluer la corrélation entre les taux des anti-desmogléines 1 (anti-DSG1) et anti-desmogléines 3 (anti-DSG3) avec la sévérité du pemphigus au moment du diagnostic.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

C'est une étude rétrospective descriptive et analytique incluant tous les patients hospitalisés pour pemphigus au sein du service de Dermatologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI d'Oujda au Maroc, retenus sur des critères clinique, histologiques et immunologiques sur une période allant d'Avril 2014 jusqu'en Mai 2022. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne +/- écart type pour les variables de distribution normale et en médiane et interquartiles pour les variables de distribution anormale. L'analyse de corrélation était étudiée par le test de Spearman. Un seuil de $p<0,005$ a été considéré comme significatif. La sévérité cutanée et muqueuse étaient estimées par le score PDAI cutané et muqueux.

RÉSULTATS

Au total, 45 patients ont été inclus, avec une prédominance féminine (51,2%) et un sexe ratio F/H à 1,04, la moyenne d'âge était de 58,86 +/- 13,52 ans. Le phénotype cutanéomuqueux était le plus fréquent (72,1%), suivi du phénotype cutanée (23,3%), en dernier lieu le phénotype muqueux (4,3%). L'atteinte muqueuse était présente chez 76,7% des patients dominée par l'atteinte orale (74,4%). Les types de pemphigus les plus observés par ordre décroissant étaient le pemphigus vulgaire (62,8%), le pemphigus superficiel (27,9%), le pemphigus végétant et paranéoplasique dans 4,7% chacun. Les anti-DSG1 et DSG3 étaient détectés respectivement chez 88,4% et 62,8% des patients, la médiane du taux des anti-Dsg1 et anti-Dsg3 était respectivement 4,3 (0 ;11,6) et 3,7 (0 ;8).

Les phénotypes muqueux et cutanéomuqueux étaient caractérisés immunologiquement par la présence des anti-DSG3+ et/ou anti-DSG1+, tandis que le phénotype exclusivement cutané était observé uniquement chez les patients avec des anti-DSG1+ Il existe une corrélation positive statistiquement significative entre le taux des anti-DSG1 et la sévérité de l'atteinte cutanée (coefficient Spearman, 0.438; P = 0.003), cependant, le taux des anti-

DSG1 était inversement proportionnel à la sévérité de l'atteinte muqueuse, mais cette corrélation était statistiquement non significative (Coefficient Spearman -0,054, p = 0,736). Quant aux anti-DSG3, il existe une corrélation positive entre le taux des anti-DSG3 et la sévérité de l'atteinte muqueuse (Coefficient Spearman 0,323, p=0,093) et une corrélation négative avec la sévérité de l'atteinte cutanée (Coefficient Spearman -0,242, p=0,194). Néanmoins, ces corrélations n'étaient pas statistiquement significatives.

DISCUSSION

Le rôle des desmogléines (Dsg) dans la physiopathologie du pemphigus est bien connu, démontré par plusieurs études in vivo et in vitro, les DSG 1 et 3 sont les antigènes (Ag) les plus importants, et les anticorps (Ac) contre ces protéines est responsable de l'atteinte cutanée et muqueuse observée lors de la maladie.2 Le pemphigus vulgaire (PV) et le pemphigus foliacé (PF) constituent les 2 types les plus fréquents, cependant, ils présentent des profils cliniques, histologiques et immunologiques différents.3 Il est généralement pensé que le PV avec atteinte orale prédominante est consécutive à la présence d'anti-Dsg3 seuls, et que la peau n'est affecté qu'en présence d'anti-Dsg1.4 Néanmoins, peu d'études se sont intéressés à étudier la corrélation entre le taux de ces Ac et la sévérité du pemphigus. 3 Notre étude a montré une prédominance féminine du pemphigus, et le type de plus fréquent est le PV ce qui rejoint les données de la littérature. Quant au type d'anticorps dominant, notre étude a montré un taux plus élevée des anti-Dsg1 (88,4%) par rapport aux anti-Dsg3 (62,8%) pouvant être expliqué par les différences raciales de notre échantillon, des fréquences plus élevées des anti-Dsg1 (96%) ont été rapportées dans une étude indienne.5 Pour l'étude de corrélation, une corrélation directe statistiquement significative du taux des anti-Ds1 avec la sévérité de l'atteinte cutanée a été noté, rejoignant les résultats des études de Harman et al.6 Daneshpazhooh et al.4 et Patsatsi et al.7 En revanche, Belloni-Fortina et al. ont rapporté une corrélation entre le taux des anti-Dsg1 et anti-Dsg3 et la sévérité des lésions cutanées et muqueuses, cependant, l'atteinte cutanée était corrélée exclusivement avec les anti-Dsg3 et non pas avec les anti-Dsg1.3 Pour l'atteinte muqueuse, notre étude a mis en évidence une corrélation directe non statistiquement significative avec la sévérité de l'atteinte muqueuse, expliquée probablement par la taille de l'échantillon.

CONCLUSION

Les anticorps anti-desmogléines sont des pathogènes connues dans le pemphigus, peu d'études se sont intéressés à étudier la corrélation de leurs taux à la sévérité de l'atteinte cutanéomuqueuse, un des points fort de notre étude est l'utilisation de scores approuvés pour l'évaluation de l'atteinte du pemphigus à l'encontre des autres études publiées, de plus, notre étude a clairement démontré l'intérêt des anti-Dsg dans le prédiction de la sévérité de la maladie, en particulier, l'atteinte cutanée.

Pemphigoïde bulleuse et troubles neuropsychiatriques : au-delà de la peau

I. Ouadi1 ; N.Zerrouki1 ; H. Daflaoui1 ; N. Zizi1,2 ; S. Dikhaye1,2
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 pemphigoïde bulleuse est la dermatose bulleuse auto-immune la plus fréquente chez le sujet âgé, son association à des maladies neuropsychiatriques a été confirmée par des études de grande échelle. Néanmoins, le mécanisme physiopathologique reste à préciser.

Notre étude vise à évaluer la prévalence des maladies neuropsychiatriques chez la population des patients de l'Oriental présentant une pemphigoïde bulleuse.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

C'est une étude rétrospective descriptive menée au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI d'Oujda, incluant tous les patients avec pemphigoïde bulleuse retenus sur des critères clinique et immunologique depuis Avril 2014 jusqu'en Mai 2022.

RÉSULTATS

Au total, 28 patients ont été inclus, comprenant 12 femmes (44,4%) et 15 hommes (55,6%), la moyenne d'âge était de 78 +/- 14,31 ans, avec des extrêmes variant entre 45 et 100 ans. Le prurit était retrouvé chez 96,3% des patients, les bulles étaient d'aspect tendu dans 92,6% des cas et flasques dans 7,4% des cas, l'atteinte de la surface cutanée variait entre 2 à 70%, avec une surface atteinte moyenne de 28% et un BPDAI à 45,57.

Une maladie neurologique était notée chez 37% des patients avec une prédominance masculine de l'atteinte neurologique observée chez 25,9% des patients versus une atteinte féminine dans 22,2%. Les maladies neurologiques observées étaient la démence (n=6, 22,2%), les accidents vasculaires cérébraux (n=3, 11,1%) et l'épilepsie (n=1, 3,7%).

Concernant l'atteinte psychiatrique, elle était présente chez 18,5% des patients, dominée par la schizophrénie (n=3, 11,1%) et le trouble dépressif (n=3, 11,1%), ainsi que le trouble panique (n=1, 3,7%), une atteinte neuropsychiatrique concomitante était notée uniquement chez un seul patient. Les anticorps anti-BP180 étaient positifs chez 77,8% des patients, les anti-BP230 chez 40,7% des patients, les anticorps anti-BP180 était retrouvés chez 26,9% des patients souffrant d'une maladie neuropsychiatrique, tandis qu'une élévation exclusive des anticorps anti-BP230 n'était notée chez aucun de nos patients, une élévation combinée des anti-BP180 et anti-BP230 était retrouvée chez 23,1% des patients.

DISCUSSION

Le pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose bulleuse auto-immune caractérisée par la présence d'anticorps dirigés contre les protéines des hémidesmosomes (anti-BP180 et anti-BP230) siégeant au niveau de la membrane basale responsable d'un clivage sous épidermique. C'est une affection fréquente chez le sujet âgé avec une incidence en nette augmentation en raison de l'augmentation récente de l'espérance de vie.1 Des études récentes ont montrés une relation entre la PB et les maladies neurologiques, en particulier la démence, la maladie de Parkinson (MP), les maladies vasculaires cérébrales (MVC), l'épilepsie et la sclérose multiple (SM). 2 Bien que cette association peut être expliquée par la tranche d'âge avancée des patients, des études suggèrent une neurodégénérescence entrainant une réactivité croisée entre les isoformes cutanés et neuronales du BP180 avec une perte de l'autotolérance, en effet, les protéines BP180 sont exprimées au niveau du cerveau, le BP230, quant à lui, exprime ces variant BPAg1a1 et BPAg1a2 au niveau du système nerveux central et périphérique.3 Les troubles psychiatriques telles que la schizophrénie, le trouble bipolaire et les troubles de la personnalité et d'autres troubles psychiatriques semblent également être associés, mais les rapports de risque semblent être plus faibles par rapport aux maladies neurologiques. 2 Notre étude a montré une prévalence de maladies neuropsychiatriques similaire à ce qui est rapportée dans la littérature (37%), dominée par la démence et les MVC, rejoignant les résultats d'études similaires4 , et aucun cas de MP ou de SM n'a été notée dans notre série.

CONCLUSION

Notre étude souligne clairement la haute prévalence des maladies neuropsychiatriques chez les patients souffrant de PB, particulièrement les démences et MVC, des maladies qui peuvent entraver la prise en charge et augmenter la morbi-mortalité des patients souffrant de PB.

Pemphigoïde bulleuse induite par Gliclazide : présentation rare d'un cas

Walid N, Baline K, Marnissi F, Meftah A, Hali F, Chiheb S
Department of Dermatology-Venereology, UHC Ibn Rochd, Casablanca, Morocco

Introduction :
La pemphigoide bulleuse est une dermatose bulleuse auto-immune qui peut être classique ou induite par un médicament ou une vaccination. Nous rapportons ici une présentation rare d'une pemphigoide bulleuse sévère secondaire au Gliclazide
Observation :
Une patiente de 60 ans, diabétique sous Gliclazide depuis 2 mois, qui a été admise à notre structure pour une éruption bulleuse prurigineuse apparue un mois après la prise de l'antidiabetique orale Gliclazide. A l'examen des bulles tendues à contenu hémorragique étendues à tout le corps, signe de Nikolsky positif avec atteinte des muqueuses buccales et génitales et du cuir chevelu. Le bilan paraclinique objectivait une hypereosinophilie à 3000. Une biopsie cutanée montrait un décollement jonctionnel avec quelques dépôts à IFD et les anticorps antimembrane basale étaient positifs à 620. L'étude d'imputabilité incriminait le gliclazide dans l'induction de la maladie. Un traitement à base de corticothérapie et Azathioprine a été instauré avec une bonne réponse clinique.
Disscusion :
La pemphigoïde bulleuse (BP) est une dermatose bulleuse auto-immune chronique acquise. Certains médicaments tels que les antibiotiques, les antihypertenseurs peuvent induire la PB mais les antidiabetiques oraux sont rarement rapportés en cause. Le gliclazide est un hypoglycémiant oral de deuxième génération, appartenant au groupe des sulfamides. Les réactions cutanées indésirables induites par le gliclazide sont rares, un seul cas d'érythrodermie et un autre de pustulose exanthématique aiguë généralisée ont été signalé dans la littérature. Une PB classique se distingue d'une PB médicamenteuse par sa survenue à un âge plus jeune, la présence d'une atteinte muqueuse inhabituelle dans une PB classique, l'amélioration après arrêt du médicament imputable et l'hyperéosinophilie sanguine très marquée, de plus le délai compatible entre la prise médicamenteuse et le début de la symptomatologie. Tous ces éléments étaient notés chez notre patiente.

Facteurs prédictifs de rechute chez les patients atteints de pemphigus : Etude rétrospective de 143 cas

H.Tahiri, F.Hali, H.Rachadi, S.Chiheb
Service de dermatologie, Chu Ibn rochd, Casablanca

Introduction :

Le pemphigus représente un groupe de maladies bulleuses auto-immunes rares et sévères affectant la peau et les muqueuses. Cette maladie est due à la production d'auto-anticorps principalement dirigés contre les protéines d'adhésion desmosomales, la desmogleine 3

(Dsg3) et la desmogleine 1 (Dsg1). Le taux élevé d'anti- DSG 1/3 et le PDAI (Pemphigus disease area index) ont été identifiés comme facteurs prédictifs de rechute du pemphigus.

Objectif :

Analyser les facteurs épidémiologiques, cliniques et immunologiques associés à la rechute du pemphigus dans le contexte marocain.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective incluant les patients atteints de pemphigus suivis au service de dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca sur une période de 10 ans allant de janvier 2011 au décembre 2021.

Résultats :

Cent quarante trois patients ont été colligés, il s'agit de 99 femmes (69%) et 44 hommes (31%) avec un sex ratio de 2,25. L'âge moyen était de 51,21 ans (± 19,5) avec des extrêmes allant de 12 ans à 96 ans. Les antécédents de dermatoses bulleuses auto-immune familiales et un mariage consanguin ont été associés à la rechute du pemphigus dans notre étude (p= 0,050). Le score BSA (Body Surface Area) > 5%, l'atteinte cutanée étendue et ou muqueuse et l'IFI > 320 UI/ml ont été plus associés à la sévérité qu'au risque de rechute du pemphigus. Par contre les sous types de pemphigus (foliacé [p=0,30], végétant [p=0,050], paranéoplasique [p=0,025], herpétiforme [p=0,015] et médico induit [p=0,50] ont été associées aux rechutes, de même la corticothérapie orale seule [p=0,050],la corticothérapie + dapsone[p=0,250], La corticothérapie + bolus de solumedrol [p=0,150], et la corticothérapie + bolus endoxan [p=0,050], ont étaient associés aux rechutes car statistiquement significatifs. La corticothérapie + rituximab administrée tardivement ou en deuxième intention, étaient associés aux rechutes.

Conclusion :

Les résultats indiquent que la rechute du pemphigus reste très fréquente malgré les progrès dans la connaissance de la pathogénicité, le diagnostic et le traitement. L'usage optimal et correct des moyens disponibles devraient être de règles

Pemphigoïde bulleuse médicamenteuse aggravée par l'oméprazole

F. CHEKAIRI[1], K. BALINE[1], F. MARNISSI[2], H. SKALI[1], S. CHIHEB[1]

[1]Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

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

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse médicamenteuse est une entité rare de dermatose bulleuse auto-immune induite ou aggravée par une prise médicamenteuse ; dont les caractéristiques cliniques, biologiques et histologiques ne sont pas toujours comparables à celles de la pemphigoïde bulleuse classique.

Nous rapportons le cas d'une pemphigoïde bulleuse médicamenteuse aggravée par l'oméprazole.

Observation :

Une patiente âgée de 79 ans, ayant comme antécédent une polyarthralgie chronique sous AINS par automédication, présentait depuis 1 an des lésions urticariennes associées à des vésiculo-bulles et précédées par un prurit généralisé pour lequel elle était mise sous antihistaminiques.

Par ailleurs, la patiente rapportait la notion d'aggravation de la symptomatologie après une prise de ciprofloxacine en post-opératoire d'une cholécystectomie il y'a 9 mois.

L'examen dermatologique objectivait des plaques urticariennes diffuses occupant 70% de la surface corporelle, surmontées de vésiculo-bulles

disposées en rosette par endroits et associées à plusieurs lésions érythémato-violacées en pseudococarde, sans atteinte muqueuse avec un signe de Nikolsky négatif.

L'histologie objectivait une dermite à composante éosinophilique dont l'immunofluorescence directe retrouvait un dépôt linéaire de C3 le long de la jonction dermo-épidermique en faveur d'une pemphigoïde bulleuse, l'immunofluorescence indirecte était négative.

Une hyperéosinophilie sanguine majeure à 4680 était retrouvée et malgré l'instauration d'une corticothérapie orale à 1 mg/kg/j, la patiente continuait, après 4 semaines de traitement, à faire de nouvelles lésions et l'hyperéosinophilie majeure persistait toujours.

Sur le plan thérapeutique, la patiente était également sous préparation à base de dermocorticoïdes et sous oméprazole avant son admission.

Étant donné que l'oméprazole était le seul médicament que la patiente continuait à prendre avec la corticothérapie orale, celui-ci était suspecté d'induire et d'aggraver les lésions.

En effet, l'étude d'imputabilité pharmacologique incriminait les AINS, la ciprofloxacine et l'oméprazole dans l'induction et l'aggravation de la pemphigoïde bulleuse.

Deux jours après l'arrêt de l'oméprazole qui a été remplacé par le lansoprazole, l'évolution était favorable sur le plan clinique et biologique avec une normalisation du taux des éosinophiles sanguins, une régression du prurit et une cicatrisation des lésions cutanées.

Discussion :

Notre observation est particulière par la présentation clinico-biologique atypique d'une pemphigoïde bulleuse médicamento-aggravée par l'oméprazole.

Celle-ci était caractérisée par la présence de lésions cutanées inhabituelles en pseudococarde, l'immunofluorescence indirecte négative, l'hyperéosinophilie sanguine majeure résistante et l'évolution rapidement favorable après l'arrêt du médicament incriminé.

De ce fait, il est indispensable de rechercher une origine médicamenteuse devant toute pemphigoïde bulleuse atypique associée ou non à une hyperéosinophilie résistante et persistante malgré un traitement bien mené, afin d'éviter un retard diagnostique et d'optimiser la prise en charge thérapeutique.

La « pemphigoïde de Brunsting-Perry: Une nouvelle observation

I.Lakhal;S.Bellasri ; S. Ait Oussous ; R. CHAKIRI

Dermatologie, C.H.U Souss Massa ; Maroc

Introduction :

La « pemphigoïde de Brunsting-Perry » peut être une variété clinique, localisée à la tête et au cou, de diverses dermatoses bulleuses auto-immunes sous-épidermiques, y compris L'épidermolyse bulleuse acquise (EBA) et la pemphigoïde bulleuse (PB).Ce sont des lésions vésiculo-bulleuses récurrentes localisées, généralement très prurigineuses. Nous rapportons un cas à type de pemphigoïde de Brunsting-Perry.

Observation :

Patient âgé de 85 ans, ayant comme antécédant un syndrome démentiel depuis 1an et ancien tabagique chronique sevré il ya 20ans. Il était hospitalisé dans notre formation pour prise en charge d'une pemphigoïde bulleuse localisée du cuir chevelu.

L'histoire de sa maladie remontait à 1 mois, par l'installation aigue d'une bulle au niveau du cuir chevelu prurigineuse non douloureuse. L'évolution a été marqué par l'apparition d'autres bulles limitées au cuir chevelu sans autres signes associés. Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

L'examen clinique trouvait un patient en bon état général avec à l'examen de la peau desbulles tendues à contenu séreux reposant sur peau saine avec signe Nikolskynégatif avec des érosions post-bulleuses siégeant au niveau du cuir chevelu.

L'histologie des lésions montrait un clivage de la jonction dermo-épidermique réalisant une large bulle sous épidermique. Le toit de la bulle est fait d'un épiderme conservé en faveur d'une pemphigoide bulleuse. L'immunofluorescence directe objectivait un marquage linéaire d'IgG et C3 le long de la jonction dermo-épidermique.

Le bilan biologique était sans anomalies.

Le patient a été mis sous dermocorticoïdes d'activité très forte avec une très bonne amélioration clinique des lésions laissant place à des cicatrices hypochromiques.

Discussion :

La pemphigoïde de Brunsting-Perry est définie cliniquement par des vésicules récurrentes évoluant vers des cicatrices atrophiques localisées au visage et au cou . Certaines formes sont associées à une atteinte muqueuse. L'histologie montre, de manière aspécifique, une bulle sous-épidermique avec des dépôts linéaires d'IgG le long de la jonction dermo-épidermique.

Dans leur revue de la littérature, Asfour et al. ont regroupé 60 cas de pemphigoïde de Brunsting-Perry en se basant sur cette définition clinico-histologique .Parmi ces 60 cas, certains avaient des anticorps anti-collagène VII, d'autres des anticorps anti-BP180 et anti-BP230.L'immunomicroscopieélectronique montrait un clivage soit sous la *lamina densa*, soit au sein de la *lamina lucida*.

Ces résultats suggèrent que l'entité « pemphigoïde de Brunsting-Perry » peut être une variété clinique, localisée à la tête et au cou, de diverses dermatoses bulleuses auto-immunes sous-épidermiques, y compris l'épidermolyse bulleuse acquise et la pemphigoïde bulleuse .

La majorité des cas s'apparentant à une épidermolyse bulleuse acquise nécessitaient la mise en place d'un traitement systémique, alors qu'en présence d'anticorps de pemphigoïde bulleuse les dermocorticoïdes pouvaient être efficaces.

Sur le plan thérapeutique, la rareté de la pemphigoïde de Brunsting-Perry ne permet pas la réalisation d'essais contrôlés et aucune recommandation thérapeutique n'est proposée.

Une classification des pemphigoïdes de Brunsting-Perry selon qu'elle s'apparentent à un sous-type d'épidermolyse bulleuse acquise ou de pemphigoïde bulleuse pourrait permettre d'adapter leur prise en charge thérapeutique, actuellement non codifiée.

Conclusion :

La pemphigoïde de Brunsting-Perry serait un phénotype particulier de dermatose bulleuse auto-immune, ne préjugeant pas de l'antigène cible impliqué ; elle peut présenter les caractéristiques immunologiques d'une pemphigoïde bulleuse, d'une pemphigoïde cicatricielle ou d'une épidermolyse bulleuse acquise. L'IME est parfois le seul examen décisionnel pour différencier ces dermatoses bulleuses jonctionnelles « localisées tête et cou ». L'identification de l'antigène cible aurait un impact sur la prise en charge thérapeutique, ainsi que sur le risque évolutif.

Pemphigus et mabthera : à propos de 74 cas

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

Introduction :

Le pemphigus est une maladie bulleuse auto-immune rare qui comprend le pemphigus vulgaire et le pemphigus superficiel.
le Rituximab (anticorps monoclonal anti-CD20) a été approuvé comme traitement de 1ère intention pour le pemphigus vulgaire modéré à sévère.
Les deux protocoles les plus couramment décrits sont ceux du lymphome (4 perfusions par semaine de 375 mg/m2) et de la polyarthrite rhumatoïde (PR) (2 perfusions de 1000 mg, espacées de 2 semaines).

Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétro-prospective s'étendant sur une période de 6 ans du mois 12-2016 au 07-2022, incluant tous les patients atteints de pemphigus sévère ou résistant aux traitements ayant reçu un traitement par RITUXIMAB à une dose de 375 mg/m2/semaine pendant 4 semaines ou 2 perfusions de 1 g à 15 jours d'intervalle, associées à une corticothérapie orale à la dose de 0,5 à 1 mg/kg/jour (en fonction de la sévérité) avec une dégression sur 6 mois.

Résultat :

On a recensé 74 patients atteints de pemphigus en utilisant le Rituximab (protocole PR : 43, protocole lymphome : 31).

54 cas de pemphigus vulgaire dont 26 ont reçu le protocole lymphome et 28 ont reçu le protocole PR, 14 cas de pemphigus superficiel dont 4 cas ont reçu le protocole lymphome et 10 cas de protocole PR et 5 cas de pemphigus végétant ont reçu le protocole PR.
L'âge moyen de nos patients est de 56,3 ans avec des extrêmes allant de 33 ans à 77 ans.
On note une nette prédominance féminine avec un sexe ratio F/H à 3.

44 patients avaient une maladie sévère, traité en 1ère intention par RITUXIMAB et 29 patients en deuxième intention après corticorésistance, cortico-dépendance ou échec aux autres traitements immunosuppresseurs.

Parmi eux, 47 (63,5 %) patients ont obtenu une rémission complète, dont 20 (64 %) sous protocole lymphome et 27 (62,7%) sous protocole PR.

Une rémission partielle a été noté chez 5 patients, dont 2 (6,45 %) sous protocole lymphome et 3 (6,9 %) sous protocole PR, tous mis sous traitement d'entretien après 6 mois.
Une évolution vers la rechute a été noté chez 2 patients sous protocole lymphome nécessitant un nouveau cycle.

Une rechute est survenue chez 12 (16 %) patients, dont 4 (12,9%) sous protocole lymphome et 8 (18,6%) sous protocole PR, tous ont obtenu une rémission après des cycles supplémentaires.

5 patients ont été perdu de vu et 2 patients dont le suivie est en cours (<6 mois).

Les effets secondaires du RITUXIMAB ont été dominés par la surinfection herpétique dans 22 cas (29,7 %), dont 12 (38,7%) sous protocole lymphome et 10 (23,2 %) sous protocole PR. Aucun cas de réactivation de l'hépatite B, ni de tuberculose n'a été constaté.

L'utilisation du RITUXIMAB a été associée à une réduction significative de la dose cumulée de corticostéroïdes et d'une diminution significative des taux des AC anti substances intercellulaires après 6 mois.

Discussion :

Le rituximab a été initialement indiqué pour le pemphigus vulgaire résistant aux traitements immunosuppresseurs standard puis) a été approuvé comme traitement de 1ère intention pour le pemphigus vulgaire modéré à sévère.

Les deux protocoles les plus couramment décrits sont ceux du lymphome (4 perfusions par semaine de 375 mg/m2) et de la polyarthrite rhumatoïde (PR) (2 perfusions de 1000 mg, espacées de 2 semaines).

Selon les études, le taux de rémission était variable entre 58% et 76% des cas, ce qui est similaire à notre étude (63 %).

Selon *Zakka et al*, la rémission complète était supérieure chez les patients sous protocole PR par rapport au protocole lymphome (75% vs 66,6%). Cependant dans notre étude on avait un taux de rémission complète qui était similaire (62,7% vs 64%).

Selon *Leshem et al*, le taux de rechute était de 22 %, ce qui est supérieur à notre étude (16%).
Selon *Zakka et al,* le taux de rechute était plus faible chez les patients sous protocole lymphome par rapport au protocole PR (22,8% vs 35,8%), ce qui est similaire à notre étude (12,9% vs 18,6%).

Selon *Zakka et al,* le taux d'infections était plus faible sous protocole lymphome par rapport au protocole PR.
Dans notre étude, la surinfection herpétique était prédominante, avec un taux supérieur chez les patients sous protocole lymphome par rapport au protocole PR (38,7 % vs 23,2 %).

Conclusion :

Selon notre expérience, le rituximab est un traitement dont l'efficacité était similaire pour les 2 protocoles avec des effets secondaires dominés essentiellement par la surinfection herpétique.

La période de suivi après la dernière perfusion de rituximab allait de à mois (moyenne : mois).

Syndrome de Stevens-Johnson induit par la Capécitabine : Une nouvelle observation

I.Lakhal (1) ; S. Ait Oussous(1) ; F. Boutaggount (2) ; R. Mokfi (2) ; M. Maskrout (2) ; F. Ait El Hadj (3); Y. Khabbal (3) ; G. Rais (2) ; R. CHAKIRI (1)

(1)Dermatologie, C.H.U Souss Massa ; Maroc

(2)Oncologie, C.H.U Souss Massa ; Maroc

(3)Pharmacologie, C.H.U Souss Massa ; Maroc

Introduction :

La Capécitabine est un carbamate de fluoropyrimidine oral, analogue du 5-Fluorouracile. Elle est largement utilisée pour de nombreuses tumeurs malignes. Le syndrome main-pied est la toxicité dermatologique la plus courante associée à la Capécitabine et le syndrome de Stevens Johnson est la manifestation la plus rare. Nous rapportons un cas d'un patient avec un syndrome de Stevens Johnson induit par la Capécitabine.

Observation :

Patient âgé de 49 ans, hospitalisé en oncologie pour la prise en charge d'un adénocarcinome mucineux colique avec métastases péritonéales, mis sous Capécitabine 500mg 7cp par jour. Le patient a présenté 5jours après la prise du traitement des lésions pigmentées diffuses et une lésion érosive scrotale avec une dysphagie aux solides et liquides, des vomissements et diarrhées non sanglantes.

L'examen clinique trouvait un patient en altération de l'état général avec à l'examen de la peau un placard pigmenté desquamatif de la face, des papules en pseudo-cocardes diffuses , un placard pigmenté de la paume des 2 mains, une nappe érosive scrotale et une chéilite.

L'histologie des lésions montrait un clivage sous-épidermique avec nécrose acidophile totale de l'épiderme en faveur d'un syndrome de Stevens-Johnson.

Le patient a été déclaré à la pharmacovigilance qui a conclu à un syndrome de Stevens Johnson secondaire à Capécitabine selon les données chronologiques et bibliographiques.

Le bilan biologique objectivait un hémoglobine à 11g/dL, une leucopénie à 600/mm3, une thrombopénie à 33000/mm3 avec un TP à 40% et CRP à 171.3mg/l. Le phénotype DPD à 54,4ng/ml en faveur d'un déficit partiel en DPD. Lepatient est décédé par choc septique.

Discussion :

Les fluoropyrimidines (5-fluorouracile, capécitabine..) sont des molécules trèsutilisées en cancérologie en raison de son meilleur profil de sécurité et de sa meilleure tolérance. Mais, ils possèdent de nombreuses toxicités parfois sévères. Ces effets toxiques sont dus à une surexposition au médicament, liée à une large variabilité interindividuelle du métabolisme (déficits complets en DPD chez 0,1–0,5 % des patients et déficits partiels chez 3–15 %), en effet, le 5-FU est éliminé principalement après catabolisme, essentiellement au niveau hépatique. Ce métabolisme dépend principalement de l'activité de la dihydropyrimidine déshydrogénase, ainsi, les patients présentant un déficit de l'activité de cette enzyme ont un risque de surexposition et donc de toxicité aiguë et potentiellement mortelle.

Le SJS est une réaction d'hypersensibilité retardée ; ainsi, les caractéristiques cliniques commencent généralement entre quatre jours et un mois ou dans les huit semaines suivant l'exposition à la cause. Typiquement, il se caractérise par des lésions polymorphes telles que des macules érythémateuses, des vésicules et des bulles généralement dans les extrémités distales et une érosion ou une ulcération des muqueuses. Certains symptômes non spécifiques tels que malaise, difficulté à se vautrer, vomissements et diarrhée doivent également être pris en compte car ils peuvent apparaître avec des lésions cutanées.

Notre cas est le 5ème cas de SSJ induit par la capécitabine qui a été rapporté dans la littérature depuis 2008 quand le premier cas a été signalé.

Conclusion :

Le syndrome de Stevens Johnson est la toxicité dermatologique la plus rareassociée à la Capécitabine qui est largement utilisée pour le traitement de nombreuses tumeurs malignes.

Pemphigus et atteinte unguéale

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

Introduction:

Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune dont l’atteinte unguéale est souvent sous-estimée.

Elle semble être un signe clinique important reflétant la sévérité et l'évolution du pemphigus, compte tenu de la présence de l'antigène cible dans l'ongle.

Matériel et méthodes:Étude rétrospective mené au service de dermatologie du centre hospitalier Hassan II de Fès sur une période de 3 ans étendue entre 2019 et 2022.

Résultat:

Sur une période de 3 ans, 80 cas de pemphigus ont été recueillis.
Parmi eux, 21 patients présentaient une atteinte unguéale (26,25 %).
Sur les 39 patients atteints de pemphigus vulgaire, 13 (33.33 %) présentaient des modifications des ongles. Une paronychie et une onychomadèse étaient présentes chez 6 patients chacun (46.15 %), des lignes de Beau et une hémorragie sous unguéale étaient présentes chez 5 patients (38,4 %), trachionychie chez 2 patients (15,38%),et des bulles péri unguéales chez 1 patient (7.69%).
Sur les 8 patients atteintes de pemphigus végétant, 4 patients avaient une atteinte unguéale. La paronychie était présente chez les 4 patients, ligne de Beau et l'onychomadèse chez 1 patient chacun, destruction unguéale et hémorragie sous unguéale chez 1 patient chacun.
D'autre part, sur les 33 cas de pemphigus superficiel, 3 seulement avaient une atteinte unguéale soit 9% des cas, type anonychie, onycholyse distale et ligne de Beau.
La paronychie était le résultat le plus fréquent dans l'ensemble, observé dans 10 (47,6 %) cas, suivie par l'onychomadèse 8 cas (38%) puis les lignes de Beau 7 cas (33,33%) et l'hémorragie sous unguéale chez 5 cas (23,8%).

D'autres manifestations unguéales telles que l'onycholyse distale (3 patients), l'anonychie (1 patient),trachionychie (3 patients), les bandes mélanonychiques diffuses (1 patient) et une destruction unguéale (1 patient) ont également été observées.
L'atteinte unguéale était corrélée à la sévérité du pemphigus, en particulier à une atteinte muqueuse sévère (17 patients soit 80,9%).

La durée d’évolution de la maladie variait entre 1mois et demi et 5 ans.

Discussion:

L'atteinte unguéale dans le pemphigus est due à des lésions bulleuses du lit de l'ongle ou la matrice unguéale, ou à une acantholyse du pli latéral de l'ongle.

Selon les données de la littérature, la prévalence de l’atteinte unguéale dans le pemphigus vulgaire variait entre 31,6% et 47%, ce qui est similaire à nos résultats 33,33%.

La paronychie et l'onychomadèse sont les manifestations les plus courantes rapportées dans le pemphigus vulgaire.
Dans notre étude, la paronychie et l’onychomadèse étaient présentes dans 46.15 % des cas, suivie par les lignes de Beau et l’hémorragie sous-unguéale dans 38,4 % cas.

Bien que peu rapportée, notre étude a trouvé une atteinte unguéale chez 4 patients atteints de pemphigus végétants. Ce dernier a été responsable à une destruction complète de l'unité unguéale avec un aspect inesthétique.

L’atteinte unguéale est fréquente chez les patients atteints d'une maladie de longue date en raison des effets inflammatoires accumulés. Dans notre étude, la durée d’évolution moyenne était de 15,2 mois.

L’atteinte unguéale peut être associée à une forme sévère de pemphigus avec une atteinte muqueuse. Dans notre étude, tous les patients avaient un score IKEDA sévère avec une atteinte muqueuse modérée à sévère.

Conclusion :

L'atteinte unguéale chez les patients atteints de pemphigus doit être reconnue et cherchée par les médecins.
L'atteinte unguéale peut annoncer une exacerbation de la maladie sous-jacente et être un signe d'évolution et de sévérité de la maladie.

Le cout du pemphigus : A propos de 63 cas

Introduction :

Le pemphigus est une maladie bulleuse auto-immune rare qui comprend le pemphigus vulgaire et le pemphigus superficiel.
Le pemphigus vulgaire représente environ 70 à 90 % de tous les cas, avec un taux d'incidence annuel de 0,76 à 32 cas/million d'habitant.
Les principaux objectifs du traitement sont de contrôler la maladie, de réduire le nombre d'hospitalisations nécessaires et d'améliorer la qualité de vie.
L'objectif de notre étude était d'estimer le coût annuel moyen du pemphigus par patient du point de vue de la société.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétro-prospective incluant des patients hospitalisés atteints de pemphigus sur une période de 10 ans du mois Janvier 2011 au mois Novembre 2021.
L'objectif de notre étude était d'estimer le coût annuel moyen du pemphigus par patient du point de vue de la société.
Une analyse des coûts basée sur la prévalence a été réalisée d'un point de vue sociétal, incluant les coûts directs médicaux ainsi que les coûts directs non médicaux (soins informels,déplacements). Tous les coûts de cette étude ont été rapportés en dirhams (dh) soit 1 € =10.6dh.

Résultats :

Le coût total annuel moyen était de 5978.9 € par patient (2074.22€- 10897.74 €).
Les patients atteints de pemphigus vulgaire étaient associés à des coûts moyens plus élevés que ceux atteints de pemphigus superficiel (6975.11 €/an contre 4668.44 €/an).
Le coût annuel était variable en fonction de la gravité et de la forme clinique du pemphigus.
Les patients sous Rituximab avait le coût le plus élevé : 8318.25 €/an .
Les patients sous disuloneavait un coût moyenne estimé à 3973.82 €/an.
Les patients sous azathioprine avait le coût le moins cher :2074.22 €/an.

Discussion :

Jusqu'à présent, les corticostéroïdes ont été le traitement de 1ère intention du pemphigus. Récemment, le Rituximab a été approuvé comme traitement de 1ère intention des adultes atteints de pemphigus vulgaire modéré à sévère.
A ce jour, trois études des Etats-Unis, une du Canada ont rapporté des coûts dans le pemphigus et une seule disponible en Europe. (23-26)
Dans l'étude américaine, le coût annuel moyen des patients hospitalisés pour un diagnostic primaire de pemphigus a été estimé à 13794.95€ ce qui plus élevé que notre étude. (25)
Dans une étude européenne, le coût moyen du pemphigus était de 3 995 € par personne ce qui est moins couteux en comparaison avec notre étude.
Les patients atteints de pemphigus vulgaire étaient associés à des coûts moyens plus élevés que ceux atteints de pemphigus foliacé (4 942 € contre 1 270 €) ce qui était similaire à notre étude.
Dans une étude française, Les coûts liés aux traitements étaient de 335 725 € pour la corticothérapie seule et 484 496 € pour le Rituximab sur une durée de 3 ans.
Les résultats de notre étude ont démontré que le cout direct élevé des patients sous Retuximab par rapport aux autres traitements ce qui contredit les résultats de la littérature ceci peut être expliqué par le recul des études qui est plus important que le notre.

Conclusion :

Notre étude a permis l'évaluation des coûts directs du pemphigus pour la société.

Une part importante des coûts totaux est attribuable à des coûts liés aux soins de santé, essentiellement les traitements.

Syndrome d'hypersensibilité à la dapsone suivant le traitement d'une pemphigoïde bulleuse post-vaccination Covid19

Younes Benyamna, Firdaouss Boukamza, Line Farhat, Salim Gallouj

Service de dermatologie-vénéréologie , CHU Tanger-Tetouan-Al hoceima

Introduction

La pemphigoïde bulleuse est une maladie vésiculeuse auto-immune dans laquelle des auto-anticorps sont dirigés contre des protéines spécifiques de la DEJ.

Cette affection clinique est connue par son association avec des antécédents de maladies auto-immunes, neurologiques ou générales et aussi par sa survenue après la prise de médicaments ou l'administration de vaccins, bien que les cas post-vaccinaux restent rares [1,2].

Sa prise en charge s'est largement améliorée après l'utilisation de corticostéroïdes topiques ou généraux [3]. L'efficacité de ces derniers est incontestée, mais leurs multiples effets secondaires rendent indispensable l'utilisation de traitements et d'adjuvants épargnant les corticoïdes. [4]

La dapsone serait l'un des traitements utilisés à cet égard. Elle a montré son efficacité dans le traitement des maladies bulleuses auto-immunes il y a plusieurs décennies. Cependant, elle n'est pas non plus dénuée d'effets secondaires. Les effets indésirables les plus rapportés sont dose-dépendants (hémolyse, méthémoglobinémie). Les effets indésirables idiosyncrasiques (agranulocytose, syndrome d'hypersensibilité à la dapsone) sont plus rares mais peuvent être mortels. [5,6]

Nous rapportons ici un cas de pemphigoïde bulleuse après un vaccin inactivé Covid19. La résistance du patient aux corticostéroïdes topiques nous a conduit à ajouter des corticostéroïdes généraux et de la dapsone comme adjuvant. Le patient a alors présenté un syndrome d'hypersensibilité à la dapsone (SHD) qui est un effet indésirable rare.

Observation:

Une patiente de 66 ans, sans antécédents pathologiques significatifs, a été adressée à notre hôpital pour une éruption bulleuse diffuse et prurigineuse apparue une semaine après l'injection de la deuxième dose du vaccin Sinopharm COVID-19.

L'examen clinique a révélé des vésicules tendues, à contenu clair ou hémorragique, sur une peau érythémateuse, principalement dans les membres mais aussi dans le tronc ainsi que des érosions multiples (Figure 1). Aucune lésion bulleuse muqueuse n'a été remarquée, et le signe de Nikolsky était absent. Le score DLQI était estimé à 8/30, tandis que l'indice de Karnofsky était estimé à 70%.

Le diagnostic de BP a été confirmé par l'histopathologie et le dépistage immunologique.

Dans un premier temps, le patient a été traité par des corticostéroïdes topiques à forte puissance, et des antihistaminiques, mais la persistance de nouvelles cloques, nous a conduit à associer des corticostéroïdes généraux (prednisone 0,5 mg/Kg/jour) et de la Dapsone comme agent d'épargne des corticostéroïdes. Une bonne amélioration a été constatée, avec disparition des cloques après 2 semaines.

1 mois plus tard, la patiente présentait un exanthème maculopapuleux généralisé (Figure 2), un œdème facial (Figure 3), dans un contexte de fièvre et de prurit généralisé. Le bilan biologique a montré une anémie macrocytaire à 11 g/dl d'hémoglobine et un volume corpusculaire élevé à 100,88 fl, un nombre d'éosinophiles légèrement élevé à 645/mm3, et des GOT et GPT élevés (46,50 UI/l et 54,30 UI/l respectivement), une protéine C réactive élevée (63 mg/l), une fonction rénale et une fonction thyroïdienne normales. Une biopsie a été réalisée et l'examen histopathologique a montré un épiderme régulier et un derme œdémateux avec des foyers inflammatoires de cellules éosinophiles et plasmocytaires essentiellement autour des capillaires.

La patiente a été hospitalisée, la Dapsone a été arrêtée immédiatement, des corticostéroïdes intraveineux ont été mis en place et l'incident a été déclaré au service de pharmacovigilance, avec une bonne amélioration clinique et biologique.

Discussion

La pemphigoïde bulleuse est la maladie vésiculeuse sous-épidermique auto-immune la plus courante. Sa pathogénie est maintenant mieux connue grâce aux progrès des techniques moléculaires et génétiques[7]. En fait, la PB serait due à une auto-immunité contre des protéines DEJ spécifiques (BPAG1 et BPAG2), chez un patient génétiquement prédisposé, après exposition à des facteurs déclenchants tels que des infections, des facteurs physiques, des médicaments ou des vaccins [8]. [8].

Depuis le début de la vaccination de masse après Covid19, de nombreux effets indésirables cutanés ont été rapportés dont la BP. Ce dernier a été noté après la vaccination par le Covid-

19 dans quelques rapports et séries, mais il est toujours considéré comme un effet indésirable rare après ces vaccins [9]. [9]

Avant la pandémie, la PB a été signalée après différents vaccins (grippe, rage, méningocoque hexavalent et pneumocoque...) [10,11,12]. Récemment, elle a également été signalée après différents types de vaccins Covid-19 : ARNm (Pfizer/BioNTech-Moderna), vecteur (Oxford/Astrazeneca, Johnson & Johnson) et vaccins inactivés (Coronavac/Sinovac). À notre connaissance, notre observation est le premier cas de PB après un vaccin inactivé de Sinopharm. [13,14,15,16,17]

Dans tous les rapports publiés, l'apparition de la maladie se situe entre 24 heures et 5 semaines après l'administration de la première, de la deuxième ou de la troisième dose du vaccin. [13,14,15,16,17]

Le lien de causalité reste difficile à prouver, cependant, la chronologie de l'apparition et la réapparition après l'administration de rappels ou de doses supplémentaires peuvent être suggestives. [17]

En fait, les mécanismes par lesquels les vaccins peuvent déclencher la PB sont encore inconnus, mais il existe une hypothèse selon laquelle la vaccination pourrait déclencher une réponse auto-immune plus importante chez les patients qui sont déjà prédisposés[18]. [18]

Les stéroïdes topiques et systémiques très puissants représentent la première ligne de traitement de la PB. D'autres traitements peuvent être utilisés comme adjuvants ou en remplacement des stéroïdes, comme la doxycycline, la dapsone ou les immunosuppresseurs[19]. [19]

Dans notre cas, nous avons associé la Dapsone aux corticostéroïdes topiques et généraux. Or, l'utilisation de la Dapsone serait responsable d'un événement indésirable rare et potentiellement mortel : le syndrome d'hypersensibilité à la Dapsone (SHD). Le mécanisme physiopathologique exact qui sous-tend ce syndrome n'est pas clair.

L'incidence du DHS est comprise entre 0,5 % et 3 %, et se produit principalement chez les patients polymédicamentés (lèpre) ou chez les patients dont la fonction hépatique est altérée. Bien que rare, mais grave, cet effet indésirable doit donc être bien connu des cliniciens utilisant la Dapsone. Ceci est primordial, afin de pouvoir agir immédiatement en cas de suspicion. Dans notre cas, ce syndrome a été suspecté dès l'apparition des symptômes. L'arrêt de la Dapsone et la prise de corticostéroïdes par voie intraveineuse ont permis une amélioration clinique et biologique rapide.

En général, l'arrêt immédiat de la Dapsone et une corticothérapie systémique précoce sont les piliers de la prise en charge de ce syndrome. En plus de cela, le clinicien doit identifier et traiter les organes impliqués. [20]

Conclusion

Par la généralisation des campagnes de vaccination Covid-19, de multiples effets indésirables ont été rapportés. Ainsi, notre cas de BP après le vaccin Covid19 inactif viendrait compléter les registres actuels. Cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour confirmer une éventuelle association entre le vaccin Covid19 et la survenue d'un SHD, étant donné que notre patient n'était sous aucun autre médicament et que ce syndrome rare survient principalement chez les patients polymédicamentés.

Pemphigus localisé au niveau de l'hémiface : présentation atypique

Z.Loubaris ; O.Essadeq ;Y.TamimL.Benchekroun ; M. Meziane ; N. Ismaili ; L. Benzekri ; K. Senouci

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

Introduction :

Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune caractérisée par la production d'anticorps dirigés contre les antigènes desmosomaux. Il se présente cliniquement par des bulles flasques et des érosions touchant la peau et/ou les muqueuses. Au Maroc, le pemphigus touche les sujets à un âge moyen de 53ans, avec un sexe ratio équivalent à 1. Le pemphigus superficiel séborrhéique représente environ 71,2% des cas, il est considéré comme moins sévère que le pemphigus vulgaire mais peut néanmoins être grave lorsqu'il est très étendu ou réfractaire au traitement.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 70 ans qui présentait depuis 1an et demi un placard érythémateux légèrement squameux, localisé au niveau de l'hémiface gauche. La patiente a été traité initialement par divers dermocorticoïdes sans amélioration.

A l’examen clinique, la patiente présentait un placard érythémateux squameux, non prurigineux, non douloureux, localisée au niveau de l’hémiface gauche, prenant la joue, le front, et la région périorbitaire gauche.

A noter que la patiente ne présentait pas d’autres lésions au niveau du reste du tégument, muqueuses, et phanères.

Une biopsie cutanée a été réalisée objectivant un épiderme légèrement acanthosique siège d’un clivage intra-épidermique superficiel, ainsi que des cellules acantholytiques observées au niveau de la zone de clivage, faisant évoquer un aspect de pemphigus superficiel.

Une immunofluorescence directe a objectivé un aspect grillagé, C3-, IgA-, IgM- en faveur d’un pemphigus.

L’immunofluorescence indirecte a démontré un taux d’anticorps anti-substance intercellulaire positif à 40. Le taux de desmogléine 1 positif à 280.

L’évolution fut marquée 1 mois plus tard, par l’installation de bulles flasques, fragiles laissant place rapidement à des érosions post bulleuse, avec un signe de Nikolsky positif, étendues sur une surface corporelle estimée à 30% selon la règle des 9 de Wallas. Pas d’atteintes des muqueuses et des phanères.

En se basant sur l’examen clinique et le résultat des investigations paracliniques, le diagnostic de pemphigus superficiel a été retenu.

La patiente a reçu un traitement systémique, une corticothérapie à base de prednisone à la posologie de 1,5mg/kg/j en dégression progressive, ainsi que le rituximab. L’évolution a été marquée par la cicatrisation de toutes les lésions.

Discussion :

Le pemphigus est une maladie auto-immune acquise spécifique d'organe, caractérisée par la production d'auto anticorps (IgG) pathogènes dirigés contre des protéines des desmosomes inter-kératinocytaires : les desmogléines. Ces autoanticorps sont responsables d'une perte de cohésion

des kératinocytes aboutissant à la formation d'une bulle intra épidermique, superficielle dans le pemphigus superficiel.

Les principaux antigènes cibles impliqués dans la physiopathologie du pemphigus sont les desmogléines 1 et 3 (Dsg1 et Dsg3), molécules d'adhésion appartenant à la famille des cadhérines et situées au sein des desmosomes.

Les lésions de pemphigus superficiel sont classiquement des bulles flasques reposant sur une peau saine laissant place à des érosions post-bulleuses douloureuses et traînantes avec un signe de Nikolsky positif. Le signe de Nikolsky est caractérisé par un décollement provoqué par le frottement de la peau ou de la muqueuse saine.

Dans notre cas, la patiente a présenté pendant 1 an et demi, une atteinte de pemphigus superficiel localisée uniquement au niveau de l'hémiface gauche, faite d'un placard érythémato- squameux, sans atteinte du reste du tégument, ce qui rendu son diagnostic difficile. Il s'agit d'une présentation atypique.

Le résultat de la biopsie cutanée, l'immunofluorescence indirect et le taux de desmogléine 1 ont conforté le diagnostic, ainsi que l'amélioration clinique de la patiente après avoir débuté le traitement.

Conclusion :

Le pemphigus est une pathologie chronique évoluant durant plusieurs années, et pouvant se présenter sous différentes formes cliniques, nécessitant une prise en charge thérapeutique et une surveillance rapprochée.

Une présentation atypique de la pemphigoïde bulleuse

K. Bouayad, M. Soughi, S. Elloudi, Z. Douhi, H. Baybay, F.Z. Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction

La pemphigoïde bulleuse est la dermatose bulleuse auto-immune la plus fréquente qui se caractérise par la présence d'autoanticorps dirigés contre les antigènes BP180 et BP230 localisés au niveau de la membrane basale. La pemphigoïde nodulaire est une variété clinique bien distincte et rare de cette dernière, caractérisée par une présentation clinique du prurigo nodulaire avec un profil immunohistochimique de pemphigoïde. Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente une pemphigoïde nodulaire évoluant depuis une année.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 66ans, sans antécédents pathologiques notables qui présentait depuis une année un prurit généralisé associé à des lésions en reliefs au niveau du tronc, membres supérieurs et inférieurs. L'examen clinique révélait la présence de multiples nodules excoriés compatibles avec un prurigo nodulaire. Au bilan biologique la patiente avait une hyperéosinophilie à 4200. Un bilan hépatique, rénale, thyroïdien étaient normale. La biopsie cutanée objectivait un épaississement focal de la couche granuleuse surmonté d'une ortho et parakératose, avec un infiltrat inflammatoire périvasculaire fait essentiellement de macrophages, lymphocytes et mélanophages sans avoir vu de margination de polynucléaires éosinophiles au niveau de la basale ni de signes de prédécollement. L'immunofluorescence directe (IFD) montrait la présence d'un marquage linéaire fin en IgG et C3 le long de la jonction dermo-épidermique. Le diagnostic d'une pemphigoïde bulleuse type prurigo a été retenu. La patiente était mise sous corticothérapie topique et systémique de courte durée avec une évolution favorable.

Discussion

La pemphigoïde nodulaire est une variante clinique rare de la pemphigoïde bulleuse, elle touche principalement les femmes avec un âge moyen de 65ans, l'apparition des lésions nodulaires peut précéder, être contemporaine ou succéder par plusieurs années les lésions bulleuses. Les résultats histopathologiques sont similaires de ceux du prurigo nodulaire, mais l'immunofluorescence directe et indirecte (IFI) sont

capables de distinguer les deux pathologies, étant donné que l'IFD et IFI ont une spécificité de 98 et 100% respectivement.
L'étiopathogénie de la pemphigoïde nodulaire demeure obscure, certains présument que le grattage et l'inflammation locale conduisent à l'exposition de néo-peptides au niveau de la jonction dermo-épidérmique aboutissant à la formation par conséquent d'anticorps circulants.
La pemphigoïde nodulaire peut constituer un challenge thérapeutique et peut nécessiter le recours au immunosuppresseurs (azathioprine) et au immunomodulateurs (dapsone), cependant le corticothérapie topique et systémique constituent le gold standard thérapeutique.

Syndrome de Plummer-Vinson et pemphigus : association inédite

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

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina , Université Mohammed, Rabat, Maroc

INTRODUCTION

Le syndrome de Plummer-Vinson (SPV), encore appelé syndrome de Kelly Patterson, est caractérisé par une triade classique associant: une dysphagie, une anémie sidéropénique et la présence d'anneaux œsophagiens. Il est considéré comme état précancéreux. Des associations avec des maladies auto-immunes ont également été rapportées, mais à ce jour aucune association avec le pemphigus n'a été décrite. Cette association constitue un réel challenge thérapeutique étant donné la possibilité d'aggravation du pemphigus au décours d'une séance de dilatation œsophagienne, d'où l'originalité de notre cas.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient de 60 ans, sans antécédent particulier qui a été admis dans notre formation pour une dermatose bulleuse généralisée, sur peau saine, peu prurigineuse, évoluant depuis 1 an avec un signe de Nikolsky négatif et une atteinte des muqueuses buccale et oculaire. Une biopsie cutanée avec examen anatomopathologique ainsi qu'une immunofluorescence directe et un dosage plasmatique des anticorps anti-substance intercellulaire ont été réalisés. Tous étaient en faveur d'un pemphigus superficiel.

Le bilan de retentissement et pré-thérapeutique était sans particularité hormis une discrète anémie ferriprive. Un traitement par corticoïdes oraux a alors été initié à raison de 2mg/kg/j, associé à un traitement adjuvant et à une supplémentation en fer.

Par ailleurs, le patient se plaignait d'une dysphagie haute aux solides, évoluant depuis environ quatre ans motivant une endoscopie digestive haute, qui a révélé la présence d'un anneau œsophagien à 22 centimètres de l'arcade dentaire. Le diagnostic de syndrome de Plummer Vinson a alors été retenu. Le patient a par la suite bénéficié d'une séance de dilatation par des bougies de Savary-Gilliard, après stabilisation de son pemphigus.

L'évolution a été marquée par une disparition des lésions cutanéo-muqueuses de pemphigus justifiant une dégression lente des corticoïdes, ainsi qu'une amélioration de la dysphagie.

DISCUSSION

Le syndrome de Plummer Vinson (SPV) est une affection rare, caractérisée par la triade classique de la dysphagie, de l'anémie ferriprive et de l'anneau œsophagien. Il survient plus fréquemment chez la femme d'âge moyen. Considéré comme état précancéreux, sa transformation en carcinome épidermoïde reste redoutable et incite à une surveillance régulière rapprochée.

Son étiopathogénie demeure mal élucidée. Le facteur étiologique possible le plus important est la carence en fer sur un terrain de prédisposition génétique. Néanmoins, l'hypothèse auto-immune reste d'actualité, étant donné l'association possible du SPV à différentes maladies auto-immunes, qui selon certains auteurs, ne serait pas fortuite.

En effet, le SPV peut s'associer à une maladie de Biermer, une maladie cœliaque, une maladie de Crohn, une polyarthrite rhumatoïde, une thyroïdite ou encore à un syndrome de Goujerot-Sjogren. A notre connaissance, aucune association avec un pemphigus n'a été décrite avant notre cas.

Le traitement du SPV repose principalement sur la supplémentation martiale et les dilatations œsophagiennes endoscopiques à l'aide de bougies spéciales. Dans le cas de notre patient, cet acte n'était pas dénué de risque. En effet, le pemphigus étant une dermatose bulleuse auto-immune avec un risque accru de phénomène de Kœbner, la dilatation pourrait induire un décollement au niveau de la muqueuse œsophagienne. Nous avons alors été contraints de retarder la dilatation jusqu'à stabilisation du pemphigus sous corticothérapie à forte dose. L'évolution était favorable avec disparition de la dysphagie et blanchiment des lésions de pemphigus.

CONCLUSION

Malgré la fréquence de l'anémie ferriprive, le syndrome de Plummer-Vinson reste une pathologie rare et peu rapportée dans le monde. Son association de plus en plus décrite avec des maladies dysimmunitaires, suscite un grand doute quant à l'origine auto-immune de cette pathologie. Dans notre cas, l'association à un pemphigus était non seulement inédite, mais représentait en plus un véritable défi thérapeutique compte tenu du risque de phénomène de Kœbner inhérent aux dilatations œsophagiennes.

Les facteurs de récidive du pemphigus

S.SEFRAOUI[1], S.AOUALI[1], S.BOUABDELLA[1] ,ZIZI[1,2] S DIKHAYE[1,2]

1:Service de Dermatologie vénérologie, CHU Mohammed premier faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda
2:Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique, faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda

Introduction :

Les récidives au cours du pemphigus ne sont pas exceptionnelles. L'objectif de notre travail est d'évaluer la prévalence et les circonstances de survenue des récidives chez les malades suivis pour pemphigus.

Matériels et méthode :

Nous avons menée une étude transversale descriptive chez les patients suivis pour pemphigus durant une période allant du mois de janvier 2015 au mois de mai 2022.

Résultats :

Soixante-deux patients ont été colligés, l'âge moyen était de 58.2 ans, le sexe ration H/F de 0.8. Quarante-neuf patients étaient suivis pour pemphigus vulgaire, sept pour pemphigus superficiel, deux pour pemphigus végétant, deux pour pemphigus paranéoplasique et un seul pour pemphigus à IgA.

Dix-neuf patients ont présenté une récidive. La durée moyenne de rémission était de 34.8 mois.

Un état de stress émotionnel a été noté chez 10 patient, la notion d'herpès précédant la récidive a été noté chez 7 patients, La phytothérapie a été notée chez 6 patients, des modifications du régime alimentaire ont été noté chez 4 patients, le jeûne avec modification des horaires des prises médicamenteuses ont été notés chez 3 patients, la vaccination anti SARS-COV2 type sinopharm a précédé la récidive chez un seul patient, le Liragluide a été incriminé chez une seule patiente.

Discussion :

Le pemphigus est un groupe de maladie auto-immune caractérisé par la présence d'anticorps anti substances intercellulaires. Le type d'anticorps et la hauteur du clivage détermine la forme anatomo-clinique à savoir le pemphigus superficiel, le pemphigus vulgaire et le pemphigus paranéoplasique.

La réactivation du pemphigus est mulfactorielle. Les premiers cas de pemphigus induit par le stress datent des années 90 (1) et depuis de nombreux mécanismes ont

été incriminés notamment la corrélation du taux du TNF alpha et le stress chez les patients suivis pour pemphigus (2).
La récurrence du pemphigus peut être également d'origine iatrogène en l'occurrence lors de la prise de la rifampicine (3), des anti PD-1(4) et au cours d'une radiothérapie (5). Dans notre série le Liraglutide est incriminé dans la récidive du pemphigus.

L'auto-immunité associée aux vaccins est un phénomène bien connu, elle serait attribuée soit à la réactivité croisée entre les antigènes, soit à l'effet des adjuvants (6). Selon les données de la littérature, le vaccin anti Sars-cov2 a déclenché une dermatose bulleuse chez un patient suivis pour pemphigus en rémission dont deux étaient suivis pour pemphigus vulgaire et trois pour pemphigoide bulleuse (7).
Dans notre contexte, le jeûne serait un facteur de récurrence par modification des habitudes alimentaires notamment la prise excessive d'ail et d'épices ou par le changement des horaires des prises médicamenteuses.
Le lien entre le pemphigus et les infections virales est documentées dans la littérature, en l'occurrence dans un article rapportant la récidive d'un pemphigus suite à un zona(8) et également dans une étude mettant en évidence une association signification entre l'infection par le virus de l'herpès simplex la récurrence et la résistance du pemphigus au traitement (9).

Conclusion :

Notre étude soulève l'intérêt de chercher les facteurs de réactivation du pemphigus pour une prise en charge optimale.

Pemphigoïde bulleuse localisée secondaire à une brûlure

Imane Bahbouhi1, Sarah Ibzer1, Abderrachid Hamdaoui2, Maryem Aboudourib1, Said Amal1, Ouafa Hocar1,

1 Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

2Laboratoire d'anatomopathologie Zohor El hadika El Kobra, Secteur libéral, Marrakech, Maroc.

Introduction

La pemphigoïde bulleuse est une dermatose auto-immune le plus souvent généralisée. La forme localisée est plus rare et plus difficile à diagnostiquer. Elle est principalement secondaire à des traumatismes locaux. Nous rapportons dans cette observation une pemphigoïde bulleuse localisée secondaire à une brûlure thermique chez une jeune femme.

Observation

Une patiente de 36ans, sans antécédent pathologique notable, avait subi une brûlure de deuxième degré profond par ébouillantement au niveau des deux membres supérieurs, donnant lieu à des cicatrices hypertrophiques. Elle présentait six semaines plus tard, un prurit intense, des lésions bulleuses tendues à contenu séro-hémorragique ainsi que des érosions post-bulleuses situées uniquement au niveau des cicatrices de brûlure. Le reste du tégument était sans anomalies, et il n'y avait pas d'atteinte des muqueuses. La patiente n'a été référée en consultation spécialisée de dermatologie que quatre mois plus tard.

L'examen histopathologique d'une bulle mettait en évidence un décollement dermo-épidermique, avec un infiltrat inflammatoire fait majoritairement de polynucléaires éosinophiles avec quelques neutrophiles. L'immunofluorescence directe révélait des dépôts granuleux et linéaires d'Immunoglobulines G et de complément C3. La recherche d'anticorps anti-membrane basale était négative.

Nous avons retenu le diagnostic de pemphigoïde bulleuse localisée et un traitement par propionate de clobétasol a été instauré, permettant une régression du prurit et une disparition totale des lésions bulleuses.

Discussion

La pemphigoïde bulleuse localisée est une entité clinique rare et mal définie. Certains auteurs la définissent comme une pemphigoïde bulleuse localisée pendant plus de trois mois au niveau du même site anatomique. Elle a été décrite dans la littérature suite à des facteurs traumatisants locaux tels que la radiothérapie, les UVA ou UVB, la photothérapie dynamique, les brûlures thermiques ou caustiques ainsi que les interventions chirurgicales. Elle peut alors rester localisée strictement au site traumatisé, progresser en dehors ou carrément se généraliser. La pathogénie de la pemphigoïde bulleuse localisée semble liée au fait que la destruction tissulaire mécanique, suivie d'une cascade inflammatoire, serait responsable d'une exposition d'antigènes masqués de la membrane basale qui échappent normalement au système immunitaire, induisant ainsi la formation d'auto-anticorps chez des personnes prédisposées, présentant des titres faibles préexistants d'anticorps anti-PB 180 et anti-PB230. Ces derniers sont normalement non pathogènes, mais le deviendraient en présence des antigènes qui seront libérés suite à un traumatisme.

Les pemphigoïdes bulleuses post brûlure sont extrêmement rares et n'ont été rapportées dans la littérature que dans 15 cas. Elles surviennent entre deux à huit semaines après la brûlure

Il semble judicieux d'évoquer une pemphigoïde bulleuse localisée devant des bulles d'évolution chronique survenant en zone traumatisée notamment après une brûlure, et d'assurer un suivi à long terme de ces malades devant le risque de généralisation.

Dermatose bulleuse chez une patiente lupique : challenge diagnostic

Z.Bennouna, S.Elloudi.FZ.Hashas,S.Boughaleb, Z.Douhi, M.Soughi, H.Baybay, FZ.Mernissi

Service de dermatologie CHU hassan II fes

Introduction :

Les dermatoses bulleuses au cours du lupus sont rarement observées, elles appartiennent aux lésions cutanées non spécifique.Nous discutons une difficulté diagnostic d'une dermatose bulleuse chez une patiente lupique.

Observation :

Patiente âgée de 42ans, qui s'est présentée dans notre formation avec un masque lupique, une photosensibilité et des anticorps anti nucléaires positifs. Le diagnostic de lupus érythémateux était retenu. Le bilan de systématisation initial était normal et la patiente a été mise sous antipaludéens de synthèse (APS). L'évolution était marquée 3 semaines plus tard par l'apparition de multiples vésiculo-bulles tendues, à contenu séro-hématique, reposant sur une peau érythémateuse, ayant une disposition herpétiforme, siégeant principalement au niveau du tronc, cou et racines des membres, nikolsky négatif, associé à une atteinte des muqueuses buccale, nasale et génitale faisant évoquer un lupus bulleux ou une dermatose bulleuse auto-immune associée à la maladie lupique. L'histologie a montré un décollement sous épidermique, une vacuolisation de la basale, un infiltrat polymorphe du plancher dermique avec comblement des papilles. L'immunofluorescence directe (IFD) a objectivé des dépôts focaux jonctionnels granuleux d'IgG, IgM et IgA. A la lumière de ces données, le diagnostic retenu était un lupus bulleux. Un nouveau bilan de systématisation a révélé une atteinte cardiaque et hématologique. Une bonne évolution était notée sous dapsone, prednisone et APS. Le recul est à ce jour de 8mois.

Discussion :

Le lupus bulleux touche la femme entre 20 et 40 ans. Il est rarement inaugural et s'associe généralement à des formes aiguës et sévères de lupus systémique, principalement une atteinte rénale. Il se manifeste par des vésiculo-bulles tendu à disposition herpétiforme reposant sur une peau saine ou érythémateuse avec guérison sans cicatrices atrophiques ni en grains de milium. Il pose un problème de diagnostics différentiels principalement avec l'épidermolyse bulleuse acquise qui présente les mêmes critères immuno-pathologiques avec une similitude de cible pour les auto-anticorps (collagène VII), également la dermatite herpétiforme et la dermatose à IgA linéaire où l'histologie peut être semblable à celle du lupus bulleux, d'où l'intérêt d'une bonne corrélation entre la clinique, l'histologie et l'immunologie. La présence de mucine au niveau du derme avec un dépôt principalement granulaire d'IgG, IgA et IgM permet de le différencier des autres bulloses sous épidermiques. La dapsone constitue la base du traitement, elle permet une réponse souvent rapide avec arrêt de la formation des bulles observées dans les 48 heures et la disparition de l'éruption après une semaine.

Conclusion :

Une bonne corrélation clinique, histologique et immunologique permet de différencier le lupus bulleux des autres dermatoses bulleuses auto immune pouvant s'associer à la maladie lupique.

Un cas de pemphigoïde bulleuse déclenchée par le vaccin anti-Covid-19

M.Guechchati, Z. Douhi, S. Boughaleb, M.Soughi, S.Elloudi, H.Baybay, F.Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

INTRODUCTION :

La pemphigoïde bulleuse (PB) est la maladie bulleuse auto-immune la plus courante, que l'on rencontre fréquemment chez les personnes âgées. De nombreux facteurs déclenchants ont été identifiés. La PB post-vaccinale est rare. [1]

OBSERVATION :

Nous rapportons le cas d'une femme de 83 ans, aux antécédents de cardiopathie et de foie cirrhotique, ayant consulté pour une éruption bulleuse diffuse prurigineuse apparue dix jours après la deuxième injection du vaccin anti-Covid 19 AstraZeneca. L'examen clinique retrouvait des lésions bulleuses tendues, à contenu clair ou hémorragique, sur une peau érythémateuse, sur le tronc, le cuir chevelu, les membres et le pubis, et un ulcère situé sur la muqueuse buccale. Le signe de Nikolsky était absent. Compte tenu de l'âge et des caractéristiques cliniques, une BP ou une épidermolyse bulleuse acquise était suspectée. Les examens sanguins montraient une hyperéosinophilie et une sérologie de l'hépatite C positive. L'histopathologie objectivait une vésicule sous-épidermique avec des polynucléaires et des éosinophiles occasionnels et l'immunofluorescence directe révélait une bande linéaire de C3 le long de la membrane basale.
La survenue de l'éruption quelques jours après le vaccin anti-Covid 19 était en faveur d'une PB post-vaccinale notifiée au service de pharmacovigilance.
La patiente état traitée par des stéroïdes topiques très puissants et de la doxycycline avec une évolution favorable.

DISCUSSION :

La PB est une maladie bulleuse auto-immune dont la principale cible antigénique est la protéine transmembranaire BP180. Divers facteurs déclenchants étaient rapportés dans la littérature, principalement la radiothérapie, mais aussi différents médicaments. Quelques cas étaient rapportés après des vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la grippe, l'hépatite B et d’autres. [1]
Lorsqu'un individu génétiquement prédisposé est exposé à un facteur déclenchant, cela peut générer une réponse immunitaire médiée par les cellules B et les auto-anticorps dirigés contre l'antigène BP180 ; provoquant la libération de protéases puis la dégradation de la zone de la membrane basale. [2]

La PB post-vaccinale est rare ; seuls dix cas étaient rapportés dans la littérature. Le délai d'apparition variait entre 1 jour et 1 mois, et le mécanisme d'induction de la PB en réponse au vaccin n'est pas très bien compris. [1]

CONCLUSION :

En conclusion, il serait préférable de connaître la possibilité de développement de la PB après l'administration des vaccins, y compris le vaccin Covid-19. Cependant, étant donné les risques d'infection par le SRAS-CoV-2 et la rareté de ces événements, les cliniciens devraient encourager la vaccination complète. [3]

Pemphigus et Rituximab : expérience du service (11 cas)

A. Saddik, F. Hali, H, Rachadi, F.Z. El fetoiki, S. Chiheb

Service de dermatologie vénérologie, Casablanca, Maroc

Introduction :

Initialement utilisé dans le traitement des pemphigus corticodépendants ou résistants, le rituximab (RTX) est actuellement indiqué en première intention en traitement d’attaque des cas modérés à sévères de pemphigus.

Nous rapportons notre expérience avec le RTX dans le traitement des pemphigus sévères chez l’adulte.

Patients et méthodes

Les patients inclus dans l’étude étaient des malades suivis pour pemphigus résistants à la corticothérapie systémique en association avec un traitement immunosuppresseur ou dapsone, admis au sein de notre service entre janvier 2017 et décembre 2021. Le protocole était des perfusions de RTX :1 g à J0, J14 et M6, associé à une corticothérapie générale avec décroissance progressive, un contrôle au sixième mois pour évaluation.

Résultats

Parmi les 83 patients atteints de pemphigus hospitalisés dans notre centre depuis 2017, 11 (4H/7 F) ont reçu une ou plusieurs cures de RTX. L'âge au moment de diagnostic était de 37,02 ans [21–61]. Tous nos malades ont bénéficié d'un bilan pré-biothérapie sans anomalies notables. Une patiente était suivie pour une infection rétrovirale sous traitement. Le diagnostic était celui de pemphigus vulgaire chez 8 patients et pemphigus foliacé chez 3. Tous les patients ont reçu en première intention une corticothérapie générale avec immosuppresseur ou dapsone. Tous nos malades étaient en rémission âpres la première cure de RTX (1g J0-1g J14) et ont reçu un traitement d'entretien, aucun effet indésirable n'a été noté.

Discussion

L'intérêt de notre étude réside dans la rareté et la gravité des présentations du pemphigus. Le traitement du groupe des pemphigus est un défi majeur dans la pratique de la dermatologie. Le RTX est un ajout récent à l'arsenal thérapeutique contre cette maladie et a récemment été accepté comme traitement de première ligne. Chez les patients atteints de pemphigus modérée à sévère, le RTX associé à la prednisone à court terme a été plus efficace que la prednisone seule. Le RTX permet d'avoir une réponse plus rapide et durable et aussi moins de récidives et d'effets indésirables et ainsi qu'une faible dose cumulée de corticostéroïdes mais avec un cout plus élevé.

Conclusion :

Le RTX est un traitement d'épargne de stéroïdes très efficace avec une bonne tolérance. D'où son intérêt pour le traitement du pemphigus en phase d'attaque ou même en entretien des cas sévères et corticorésistants.

Dermatopédiatrie :

Airborne allergic dermatitis of the eyelids: uncommon dermatosis in children

I. Ouadi1 ; H. Daflaoui1; N. Zizi1,22; S. Dikhaye1,2
1 Department of Dermatology, Mohammed VI University Hospital of Oujda
2 Laboratory of Epidemiology, Clinical Research and Public Health, Medical School of Oujda,
Mohammed The First University of Oujda, Morocco

Introduction

Eyelid dermatitis, also known as periocular dermatitis is a frequent dermatologic concern with various etiologies, ranging from irritant and allergic dermatitis to a possible manifestation of an underlying skin disease. We herein present a case of airborne allergic contact dermatitis to a perfume occurring in a young infant.

Case report:

The patient is a 6-year-old, otherwise healthy boy, with no medical record, no background of atopic dermatitis or eczema. A careful clinical history revealed no topical application, however, the mother admitted spray a newly purchased perfume in proximity to her son, who developed the following day a swelling of the eyelids. Clinically, the patient presented swollen eyelids, topped by an erythematopapulous and vesiculous pruritic rash, an ophtalmological examination was without abnormalities, with no signs ofconjunctivitis. The rest of the physical exam was normal. The realization of prick tests was not conducted due to lack of resources and suggestive clinical course. The diagnosis of an airborne allergic dermatitis of the eyelids was retained and the patient was treated with low potency topical corticosteroids (Frakidex) twice daily for 10 days, the mother was also instructed about the importance of ongoing avoidance of exposure of causal agent, as well as the proper skin care of the eyelids. The 10 days check-up showed a significant improvement.

Discussion

Periorbital dermatitis may be multifactorial in origin, occurring secondarily to endogenic diseases such as atopic or seborrheic dermatitis, or resulting from an external exposure, as seen in allergic contact dermatitis (ACD) or irritant contact dermatitis (ICD). 1 Airborne contact dermatitis (ABCD) manifests as delayed allergen-specific type-IV hypersensitivity reaction triggered by exposure to aerosolized particles, 2 affecting commonly the parts of the body that are directly exposed to the air such as the face and neck. In the face, the upper eyelids are particularly susceptible, and can be sometimes, the only affected sites.3 The eyelids are considered to be the most vulnerable and sensitive areas of the body for a number of reasons, the first being their very thin skin, which allows for an easier penetration of both contact and airborne allergens. Other reasons are their unprotected location, their subsequent exposure to airborne irritants and allergens, their tendency to be touched frequently, as well as their exposure to cosmetic products. 1 Many allergens have been identified as causative agents for ABCD, perfumes and fragrances are known culprits.2 Additional exposures are plastics, rubber, glues, metals, industrial and pharmaceutical chemicals, animal feed additives, agricultural dusts, and cigarette smoke. 1 ACD to fragrances is more commonly seen in females, probably because of increased use of cosmetics and perfumed products.4 However, epidemiological data concerning the incidence of ACD in children are scarce.

The main differential for ACD is ICD, the two conditions share many similarities and some distinctions. ICD is a local toxic reaction to an irritant, usually confined to the area of exposure, generally occurring weeks to months depending on the irritants' potency, whereas in ACD, it occurs much more quickly, between 48 and 96 hours. Diagnosis of ICD is by way of exclusion, and there is no specific test, however, ACD can be diagnosed with patch testing in conjunction with a thorough patient history. 5 The treatment of "ABCD" involves multiples approaches, the first being the avoidance of the allergen; however, this can prove difficult seeing the complexity of fragrance labeling, as a matter of fact, fragrances are considered a "trade secret" and individual components are not always fully disclosed on the ingredient label, in order to completely avoid the recurrence of allergic

episodes, patients must opt for products free of fragrances altogether.6 In addition to fragrance removal, steroids are the treatment of choice, and the goal is to minimize inflammation and to reduce the symptoms before the chronic stage of the disease, that can contribute to a variety of other functional disorders, including tearing, cicatricial ectropion, ptosis and dermatochalasis.5

Conclusion

The eyelids are a common location for airborne contact dermatitis in adults, less commonly seen in children, numerous causative agents are identified, namely perfumes and fragrances. Diagnosis proves to be difficult sometimes, justifying the need for patch testing.

Le déficit en vitamine D chez les enfants ichtyosiques

K.OUJENNANE1.3, M.ABOUDOURIB1.3 , S.AMAL1.3 , O.HOCAR1.3 , L. DARFAOUI2,3, S. ABOULMAKARIM 2,3

1 service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

2Service de biochimie , CHU Mohammed VI, Marrakech

3 Laboratoire Bioscience et santé , FMPM université CaddiAyyad, Marrakech

Introduction:

Les ichtyoses héréditaires reproupe un ensembe de maladies chroniques qui ont en commun un trouble génétique de la cornification qui entraîne des mécanismes compensatoires à type d'hypermétabolisme et de prolifération cellulaire à l'origine d'une hyperplasie épidermique avec une couche cornée squameuse avec une hyperkératose. Toutes ces anomalies peuvent être à l'origine de problème métabolique surtout un déficit en vitamine D qui est synthétisée en grande partie par la peau. Les données sont limitées en ce qui concerne le statut de la vitamine D chez les patients atteints d'ichtyose. Ainsi, le but de notre étude était d'évaluer le statut de la vitamine D et les facteurs qui peuvent influencer cette vitamine chez des patients atteints d'ichtyose

Matériel et méthodes :

C'est une étude prospective menée au service de dermatologie pédiatrique de l'hôpital universitaire Mohammed VI Marrakech incluant 20 enfants suivis en consultation pour ichtyose et ayant un dosage de la vitamine D et 20 enfants saines ont été recrutées pour servir de témoins.

Résultats :

L'âge moyen des patients était 4ans avec un sexe ratio de 3 (H/F), pour le groupe témoin l'âge moyen était de 7ans. Concernant la forme clinique de l'ichtyose, 35% des patients étaient atteints d'une ichtyose vulgaire , 60% avaient une ichtyose lamellaire et un patient avait un syndrome de Netherton. Aucun antécédent de fracture osseuse n'avait été rapporté. 45% des patients avaient déjà pris ou prenaient un traitement systémique par acitretine.

Pour le taux de la vitamine D chez les patients ichtyosiques: 23,52 % des patients avaient une carence ; 47,05% avaient une insuffisance et seulement 29,41% des patients avaient un taux normal.

Le nombre de patients qui avait une carence (taux vitamine D $x<10$) était de 4 patients , l'âge moyen était 5 ans, tous de sexe masculin, le retard staturo pondéral est retrouvé dans 2 patients , une infirmité motrice cérébrale avec hydrocéphalie est retrouvée chez un seul patient , la notion de bébé collodion était présente chez un seul enfant, 75% des patients avaient une ichtyose lamellaire et 25 % ichtyose vulgaire. L'ichtyose est jugée sévère chez 3 patients avec indication à l'acitrétine chez les 3 , mais par manque de moyens seulement 2 patients étaient sous acitrétine. Le nombre des patients ayant une insuffisance en vitamine D ($10 \leq x < 20$) était de 8 patients , sexe ratio de 1,66. Un seul patient avait un retard staturo pondéral, le syndrome de Netherton est diagnostiqué chez un seul patient et tous les autres patients avaient une ichtyose lamellaire. Seulement 37.5 % de ce groupe était mise sous acitrétine

Pour le groupe témoin: seulement 15 % des témoins avaient une carence et 17% avaient une insuffisance et 40% des cas avaient un taux normal.

Cette étude confirme donc que les personnes atteintes d'ichtyose sont à risque d'avoir un manque de vitamine D (70.57% ont un manque, contre 32% dans le groupe témoin), surtout si il s'agit une ichtyose lamellaire sévère, associée à un retatdstaturo pondéral avec indication a l'acitrétine

Discussion:

Les données sur le taux de la vitamine D chez les patients atteints d'ichtyoses héréditaires sont rares. Notre étude est la première au Maroc, en Afrique ayant évalué le statut de la vitamine D chez des patients atteints d'ichtyose héréditaire.

Dans la littérature une étude française portant sur 53 patients a révélé que plus de 80 % des patients n'avaient pas un statut optimal en vitamine D. L'étude a montré que trois facteurs de risques ont été identifiés comme indépendamment associés à la carence en vitamine D; ces facteurs étaient : la sévérité globale de l'ichtyose, un phototype foncé, et la réalisation du dosage de la vitamine D en hiver et au printemps. Mais L'absence d'un groupe témoin est une limitation de cette étude

Les faibles taux de la vitamine D observés chez les patients atteints d'ichtyose pourraient avoir plusieurs explications: Tout d'abord, la sévérité des squames est un facteur de risque car elle est associée à une augmentation de l'épaisseur cutanée. Or une peau plus épaisse réduit probablement la pénétration des UVB dans la peau. Ensuite, le déficit intrinsèque de la fonction barrière de la peau dans l'ichtyose pourrait directement perturber la synthèse du précurseur de la vitamine D dans la peau. Enfin le manque de l'exposition solaire, du fait de la stigmatisation liée à leur maladie, il est bien connu que les patients atteints d'ichtyose cachent leur peau, y compris l'été. Au cours de l'été ces patients ont également tendance à éviter la chaleur du soleil qui accroît la douleur cutanée et le prurit. Ainsi, leur surface de peau exposée au soleil pourrait être plus basse que pour la population générale, réduisant ainsi la pénétration des photons UVB et la synthèse cutanée de la vitamine D.

Conclusion :

Nous recommandons donc un dosage systématique de la vitamine D chez les personnes atteintes d'ichtyose (il faut doser la 25OHD). A fortiori, si l'ichtyose est sévère, la peau foncée et que l'on est en hiver et au printemps, le risque est encore plus fort.

Ce dépistage permettra de prescrire aux personnes un traitement à base de la vitamine D et de mettre en place un suivi. Ceci permettra de retrouver un taux normal de vitamine D et d'éviter dans le futur des complications osseuses comme des fractures.

Nécrobiose lipoïdique : une présentation atypique chez une fille de 10 ans.

I.El Modafar[1, 2], M.Aboudourib[1, 2], O.Hocar[1, 2], S.Amal[1, 2.]

[1]Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

[2] Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

La nécrobiose lipoïdique, anciennement connue sous l'éponyme de maladie d'Oppenheim-Urbach, est une dermatose granulomateuse inflammatoire rare qui a été décrite pour la première fois par Oppenheim en 1929. C'est Urbach qui, en 1932, proposa l'appellation «necrobiosislipoidicadiabeticurum». Cette maladie affecte le plus souvent les femmes diabétiques d'âge moyen, sa survenue dans la population pédiatrique est très rare.

Nous rapportons, à travers cette observation, un aspect atypique et une localisation très rare de nécrobiose lipoïdique chez un enfant diabétique.

Observation :

Il s'agit d'une fille de 10 ans, diabétique type 1 depuis l'âge de 7 ans mal équilibrée, ayant présenté 15 jours avant son admission, des lésions nodulaires douleureuses violacées infiltrées et indurées au niveau des 2 jambes évoluant vers des plaques brunes violacées. L'examen dermatologique a noté un placard infiltré brun violacé mesurant 2x2 cm au niveau de la jambe gauche, associé à une plaque violacée indurée mesurant 7x5 cm localisée au niveau du dos du pied droit à centre atrophique et multiples plaques violacées annulaires infiltrées bilatérales au niveau des jambes. Le résultat anatomopathologique a été en faveur de nécrobiose lipoïdique notant une partie centrale du derme moyen et profond formée par des plages mal limitées de nécrobiose celle-ci est entourée par un infiltrat inflammatoire comprenant des histiocytes tantôt épithéloides, tantôt à cytoplasme clair.

L'évolution a été marquée par une bonne amélioration des lésions après l'obtention d'un équilibre glycémique et une application quotidienne de propionate de clobétasol 0,05%.

Discussion :

La nécrobiose lipoïdique est une dermatose granulomateuse rare, associée au diabète dans 10 à 40% des cas, voire d'avantage, avec une prévalence dans la population diabétique aux alentours de 0.3 à 1.2%. Les femmes d'âge moyen (entre 30-40 ans) sont les plus fréquemment affectées. La survenue dans la population pédiatrique est très rare et décrite chez 0,06% des enfants diabétiques, avec une prédominance féminine. À notre connaissance, seulement 4 cas pédiatriques âgés de 10 ans ou moins ont été rapportés. La forme clinique typique est faite de macules bien délimitées avec une bordure violacée et un centre jaune-brunâtre atrophique parsemé de télangiectasies localisées au niveau prétibial. Les localisations au niveau des chevilles, sur le dos des pieds, et plus rarement sur d'autres parties du corps sont exceptionnelles.

Conclusion :

Notre rapport de cas illustre l'importance de considérer le diagnostic de nécrobiose lipoïdique devant la suspicion d'une dermatose granulomateuse chez un enfant diabétique.

Les hémangiomes infantiles : Un fardeau sur les épaules des familles

K.Kaddar[1] ; S. Aouali[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'hémangiome infantile est une tumeur vasculaire bénigne touchant jusqu'à 10 % des nourrissons. Pour la majorité, ils régressent spontanément sans séquelles et ne nécessitent aucun traitement. D'autres formes peuvent justifier un traitement médical notamment celles mettant en jeu le pronostic esthétique ou fonctionnel et ayant un retentissement psychologique important sur les parents. Notre étude vise à évaluer l'impact de la maladie sur leur vie familiale, professionnelle et financière ainsi que sur leur qualité de vie (QDV).

Matériels et méthodes :

Notre étude porte sur une série de 30 enfants hospitalisés pour un hémangiome. Des données sur les caractéristiques épidémiologiques et cliniques, sur la prise en charge de l'hémangiome et sur l'impact de la maladie sur la qualité de vie ont été collectées à partir des dossiers hospitaliers et de l'interrogatoire des parents.

Résultats:

Une nette prédominance féminine a été notée (sex-ratio H/F de 0,25). L'âge des patients était compris entre 2 mois et 18 ans. 33,3% des patients étaient issus d'un mariage consanguin et seulement 2 patients avaient un antécédent d'hémangiomes dans la famille.

La localisation majoritairement retrouvée était le visage (73%). Les hémangiomes étaient multiples dans 36,7% des cas. Chez 30% des patients, la taille de l'hémangiome dépassait 4 cm.

Un impact psychologique a été noté chez toutes les familles à des degrés variables. 50% des familles estimaient avoir une QDV médiocre, 40% une QDV moyenne et 10% une bonne QDV malgré cette maladie.

Les difficultés psychologiques les plus rencontrées étaient : Le regard des autres (79 %), l'anxiété concernant l'efficacité du traitement (65 %), un sentiment de découragement (34 %), de culpabilité (24 %), de fatigue (17 %) et le retentissement sur l'éducation des autres enfants (7%).

Les parents rapportent un retentissement de 59% sur leurs loisirs, 53% sur la gestion de leur temps, 39% sur les activités domestiques et 33% sur leurs activités professionnelles.

La majorité de nos patients ont été traités par les bêtabloqueurs (Voie orale + topique). L'évolution était favorable chez 20 patients, un état stationnaire de l'hémangiome a été noté chez 10 patients.

53% des parents déclarent avoir senti une amélioration de leur QDV après le traitement.

Discussion :

Les hémangiomes infantiles, à localisation cervico-faciale spécialement, engendrent un retentissement psychologique important. Le caractère affichant de la maladie génère beaucoup de stress chez les parents, notamment vis-à-vis des regards des autres, et surtout chez les enfants en âge scolaire.

Les hémangiomes constituent un motif de consultation fréquent et répétitif des parents qui sont souvent demandeurs de traitement.

Peu d'études ont évalué le retentissement psychologique des familles. Une étude similaire menée en France en 2014 a démontré clairement l'impact psychologique et social ainsi que les répercussions sur la vie professionnelle et les loisirs des parents, comme c'est le cas de notre étude.

Ainsi, à travers notre étude, on souligne les aspects psychologiques qu'il faut prendre en considération pour pouvoir aider les familles des enfants atteints.

D'autre part, l'impact économique est non négligeable, du fait des déplacements répétés pour les consultations et du coût des traitements qui s'avèrent chers pour quelques familles, avec un impact très important chez 33% des cas de notre série.

Conclusion :

L'hémangiome infantile est une pathologie bénigne à répercussions psychologiques importantes. Pour la majorité des parents, cette condition est perçue comme un fardeau psychologique voire un handicap, limitant plusieurs activités sociales et

professionnelles. L'efficacité du traitement, notamment des bêtabloqueurs, a permis de diminuer l'anxiété des parents et d'améliorer leur qualité de vie.

Exanthème généralisé fébrile associé à un syndrome d'activation macrophagique : A propos d'un cas chez un enfant de 6 ans

J. OUALLA1.2, K.OUJENNANE 1.2, B. BENNOUR 1.2, M.ABOUDOURIB1.2, O.HOCAR1.2, S.AMAL1.2

M.BOUROUS1.3

1 service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

2 service de chirurgie pédiatrique CHU Mohammed VI, Marrakech

3 Laboratoire Biosciences et santé, FMPM université CaddiAyyad, Marrakech

Introduction :

Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une entité anatomoclinique due à une stimulation inappropriée des macrophages. Il demeure une pathologie rare, caractérisée par des signes cliniques peu spécifiques et des éléments biologiques dont l'association doit faire évoquer le diagnostic. Il peut être primaire ou secondaire à diverses affections, son pronostic reste encore sombre. Nous rapportons une observation d'exanthème généralisé fébrile associé à un syndrome d'activation macrophagique chez l'enfant

Observation :

Il s'agit d'un enfant âgée de 6 ans ; sans antécédents pathologiques particuliers, qui s'est présentée aux urgences pour un exanthème morbiliforme généralisé fébrile d'installation aigué ; 48H suite à la prise d'anti-inflammatoire pour une fièvre isolée. l'examen générale retrouve une patiente asthénique ; somnolente ; tachycarde ; polypneique ; et fébrile à 38,7. l'examen dermatologique était gêné par l'application de l'éosine ; pourtant on a retrouvé un exanthème morbiliforme généralisé non prurigineux épargnant les paumes et les plantes ; s'effaçant à la vitro pression ; un exanthème jugal symétrique en carte géographique ; et un œdème palpébral et labial .l'examen ganglionnaire a retrouvé des adénopathies cervicales douloureuses bilatérales centimétriques tandis qu'au niveau abdominale présence d'une splénomégalie à 1 travers de doigt.

Le bilan biologique à l'admission montre une hyperleucocytose ; une pancytopénie ; LDH élevée ; ferritine élevée ; cytolyse hépatique ; hypertriglycéridémie; TP bas ; et une CRP élevé.

un syndrome d'activation macrophagique était évoqué sur le bilan biologique et on a complété par un myélogramme qui a objectivé une moelle pauvre avec majoration de macrophage sans infiltration blastique. la patiente a bénéficié de bolus de corticothérapie par voie intraveineuse avec bon évolution clinique et biologique.

Discussion :

Les signes cliniques du syndrome d'activation macrophagique sont non-spécifiques, leur installation se fait généralement de manière aiguë ou subaiguë. L'examen clinique met en évidence dans la majorité des cas une fièvre constante [1], une asthénie et une hépatosplénomégalie. On retrouve dans un tiers des cas des adénopathies périphériques.

D'autres atteintes plus rares ont été décrites: dermatologiques [2] (rash maculo-papuleux, pétéchies, purpura), pulmonaires (infiltrats interstitiels

pouvant évoluer vers un oedème aigu pulmonaire [3]) et digestifs (douleurs abdominales, diarrhées [3])

L'atteinte des lignées hématopoïétiques est un élément clef du diagnostic. une pancytopénie peut être retrouvée. une atteinte hépatique, une augmentation des LDH, une hyponatrémie sont également retrouvée. Une hypertriglycéridémie sans hypercholestérolémie est retrouvée dans 2/3 des cas [1]. L'hyperferritinémie majeure peut aider à différencier le SAM des autres syndromes inflammatoires systémiques.

Les infections seraient la première cause de SAM [11]. L'infection virale serait à l'origine de 62% des cas de SAM secondaire.

Toute infection bactérienne sévère peut se compliquer d'un SAM.

Conclusion :

Le SAM réactionnel reste une pathologie sous-diagnostiquée, dont l'évolution est fatale en l'absence de traitement. Ce dernier doit être initié le plus rapidement possible, parfois avant d'avoir le diagnostic étiologique.

Les dermatoses infantiles affichantes : Quel impact sur la qualité de vie des parents

HananRagragui Ouasmin[1]; Khadija Kaddar[1] ; Siham Dikhaye[1,2] ; Nada Zizi[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'impact de nombreuses pathologies dermatologiques ne se limite pas au patient seul mais peut affecter également la qualité de vie de leur famille. Le but de notre

étude est d'évaluer le retentissement des dermatoses infantiles affichantes sur la qualité de vie de leur famille à l'aide du questionnaire FDLQI.

Matériels et méthodes :

C'est une étude transversale et descriptive colligeant les enfants dont la tranche d'âge varie entre 2 mois et 16 ans qui sont suivis dans notre formation pour une dermatose affichante et visant à évaluer le retentissement de leur dermatose sur la qualité de vie de leur famille et ceci à l'aide du questionnaire FDLQI. Les données ont été collectées à partir de l'interrogatoire des parents.

Résultats :

Nous avons colligés 123 patients avec une prédominance féminine. La tranche d'âge de nos patients est comprise entre 2 mois et 16 ans.

Trente enfants avaient un hémangiome avec une prédominance féminine dont la localisation faciale était majoritaire (73%). L'âge était compris entre 2 mois et 16 ans. Chez 30% des patients, la taille de l'hémangiome dépassait 4cm. Un impact psychologique a été noté chez toutes les familles à des degrés variables avec un retentissement pathologique retrouvé chez 50% des familles

Pour les génodermatoses, nous avons colligés 13 enfants dont 5 avaient un xeroderma pigmentosum (XP), 4 cas d'ichtyose, 1 seul patient avec neurofibromatose type 1 et 3 patients avec epidermolyse bulleuse héréditaire. Quant au retentissement sur la qualité de vie des familles, le score était pathologique dans 75% des cas. Le plus haut score était retrouvé chez les familles des patients atteints de XP.

Vingt enfants avaient une pelade dont la forme universalis représentait 25% des cas. Toutes les familles avaient rapportés un impact de la dermatose sur la qualité de leur vie avec des degrés variables. Le score de retentissement familial était pathologique dans 65% des cas.

Pour le psoriasis, nous avons colligés 20 cas dont la forme étendue était notée chez 20% des patients avec retentissement pathologie sur la famille estimé à 55% des cas. Les formes moyennes étaient associées à un impact léger sur la qualité de vie de la famille et ceci concerne principalement la peur de l'extension et la méconnaissance de la pathologie.

Concernant le vitiligo, 20 enfants ont été colligés. L'impact de la maladie sur la vie des familles était pathologique dans 75% des cas et ceci était lié aux regards des autres, le risque d'extension et la stigmatisation.

Vingt patients avaient une dermatite atopique dont la forme sévère était notée chez 30% des cas, le retentissement sur la qualité de vie des parents était pathologique dans 80% des cas expliquait par l'altération de la qualité de sommeil de leur enfant et le prurit gênant.

Discussion :

Le stress parental est un sujet de préoccupation lors du traitement des patients pédiatriques atteints de dermatoses chroniques. Les parents peuvent souffrir d'anxiété, d'inquiétude, de culpabilité et éventuellement d'exclusion sociale.

Peu d'études dans la littérature ont évalué l'impact sur la qualité de vie des parents ayant des enfants atteints de vitiligo. L'étude de GAHALAUT et al conclue qu'il y avait significativement plus d'altération du FDLQI (P = 0,047) si le sexe est féminin avec une corrélation négative significative avec la durée du vitiligo (P = 0,01, le coefficient de corrélation rho de Spearman était de -0,363) et une supériorité du FDLQI chez les membres de la famille des enfants atteints de vitiligo sur les parties exposées (moyenne = 9,187 ± 3,50).

Pour les hémangiomes et les malformations vasculaires, une étude similaire menée en France a démontré clairement l'impact psychologique et social de cette dermatose sur la qualité de vie de la famille.

Concernant la dermatite atopique, l'étude de JOANNA et al a constaté que la DA des enfants influençait la qualité de vie des deux parents. Dans l'étude de KAUR et al, Le score de gravité de la dermatite atopique SCORAD et de retentissement sur la qualité de vie des parents ont montré une corrélation positive et significative (p=0,04), ce qui implique que la qualité de vie des parents est significativement corrélée à la gravité de la DA chez l'enfant.

Peu d'études dans la littérature se sont intéressées à l'évaluation de la qualité de vie des familles des patients présentant des génodermatoses. Une enquête auprès de patients atteints d'épidermolyse bulleuse et de leurs familles a noté un fardeau considérable sur la famille en entravant l'éducation, la vie familiale et la situation financière.

Une revue de 2019 a rapporté que les parents avaient indiqué que la maladie de leurs enfants (psoriasis) affectait leur propre qualité de vie, provoquant stress, dépression et frustration.
Rogers et al ont impliqué le stress des membres de la famille comme un facteur de risque important dans la pelade.
Les résultats de notre étude concordent avec les données retrouvées dans la littérature.
Basra et ses collègues ont suggéré que l'inclusion des parents des patients atteints de dermatoses infantiles dans le plan de traitement global contribuait à réduire les sentiments de détresse mentale, de manque de contrôle et d'impuissance.

Conclusion :

Dans les maladies dermatologiques chroniques, la qualité de vie d'un patient affecte la qualité de vie de sa famille. Par conséquent, les efforts visant à améliorer la qualité de vie d'un patient doivent également aborder la question de la qualité de vie des familles avec un soutien psychologique.

Profil épidémio-clinique des ichtyoses congénitales : à propos de 64 cas

K.OUJENNANE 1.2 ,M.ABOUDOURIB 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 :
Les ichtyoses congénitales regroupent un ensemble de pathologies caractérisées par la présence d'une desquamation épidermique excessive due à une anomalie de la kératinisation. À travers ce travail, nous nous proposons d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques des ichtyoses congénitales.
Patients et méthodes :
Nous avons inclus tous les patients âgés de moins de 20 ans avec une ichtyose héréditaire vus en consultation de dermatologie pédiatrique au centre de diagnostic du CHU Mohamed VI sur une période de 10 ans et 6 mois (de janvier 2012 à Juin 2022). Le diagnostic de l'ichtyose héréditaire était retenu sur des arguments cliniques et anamnestiques.
Résultats :
Nous avons colligé 64 patients dont 38 garçons et 26 filles, sex-ratio H/F : 1,4. L'âge moyen était de 2,69 ans avec des extrêmes allant de 2 jours de vie et 20 ans. Une consanguinité était trouvée chez les parents de dans 62,5 % des cas. Des cas similaires dans la famille étaient rapporté dans 46,87 %, avec la notion de bébé collodion dans 48,43 %. Les principaux symptômes cutanés étaient la présence de squames chez tous des cas. Une érythrodermie était noté dans 18,75%, et seulement 3,12% des patients avait présenté des lésions bulleuses .
Les principaux symptômes extra-cutanés associés étaient un prurit chez 16 patients et un ectropion chez 30 patients et un eclabion chez un seul patient.

Les complications ophtalmologiques étaient les plus fréquentes (17 cas). e surinfection bactérienne était notée chez 15 patients.
Les diagnostics retenus étaient ceux d'ichtyose lamellaire (n = 30), d'ichtyose vulgaire (n = 16), Ichtyose non épidermolytique (n= 8),Ichtyose en maillot de bain(n=6), de syndrome de Netherton (n = 2), Ichtyose épidermolytique (n = 2).
Tous les patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique à base d'émollients et de gels surgras, des kératolytiques ont été utilisés chez 8 patients , des rétinoïdes chez 32 (50 %) indiqués chez tous les patients ayant un ectropion ou d'ichtyose épidermolytique . La supplémentation en vitamine D chez 12 patients. Une évolution favorable avec amélioration de la qualité de vie était observée chez 80 % des patients sous rétinoïdes.
Discussion :
Notre série a montré que les ichtyoses congénitales autosomiques récessives sont fréquentes dans notre contexte marocain, l'ichtyose lamellaire étant prépondérante chez nos patients ce constat de même que la fréquence de l'existence d'une histoire familiale d'ichtyose congénitale pourraient être expliqués par le taux élevé de consanguinité.

Profil épidémio-clinique des enfants atteints de neurofibromatose type 1 (NF1) : 20 cas

Walid N, ELFATOIKI Fz, Hali F, Chiheb S, Dermatologie Vénérologie,
CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction :
La neurofibromatose de type 1 (NF1) est une maladie génétique fréquente. Son diagnostic repose sur des critères cliniques précis, ses complications sont variées et imprévisibles. Le suivi des enfants atteint de la neurofibromatose est primordial et le traitement de la maladie repose sur une décision multidisciplinaire.
Objectifs
Etudier le profil épidémio-clinique des enfants atteints de NF1
Population et méthodes
Nous présentons une étude rétrospective de 20 cas de neurofibromatose de type 1, colligés lors de la consultation de dermatologie pédiatrique de centre hospitalier IBN ROCHD de Casablanca, sur une période de 4 ans, étalée de 2018 à 2021.
Les critères d'inclusion : le diagnostic de NF1 certain selon les critères diagnostiques du NIH (The national institute of health) .
Résultats
Dans notre série, l'âge moyen des patients au moment de diagnostic était de 8 ans avec un sex-ratio de 1,2. Le motif de consultation était les taches cafés au lait pour 95% dont l'âge d'apparition était 2 mois pour 40%, la consanguinité était présente chez 45% . A l'examen tous les enfants avaient des TCF et lentigines et 7 enfants soit 35% avaient des neurofibromes cutanés, aucun signe neurologique n'a été rapporté mais 35% des enfants avaient des déformations squelettiques. Le bilan paraclinique a révélé la présence d'un NF périportal chez un seul malade, un NF plexiforme chez un autre malade, des nodules cérébraux et médullaires chez 2 enfants et des nodules de Lish chez 4 enfants soit 20%.Des difficultés scolaires représentaient une complication chez 8 enfants soit 40%

Conclusion
NF1 est une génodermatose fréquente et peut être sévère, ses atteintes cutanées représentent le premier signe d'appel ce qui rend le dépistage et le suivi des enfants atteints de NF1 une priorité en consultation dermato-pédiatrique.

Association d'une icthyose congénitale et une tumeur gliale: A propos d'un cas

K.Rharib, M.Aboudourib, O.Hokar, S.Amal
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Faculté de médecine et de pharmacie, université CADI AYYAD, Marrakech, Maroc
Laboratoire bioscience et santé FMPM

Introduction :

Les ichtyoses congénitales forment un groupe de maladies génétiques rares se caractérisant par la présence de squames et parfois d'un érythème. Il existe des formes avec des signes exclusivement dermatologiques et des formes associées à des signes extracutanés, notamment neurologiques.
Une tumeur gliale est une croissance maligne du système nerveux central. Certaines prédispositions génétiques héréditaires aux gliomes ont été identifiées. Nous illustrons à travers cette observation un cas d'association d'une ichtyose congénitale et un gliome.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 22 ans suivie pour ichtyose congénitale en dermatologie depuis la naissance. La patiente présente également une photosensibilité et un retard staturo-pondéral, sans autres signes associés. Elle a été mise sous traitement local à base de Kératolytiques, hydratants et antiseptiques puis sous acitrétine depuis 2017, avec notion de rémission poussée.
La patiente a présenté un syndrome d'hypertension intracrânienne d'apparition brutale fait de céphalées, vomissements, et brouillard visuel, devant lequel elle a fait une IRM ayant objectivé: Un processus lésionnel péri-ventriculaire droit infiltrant le mésencéphale et comprimant le V3 responsable d'une hydrocéphalie triventriculaire modérée d'amont active, dont l'aspect est évocateur d'une tumeur gliale de haut grade.

Vu la localisation critique de la tumeur, toute tentative d'exérèse chirurgicale est impossible. La biopsie reste le seul moyen pour affirmer le diagnostic et choisir les traitements les plus adaptés: radiothérapie, chimiothérapie ou association des deux.

Discussion :

Un cas d'une association d'une ichtyose congénitale et d'un médulloblastome a été rapporté dans la littérature en 1977. L'association entre ichtyose congénitale et tumeurs malignes est donc très rare.

L' aciderétinoide semble cependant avoir une efficacité variable sur certains types de cancers à savoir le cancer de la prostate, le neuroblastome, et les tumeurs primaires des voies orales, du poumon et du sein.

Conclusion :

L'association entre les gliomes et icthyose congénitale n'est pas élucide

S'agit-il d'une association fortuite ? ou y-a-il un lien entre l'ichtyose congénitale et les tumeurs malignes ?

Les dermohypodermites bactériennes de l'enfant : une série hospitalière de 8 cas

HananRagragui Ouasmin[1]; Nada Tahri[1] ; Siham Dikhaye[1,2]; Nada Zizi[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 dermohypodermites bactériennes rassemblent un groupe d'affections hétérogènes intéressant à des degrés variables l'épiderme, le derme et l'hypoderme, dues essentiellement au streptocoque beta-hémolytique du groupe A. C'est une affection commune dont l'incidence estimée est de 10 à 100 cas pour 100 000 habitants par an. Elles surviennent rarement chez l'enfant et extrêmement rare chez le nourrisson. Le but de notre travail est de décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif des enfants suivis dans notre service pour une dermohypodermite bactérienne non nécrosante.

Matériels et méthodes :

Nous avons menés une étude rétrospective et descriptive, colligeant tous les cas de dermohypodermites bactériennes non nécrosante des enfants pris en charge dans notre service.

Résultats :

Nous avons colligés 8 patients avec une prédominance masculine et un sex ratio H/F de 1,3. L'âge moyen de nos patients était de 4,3 ± 4 ans. Aucun antécédent pathologique n'a été noté en dehors d'une dermatite atopique retrouvée chez un seul patient. La porte d'entrée était principalement une plaie chez 4 patients, suite à une piqure d'insecte chez 2 patients, une poussée de dermatite atopique chez un seul patient et suite à la manipulation des lésions d'impétigo chez un patient. Le délai moyen d'apparition de la symptomatologie clinique était de 2,5 ± 2 jours. Cliniquement, la symptomatologie s'est présentée par un placard érythémateux bien limité légèrement œdémateux, chaud et douloureux à la palpation, sans signes de gravité cutanées notamment pas de crépitations neigeuses, de foyer de nécrose ou de zone d'hypoesthésie. Le siège des lésions était principalement les membres inférieurs chez 7 patients et au niveau du membre supérieur chez une seule patiente. La symptomatologie évoluait dans un contexte de fièvre chez 4 patients. Sur le plan biologique, une hyperleucocytose à PNN a été notée chez tous les patients avec une valeur moyenne de CRP à 186 ± 96,3 mg/l.

Une antibiothérapie à base d'amoxicilline protégée (80mg/kg/j) a été administrée avec une amélioration clinique et biologique faite d'une régression de l'érythème et de l'œdème avec normalisation de la numération formule sanguine et de la CRP.

Le score de retentissement sur la famille était pathologique chez 5 cas.

Discussion :

Le diagnostic des dermohypodermites bactériennes est essentiellement clinique dont la survenue est favorisée par des facteurs généraux et locorégionaux avec une évolution généralement favorable sous antibiothérapie, bien que des complications locales ou des récidives puissent survenir. La localisation habituelle est au niveau des membres inférieurs dans 80% des cas ce qui rejoint les données retrouvées dans notre série. La porte d'entrée est inconstamment retrouvée. Le prélèvement bactériologique permet souvent d'identifier l'agent infectieux.
Le début de la symptomatologie est brutal avec altération de l'état général et souvent une fièvre à 39-40°C.
Peu de cas ou d'études sont rapportés dans la littérature pédiatrique.
Le traitement peut dans les formes non compliquées être réalisé de façon ambulatoire et fait appel à une antibiothérapie à base d'amoxicilline protégée à raison de 80 mg/kg/j.

Conclusion :

Notre série rapporte la rareté de cette affection chez les enfants et souligne l'importance d'une prise en charge thérapeutique rapide et efficace afin d'éviter les complications.

La leishmaniose cutanée infantile : Une nouvelle présentation clinico-dermoscopique

HananRagragui Ouasmin[1]; Imane Ouadi [1] ; Mounia Benkaraach[1] ; Nada Zizi[1,2]; Siham Dikhaye[1,2]

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

Introduction :

La leishmaniose cutanée est une infection parasitaire toujours endémique au Maroc. Son diagnostic repose sur des caractéristiques cliniques, étayées par des données épidémiologiques et des tests parasitologiques. La dermoscopie est un outil de diagnostic non invasif dont l'utilité est de plus en plus large en dermatologie notamment les infections.

Observation :

C'est un enfant de 9 ans, issue d'une ville non endémique de leishmaniose, consultait pour une lésion sous-palpébrale droite évoluant depuis 1 an. L'examen clinique trouvait une lésion nodulaire érythémateuse, faisant 4cm de diamètre, parsemée de multiples ulcérations punctiformes donnant issue à des grains blanchâtres et surmontée d'une croûte hémorragique. L'examen au dermoscope objectivait la présence d'un fond rouge, parsemé d'aires jaunâtres et de grains blanchâtres, avec de fines télangiectasies rappelant un aspect lupoïde. La biopsie cutanée àrévélé la présence d'un infiltrat inflammatoire tuberculoïde sans nécrose caséeuse avec de rares corps de Leishman et les filaments mycéliens n'étaient pas individualisées. Le frottis à la recherche des corps de Leishman était négatif. L'examen bactériologique et mycologique des grains était négatif et la culture était stérile. Le patient a bénéficié de 8 injections intralésionnelles du Glucantime sans amélioration, ensuite il a été mis sous Clarithromycine 15 mg/kg/j pendant 1 mois avec une nette amélioration clinique et affaissement de la lésion.

Discussion :

Il existe un grand polymorphisme clinique des leishmanioses cutanées. La dermoscopie est un outil très utile pour le diagnostic de plusieurs affections cutanées. Dans la leishmaniose cutanée, l'érythème généralisé, les larmes jaunes et les structures en étoile, ainsi que les vaisseaux linéaires irréguliers, en épingle à cheveux, en virgule et arborescents sont les caractéristiques dermoscopiques les plus fréquemment détectées.

La particularité de notre cas réside dans la présence de grains blanchâtres clinique et dermoscopique qui orientent vers le diagnostic d'un actinomycétome. L'étude histologique a permis de redresser le diagnostic d'une leishmaniose cutanée et le patient s'est bien amélioré sous Clarithromycine.

Conclusion :

Notre observation illustre le polymorphisme clinique et dermoscopique de la leishmaniose cutanée qui continue à poser un problème de santé publique dans le monde.

.

Malformations vasculaires labiales chez l'enfant : à propos de 6 cas

Z.Mouhsine 1, FZ Elfatoiki 1, F.Hali 1, Chbani 2 , S.Chiheb 1

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

2 Service de radiologie pédiatrique, hôpital d'enfant Harouchi, Casablanca, Maroc

Introduction :

Les malformations vasculaires (MFV) sont des anomalies du développement des vaisseaux pendant la vie intra-utérine. La classification de l'International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA) de 1996, actualisée en 2018, distingue les malformations vasculaires en MFV à haut débit, MFV à faible débit et MFV combinées. La localisation labiale reste rare

Objectif : Présenter notre expérience dans le diagnostic et la prise en charge des enfants souffrant de malformations vasculaires labiales.

Méthodes :

Étude prospective allant de mars 2021 à mars 2022, incluant tous les enfants se présentant à la consultation de dermatologie pédiatrique. Durant cette période six cas de malformations vasculaires labiales ont été colligés.

Résultats :

Il s'agit de 3 filles et 3 garçons avec un âge moyen de 6 ans. Le délai moyen avant diagnostic était de 8 mois. Pour le délai d'apparition, les lésions étaient présente dès la naissance dans 4 cas, et dans 2 cas suite un traumatisme. Sur le plan clinique, 4 enfants présentaient initialement une macule labiale rouge, chaude, pulsatile à la palpation, évoluant quelques mois plutard vers une déformation hypertrophique dans 3 cas, et une ulcération et des saignements spontanés avec hypertrichose localisée dans 1cas. Les deux enfants restant avaient une masse de colorations bleuâtre, compressible à la palpation, infiltrante, siégeant au niveau de la lèvre supérieure, qui augmentait progressivement de taille, responsable non seulement de séquelles esthétiques mais également de séquelles fonctionnelles majeures. Le diagnostic est dans la majorité des cas, obtenu par l'anamnèse et un examen clinique minutieux, néanmoins les examens complémentaires biologiques et d'imagerie non invasive (écho-Doppler, Angio-IRM, Scanner) ont été demandé place devant toute ambiguïté clinique et avant toute prise en charge. Les résultats étaient 2 cas de malformations veineuses, et 4 cas malformations artério-veineuses. Pour la prise en charge thérapeutique, quatre cas ont été traité par embolisation, un cas par sérothérapie, et un cas une abstention thérapeutique avec surveillance a était préconisé.

Discussion :

Les malformations vasculaires sont des pathologies de fréquence et de gravité variable. La localisation labiale reste exceptionnelle. La plupart d'entre elles sont sporadiques, mais certaines sont transmises génétiquement. Elles peuvent

intéresser chacun des vaisseaux de manière isolée ou combinée. Elles sont présentes dès la naissance ou déclencher par une infection, traumatisme, ou lors de la puberté, et persistent à vie. Le diagnostic est le plus souvent clinique et l'anamnèse sera menée afin de répondre à trois interrogations qui sont le moment d'apparition de la lésion, son aspect, et l'histoire de son évolution. Les examens complémentaires sont rarement nécessaires initialement mais une imagerie telle que l'échographie Doppler, voir une Angio-IRM peuvent se révéler utile s'il existe un doute diagnostic.

La prise en charge est multidisciplinaire, et est adapté à chaque type. L'abstention thérapeutique doit faire partie des propositions dans quelques cas. La chirurgie doit toujours être mûrement réfléchie car ses conséquences peuvent être désastreuses. La décision thérapeutique est toujours difficile à prendre.

Peut-on améliorer le pronostic et la qualité de vie des malades atteints d'une malformation vasculaire labiale ?

Hamartome épidermique kératinocytaire segmentaire kératose séborrhéique like : à propos d'un cas

I.Bejja, M. Soughi, H. El abbade, Z. Douhi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ Mernissi
Service de dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

Le nævus épidermique kératinocytaire est le reflet d'un mosaicisme génétique résultant d'une mutation post-zygotique pouvant s'exprimer depuis la naissance et parfois apparaitre à l'âge adulte, suivant les lignes de Blaschko (1).
Cette distribution lésionnelle a été aussi décrite dans les kératoses séborrhéiques. Nous rapportons un cas de nævus épidermique kératinocytaire segmentaire mimant une kératose séborrhéique.

Observation :

Il s'agissait d'une fille de 12 ans sans antécédents particuliers, qui consultait dans notre formation pour prise en charge de lésions hyperpigmentées en relief asymptomatiques à disposition périorbitaire droite et dont la plus volumineuse évoluait depuis sa naissance augmentant progressivement de taille. Les autres lésions se sont apparues depuis l'âge de 7ans.

L'examen dermatologique révélait la présence d'une plaque brun foncé à base légèrement infiltrée, bien limitée, de contours réguliers, de forme grossièrement arrondie faisant 1.5cm de grand diamètre, à surface verruqueuse et à centre mamelonné siégeant au niveau de la paupière inférieure droite. Les autres lésions sont des plaques infracentimétriques partageant les mêmes caractéristiques que celle sus-décrite et se disposant selon un trajet segmentaire.

L'examen au dermoscope à la lumière non polarisée a montré un patron de kératose séborrhéique like fait de pseudo-kystes et de pseudo-comédons, de fissures et d'un aspect cérébriforme like.

Une biopsie cutanée a été faite objectivant une hyperkératose orthokératosique au-dessus d'un revêtement épidermique hyperacanthosique réalisant une papillomatose large avec des invaginations intraépidermiques comblées de la kératine formant des pseudoglobes cornés associées à une hyperpigmentation basale focale.

Le diagnostic d'un nævus épidermique kératinocytaire segmentaire mimant une kératose séborrhéique a été retenu et la patiente est candidate à un traitement à base de laser ablatif.

Discussion :

Le nævus épidermique kératinocytaire segmentaire kératose séborrhéique like a été rarement décrit. Son individualisation de la kératose séborrhéique cliniquement et histologiquement reste difficile notamment lorsqu'il s'agit de kératoses séborrhéiques segmentaires multiples, mais l'évolution et la date d'apparition de lésions en constituent l'élément le plus orienteur (2), comme c'est le cas chez notre patiente.

Selon les auteurs, la kératose séborrhéique segmentaire peut être une variante de nævus épidermique kératinocytaire qui se développe après la naissance selon les lignes de Blascko puisqu'ils semblent partager les mêmes mutations génétiques, en particulier de FGFR3 et PIK3CA (3).

Conclusion :

Le naevus épidermique kératinocytaire kératose séborrhéique-like est une entité rarement décrite. Sa reconnaissance est aussi d'un grand intérêt dans le choix thérapeutique permettant de remplacer la chirurgie par un traitement au laser.

Epidermophyties du nouveau né: A propos d'un cas

S .Hazmiri , Z .Mernissi , M .Aboudourib , W .Hocar , S .Amal

Service de Dermatologie Vénérologie CHU Mohamed VI Marrakech

Introduction

Les dermatophytoses sont des mycoses: infections de la peau ou des phanères dues à des champignons microscopiques filamenteux. Les dermatophytes appartiennent à 3 genres,Trichophyton ,Microsporum et Epidermophyton . La dermatophytie circinée, autrefois appelée herpès circiné, s'observe aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant et rare chez le nouveau né. Nous rapportons le cas d'épidermophytie chez un nouveau né à J1 de vie .

Observation

Nouveau Né de sexe masculin , fils de K.I. , avait présenté des lésions diffuses circinées du visage et du cou à H4 de vie . Concernant la grossesse ,l'anamnèse infectieuse était positive et avait révélé une mycose des grands plis et des leucorrhées fétides au troisième trimestre non traitées chez la mère. Le diagnostic d'épidermophytie a été retenu , à transmission directe par le passage du nouveau né par la filière génitale infectée de la **maman .**

Discussion

Les dermatophytoses du nouveau né sont des affections rares . Elles sont le plus souvent dues à des dermatophytes anthropophiles plus que zoophiles .La contamination peut se faire par contact direct ou indirect. Les lésions réalisent des placards arrondis ou polycycliques (coalescents). L'atteinte est unique ou multiple : avec une bordure très évocatrice érythémato-vésiculo-squameuse ; concernant les régions découvertes surtout ; avec un prurit parfois intense ; d'évolution centrifuge avec guérison centrale .Le diagnostic biologique repose sur un prélèvement de

qualité, en zone active des lésions (en périphérie), à distance de toute thérapeutique locale ou générale . La mise en culture des prélèvements est réalisée sur des géloses de Sabouraud . Concernant le diagnostic différentiel , des lésions annulaires ne sont pas synonymes de dermatophytoses, il faut éliminer : une dermatite atopique , un eczéma nummulaire ,un psoriasis annulaire ,un pityriasis rosé de Gibert , un lupus érythémateux. La controverse demeure quant à savoir le choix des antifongiques topiques ou systémiques.

Conclusion

Les dermatophytes sont des champignons filamenteux microscopiques bien adaptés à la kératine humaine et animale. Les lésions qu'ils provoquent sont en général bénignes mais elles évoluent sur un mode chronique et volontiers récidivant, simulant d'autres affections dermatologiques.L'identification du dermatophyte responsable est obligatoire avant de débuter un traitement spécifique, particulièrement dans les formes cutanées étendues, les teignes et les atteintes unguéales. La prévention, facilitée par la connaissance du champignon repose sur la maîtrise (dépistage, traitement) de la source de la contamination.

Blueberry muffin baby

R.KAOUA, O.KHADIRI, M.ABOUDOURIB, S.AMAL, O.HOCAR

Service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire Bioscience et santé, FMPM universitéCaddiAyyad, Marrakech

Introduction

Blueberry Muffin Baby est un syndrome cutané rare, observé en période néonatale qui se traduit par des papulo-nodules disséminés inflammatoires rouge-violacées ou bleu-gris rappelant (muffin aux myrtilles) l'aspect traduisant des réactions d'hématopoïèse extra médullaire dermique. Plusieurs causes doivent être recherchées, notamment les infections congénitales, les maladies hémolytiques néonatales et les pathologies tumorales.

Nous rapportons l'observation d'un nouveau-né chez qui a présenté un Blueberry muffin baby.

Observation

Nouveau-né de sexe masculin, issu d'un mariage non apparenté, et d'une grossesse menée à terme mal suivie, sérologies TORCH jamais faite, avec une anamnèse infectieuse positive, l'accouchement était par voie basse avec liquide amniotique teinté + rupture prématurée des membranes >12H (20h). le Score d'Apgar était a 2/10 la 1ère minute a 8/10 à 10min ; Il est admis en réanimation néonatale pour prise en charge d'une détresse respiratoire associée à une éruption cutanée généralisée.

L'examen clinique a l'admission a objectivé plusieurs lésions maculo papuleuses et nodulaires bleu-grises de taille variables, diffuses (visage, tronc, dos et membres) réalisant un tableau de Blueberry muffin baby, avec cyanose des extrémités et une détresse respiratoire avec un score de silverman a 5/10 sans râles pulmonaires a l'auscultation et test d'hyperoxie négatif .

Au bilan biologique : thrombopénie a 28000, leuco neutropénie (GB : 8630/ PNN : 1970) CRP non faite bilan réalisée <12h et anémie a 11,6 g/dl, TP a 5,9%.

Et le diagnostic de détresse respiratoire sur infection néonatale précoce a localisation pulmonaire été retenu et une bi-antibiothérapie (amox+genta) fut démarrée.

Le nouveau-né est décédé à h8 de sa naissance ; Le myélogramme ainsi que le reste du bilan étiologique ont été prévus, mais n'ont pu être réalisés.

Discussion

Le syndrome Blueberry Muffin Baby désigne des papulo-nodules disséminés, chez des nouveaux nés caractérisés par des éléments allant du rouge vif et violet au bleu gris. Il s'agit d'une éruption souvent généralisée prédominant au niveau de la tête, du cou et du tronc, mesurant environ 2 à 8 mm de diamètre. Ces lésions disparaissent généralement au bout de 3 à 6 semaines après la naissance en prenant progressivement une coloration brunâtre. Le diagnostic était aisé chez notre patient.

Ce syndrome représente une expression post-natale de l'hématopoïèse dermique qui peut persister après la naissance si le stress érythropoïétique est sévère ou bien il peut correspondre à une infiltration néoplasique.

En période néonatale, l'hématopoïèse dermique est liée aux infections congénitales telles que la toxoplasmose, la rubéole, le cytomégalovirus, le virus coxackie B2 et le parvovirus B19, (le CMV étant le plus fréquemment incriminé) ou bien à une hémolyse sévère en rapport avec une incompatibilité rhésus ou une incompatibilité dans le système ABO, la sphérocytose héréditaire, ou bien le syndrome transfuseur-transfusé chez les jumeaux. Parmi les affections malignes associées à un Blueberry muffin syndrome, le neuroblastome est l'affection la plus fréquente, alors que le rhabdomyosarcome, l'histiocytose et la leucémie congénitale ou néonatale sont très rares.

Le diagnostic du Blueberry Muffin syndrome a été aisé chez notre patient qui présentait des lésions cutanées typiques. Mais le diagnostic étiologique n'a pas été mené à bout vu le décès du nouveau-né a h8 de vie.

Le BBM syndrome correspond à l'expression cutanée post-natale dès l'hématopoïèse fœtale prolongée, en rapport avec des infections congénitales ou des maladies hémolytiques, ou bien des métastases de neuroblastome, de rhabdomyosarcome, voire une histiocytose langerhancienne disséminée ou encore une leucémie congénitale malgré sa rareté à chez les nouveaux nés.

Les diagnostics différentiels comportent les lésions vasculaires congénitales (hémangiomatose néonatale miliaire, bluerubberblebnevus syndrome, glomangiomatose, lymphangio-endothéliomatose multifocale).

Une éruption lichénoïde chez l'enfant : penser à la collagénose perforante réactionnelle

H Hamraoui, H Baybay, Z Douhi, M soughi ,SElloudi, FZ Mernissi

Service de Dermatologie - CHU Hassan II de Fès

Introduction :

Le groupe des dermatoses comporte 4 entités : l'élastome perforant serpigineux , la collagénose perforante réactionnelle (CPR), la folliculite perforante et la maladie de kyrle . la CPR est due à une élimination Trans épidermique d'un matériel dermique comportant des fibres de collagène en rapport avec des traumatismes superficiels. On distingue **2 types** :une forme héréditaire rare débute tôt dans l'enfance , une forme dite acquise plus fréquente apparait à l'âge adulte et s'associé à d'autres affection tel que diabète ,l' insuffisance rénale , les tumeurs solides, les lymphome , le SIDA

Observation :

Enfant de 12 ans sans antécédents pathologiques notables qui a présenté depuis l'âge de 4 ans des papules érythémato -grisâtres à surface crouteuses par endroit et blanchâtres par d'autres siégeant au niveau des faces d'extension des membres supérieur et inferieurs en particulier le dos des mains et les pieds , **l'examen dermoscopique** a montré motif concentrique à trois zones avec bouchon kératosique central, signe de col blanc, une **biopsie** est faite misant en évidence un épithélium malpighien atrophique au centre surmonté d'une discrète ortho kératose en regard duquel on note la présence au niveau du derme des invaginations kystiques bordées d'un épithélium malpighien et contenant des lamelles de kératines et de fibres de collagène mises en évidence par la coloration spéciale trichrome de Masson. Ces formations sont entourées par une discrète infiltration inflammatoire mononuclée. Les structures annexielles visibles ne présentent pas d'anomalies histologiques concluant à une collagénose perforante réactionnelle, **un bilan minimale** fait de : glycémie à jeun , fonction rénale , NFS sans anomalies .le diagnostic de collagénose perforante héréditaire à été retenu mise sous kératolytiques avec léger amélioration

Discussion :

La collagénose perforante réactionnelle fait partie du spectre hétérogène des dermatoses perforantes, caractérisées par une éruption papulo-nodulaire avec élimination Trans épidermique de composants du derme . On reconnaît dans ce groupe quatre entités : **l'élastome serpigineux perforant**, **la folliculite perforante**, **la collagénose perforante réactionnelle et la maladie de Kyrle** . Ces dermatoses ont chacune des caractéristiques cliniques et histologiques propres. Cependant, ces caractéristiques peuvent parfois coexister

chez un même patient, ce qui a fait suggérer à certains l'existence de mécanismes communs dans la genèse des lésions, expliquant le chevauchement possible des tableaux anatomocliniques .Chez notre patiente, le diagnostic différentiel des autres dermatoses perforantes ne posait pas de difficultés majeures. L'élastome serpigineux perforant se manifeste cliniquement par une éruption de papules érythémateuses à centre squamo-crouteux disposées de façon annulaire ou linéaire, préférentiellement au cou ou à la nuque . Histologiquement, on constate une hyperplasie pseudoépithéliomateuse creusée d'un canal au travers duquel sont éliminées des fibres élastiques clairement identifiables par la coloration à l'orcéine et sans calcification ; le derme comporte une réaction inflammatoire de type gigantocellulaire à corps étrangers . Chez notre patiente, l'absence de disposition annulaire ou circonvoluée des éléments papuleux n'évoquait pas ce diagnostic ; l'image histologique l'écartait définitivement puisqu'elle ne comportait aucun signe d'atteinte des fibres élastiques

La pathogénie de la CPR demeure inconnue . Les traumatismes mineurs superficiels, dont le grattage fait partie, sont incriminés . Des cas de CPR post scabieuse , post herpétique et post zostérienne ont ainsi été rapportés, denombreux traitements ont été essayés sans grand succès :corticoïdes en topique et systémiques, vitamine A, kératolytiques, etc. La trétinoïne 0,1 % ainsi que la photothérapie ont a montré une certaine efficacité .

Conclusion:La collagénose perforante réactionnelle est une pathologie rare ayant une évolution récurrente , nécessitant une prise en charge interprofessionnelle ainsi que l'éducation et le suivi du patient d'autres études sur les caractéristiques cliniques et histologiques de la CPR sont nécessaires pour éclairer l'étiopathogénie de cette affection car la littérature actuelle reste pauvre et se concentre sur des rapports de cas ou de petites séries de cas

Des orteils noirs chez un nourrisson : pensez au kawasaki like syndrome.

G.Sqalli,Z.Douhi,K.Mejjati,H.Baybay,S.Eloudi,FZ.Mernissi

Service de dermatologie CHU HASSAN II Fes

Introduction

La pandémie du coronavirus n'a épargné aucune tranche d'âge à savoir la population pédiatrique. Toutefois, les manifestations cliniques et dermatologiques différent de celle de

l'adulte. Il a été décrit des lésions type pernio-like, érythème polymorphe, urticaire et le syndrome inflammatoire multi systémique de l'enfant (syndrome de kawasaki like). Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 6mois présentant une nécrose des extrémités dont la PCR SARS COV était positive.

Observation

Nourrisson de 6mois, sans antécédents admis aux urgences pour prise en charge d'une éruption cutanée

eczématiforme prurigineuse évoluant depuis 1 semaine. L'examen retrouve un nourrisson fébrile à 38.5, tonique et conscient. Sur le plan cutané : présence d'un rash maculo papuleux et vésiculeux au niveau de joues, tronc et cuisses avec une nécrose des orteils bilatérales. Les pouls distaux étaient présents et symétriques. Une injection intra musculaire par cephalosporine 3 ème génération a été instaurée puis des examens biologiques ont été demandés : ponction lombaire et numération sanguine normale, taux de plaquettes et bilan d'hémostase correcte, DDimere 2231 et CRP à30mg/dl. Une PCR SARS COV était positif pour le nourisson et sa maman. L'Angioscanner a objectivé un foyer de condensation parenchymateux pulmonaire lobaire supérieur droit d'allure infectieux avec une atteinte estimée à 10% et une bonne opacification des artères des deux membres inférieurs. Le nourisson fut mis sous lovenox 1mg/kg/jr et aspirine à raison de 5mg/kg/jr. L'évolution était favorable avec la régression de l'éruption cutanée et de la fièvre et l'absence d'extension de la nécrose distale.

Discussion

Plusieurs manifestations dermatologiques du covid ont été décrite chez les enfants dont le syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique ayant un lien temporel avec le covid ou le kawasaki like syndrome.(1) Ce syndrome diffère da la classique vascularite par certains critères : la survenue entre 6 et 10 ans , une incidence plus élevée des signes gastro intestinaux mais aussi la présence de l'atteinte cardiaque et sur le plan biologique une leuco lymphopénie avec thrombopénie et ferritine augmentée. Cependant les deux syndromes partagent en commun la présence d'une fièvre sur plus de 5 jours et un rash polymorphe(2). La particularité de notre patient réside en premier en son âge puisqu'il s'agit d'un nourrisson de 6 mois mais aussi la présence d'une nécrose distale qui n'a jamais été décrite jusque-là chez des nourrissons positifs au covid19 même si des lésions ischémiques acrales ont été notées à type de macules et plaques purpuriques ou des lésions à type de pseudo engelure mais il s'agissait généralement d'enfant de plus de 3 ans. Par ailleurs, l'absence de

desquamation cutanée, d'atteinte conjonctivale et l'artériographie normale font que dans ce cas le syndrome kawasaki like est incomplet et atypique. L'explication de sa survenue reste toujours un sujet de débat, toutefois il s'emblerait qu'il y'ai une augmentation de l' INFy et de l' IL1. La prise en charge consiste en général en l'administration d'IgIV ou de bolus de methylprednisone associé à l'aspirine.

Conclusion

Le kawasaki like syndrome est une des manifestations grave du SARS-COV décrite chez les enfants. Il s'agit d'une atteinte inflammatoire multisystémique affectant la peau et les vaisseaux. La présence d'une nécrose des extrémités chez un petit nourrisson COVID positif doit nous pousser à évoquer ce syndrome.

Références

1 pédiatrie, Société canadienne de. Le syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant ayant un lien temporel avec la COVID-19 (mise à jour du printemps 2021) | Société canadienne de pédiatrie. https://cps.ca/fr/documents//position//SIME/. Consulté le 24 mai 2022.

2Andina, D., et al. « Skin Manifestations of COVID-19 in Children: Part 2 ». Clinical and Experimental Dermatology, vol. 46, no 3, avril 2021, p. 45161. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1111/ced.14482.

Challenge diagnostique de la Périartérite noueuse cutanée pure

S.BOUGHALEB ; H.BAYBAY ; K.MEJJATI ; M.GUECHCHATI ; Z.DOUHI ; M.SOUGHI ; S.ELLOUDI ; FZ.MERNISSI

Service de DERMATOLOGIE, CHU HASSAN II, Fès – MAROC

INTRODUCTION

La périartérite noueuse (PAN) est une vascularite nécrosante des artères de moyen calibre dont la gravité tient des atteintes viscérales. Sa forme cutanée pure (PANc), peu évoquée, évolue par poussées et rémissions et entrave la qualité de vie. Nous rapportons les cas de deux patientes pour qui le diagnostic de PANc a vu alléger les maux après une longue errance.

OBSERVATIONS

PATIENTE 1 âgée de54 ans diabétique, hypertendue, ayant deux antécédents de fausses couches, consulte pour une atteinte péri-malléolaire bilatérale faite de nodules sous cutanés échelonnés avec un livédo ramifié, centrés d'ulcérations nécrotiques et plaques scléro atrophiques, et des fourmillements locaux, évoluant depuis six mois par poussées. Le bilan inflammatoire était perturbé. Les sérologies hépatitiques et les ANCA étaient négatifs. L'électromyogramme confirmait la mono neuropathie. L'histologie objectivait une nécrose fibrinoïde des artères dermiques et un infiltrat neutrophilique à noyaux pycnotiques. Aucune atteinte viscérale n'avait été retrouvée. La patiente s'est améliorée sous corticothérapie orale associée à l'Imurel et aux anti agrégants plaquettaires, après échec de la colchicine seule.

PATIENTE 2 âgée de66 ans, ayant un kyste épidermoïde cérébelleux, une hépatopathie virale B chronique, et opérée pour un abcès du sein, consulte pour des ulcérations reposant sur un placard livédoïde infiltré péri-malléolaire droit, associé à des fourmillements en regard, évoluant depuis quatre mois. L'examen ne trouvait pas de nodules sous cutanés. Les études bactériologique et mycologique négatives écartaient une cause infectieuse. Le bilan inflammatoire était perturbé et les ANCA négatifs. L'histologie initiale montrait un infiltrat neutrophilique évoquant un Pyodermagangrenosum, et la seconde biopsie dévoilait une atteinte artérielle avec nécrose fibrinoïde et neutrophiles à noyau pycnotique. Aucune atteinte viscérale n'avait été retrouvée. L'évolution était satisfaisante sous 1mg/J de Colchicine seule.

DISCUSSION

La PANc atteint les femmes à partir de la cinquième décennie. L'infection au Streptocoque B hémolytique du groupe A est incriminée dans la population pédiatrique. L'infection par hépatite B est moins fréquemment associée que dans la forme classique. D'autres anticorps contre le complexe phosphatidylsérine/prothrombine et l'anticoagulant circulant lupique ont aussi été identifiés (1).

Le diagnostic est évoqué devant l'atteinte cutanée et l'histologie identiques à celles de la PAN classique. Il ne peut être retenu qu'après avoir exclu toute atteinte rénale, cardiaque, cérébrale, pulmonaire, une neuropathie ou des myalgies en dehors du territoire cutané atteint, ou des anomalies artériographiques (2).

Le traitement comprend la colchicine, les anti inflammatoires non stéroïdiens et les dermocorticoïdes. Les formes sévères justifient le recours à une corticothérapie à laquelle un immunosupresseur comme l'azathioprine, le cyclophosphamide ou le méthotrexate peut être associé.

Le diagnostic de PANc chez nos patientes a ainsi permis de mettre fin à une errance et d'initier un traitement adéquat. Toutefois, l'évolution systémique serait-elle à redouter ?

CONCLUSION

Le diagnostic de PANc pure repose sur l'histologie cutanée et la recherche d'atteinte systémique. Le traitement fait appel à la corticothérapie et autres immunomodulateurs et immunosuppresseurs. L'utilisation des anti inflammatoires, anticoagulants et anti agrégants plaquettaires a également été rapportée (3).

Un cas pédiatrique de lichen Pigmentogène résistant traité par colchicine

Z.Mehsas, S.Sektaoui, C.Aïtkhabba, 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 lichen plan pigmentogène (LPP) est une variante rare de lichen plan. Cette dermatose a été rarement décrite chez l'enfant. Nous rapportons un cas de Lichen pigmentogène étendu chez un enfant répondant à la colchicine après échec des autres options thérapeutiques .

Observation

Il s'agit d'un enfant de 9ans ,sans antécédents personnels ou familiaux , qui présentait depuis 1 an une éruption maculeuse hyperpigmentée non prurigineuse apparue initialement au niveau du tronc puis s'étendant aux membres et cou , épargnant le visage et sans atteinte des muqueuses et des phanères.

Le bilan biologique était normal. L'étude histologique était compatible avec un lichen pigmentaire montrant un infiltrat inflammatoire lichénoïde avec une vacuolisation de la membrane basale et une incontinence pigmentaire.

Vu l'étendu de l'éruption, l'enfant a été mis initialement sous Acide Tranexamique par voie orale à raison de 250mg/jr pendant 6 mois sans amélioration puis la corticothérapie orale en mini pulse 20mg/semaine pendant 6 mois Devant la persistance des lésions cutanées et la gêne esthétique engendrée ; la décision était de mettre le patient sous colchicine 0,5mg /jr pdt 1an avec une protection solaire.

L'évolution fut marquée par l'arrêt de l'extension de l'éruption et la diminution de l'hyperpigmentation. le recul est de 6 mois .Aucun effet indésirable n'a été noté.

Discussion :

Le lichen pigmentaire est une variété rare du lichen plan. Sa survenue chez l'enfant est exceptionnelle. il touche classiquement la femme de la 3ème et 4ème décennie au niveau du visage, du cou et des régions photo exposées , des cas de lichen plan pigmentaire inverséont été décrits . Les régions palmo-plantaires, les muqueuses et les ongles sont respectées comme était le cas chez notre patient.

Le caractère diffus et généralisé est atypique et peut faire errer le diagnostic. Plusieurs diagnostics différentiels sont à éliminer notamment la toxidermie lichénoïde qui prête à confusion avec le lichen même sur le plan histologique.

Peu de traitements se sont avérés efficaces sur le lichen pigmentaire. La protection solaire doit toujours être préconisée. Les dermocorticoïdes et/ou la corticothérapie générale restent le traitement le plus utilisé, l'acitrétine est une option thérapeutique . Al Mutairi a rapporté l'efficacité du tacrolimus topique à0,1% appliqué sur une durée de 12 à16 semaines. Notre patient a bien évolué sous colchicine après échec des autres moyens thérapeutiques .

Conclusion

Le lichen pigmentaire généralisé et diffus est exceptionnelle chez l'enfant. Cette variante doit être évoqué et confirmé par une histologie cutanée.

Le traitement par colchicine constitue une bonne option thérapeutique, mais pour confirmer cela la collecte d'autres cas doit être poursuivie.

Erysipèle récidivant chez une enfant atteinte de la maladie de Milroy

Lahrougui A, Ammaoune F, Aboudourib M, Amal S, Hocar O

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc

Laboratoire bioscience et santé

Introduction

Les lymphœdèmes qu'ils soient primaires ou secondaires constituent l'une des causes les plus fréquentes de récidive d'érysipèle.

Chez l'enfant, les lymphœdèmes primaires sont les plus fréquents, souvent sporadiques et plus rarement génétiques et familiaux comme la maladie de Milroy.

Nous rapportons un cas de maladie de Milroy chez une fillette de 7 ans suivie pour récurrence d'érysipèle.

Observation

Patiente de 7 ans, issus d'un mariage non consanguin, suivie pour maladie de Milroy devant un lymphœdème congénitale primaire, ascite, microphtalmie, cataracte droite, hospitalisée pour récidive d'érysipèle.

L'examen des membres inférieurs notait une jambe droite tuméfiée boudinée rouge, chaude et douloureuse, de même longueur que la jambe controlatérale, avec une limitation de la flexion dorsale, rotation interne et externe du pied; la force musculaire était normale, la marche est possible.

Le creux poplité droit et le dos du pied droit avait un aspect lichenifié surmontée de lésions verriqueuses et vésiculeuses, dont l'histologie était en faveur de lymphangectasies cutanées.

Un scanner orbito-cérébral a objectivé la présence d'une cataracte gauche, la TDM et l'IRM abdominale ont objectivé la présence d'une ascite pariétocoliques et du douglas, échocardiographie bidimensionnelle était normale.

En vue de la récidive de l'érysipèle, la patiente a été mise sous antibioprophylaxie à base d'Oracilline, ainsi que par des compressions et drainage lymphatique.

Discussion

La maladie de Milroyest une maladie héréditaire autosomique dominante par mutation du gène VEGFR3, rare avec une incidence estimée à 1cas/100000 naissances, à prédilection féminine.

Le diagnostic est avant tout clinique.

Dans les formes primaires des membres inférieurs, la réalisation d'un scanner abdomino-pelvien ou d'une échographie est nécessaire pour éliminer un syndrome

compressif. L'écho-Doppler est systématique malgré que les anomalies veineuses soient exceptionnelles.

Le recours à Lymphoscintigraphie reste incontournable dans certains cas, notamment chez le nourrisson quand le pied est d'aspect potelé, et, chez l'adolescente afin de distinguer le lymphœdème du lipœdème.

Le traitement est symptomatique visant à améliorer la qualité de vie des patients en réduisant le plus possible le volume du lymphœdème et en empêchant son aggravation avec la croissance tout en évitant les complications.

Le traitement repose sur les bandages multicouches peu élastiques quotidiens associés à des drainages lymphatiques manuels et sur les compressions élastiques (bas, mi-bas) journalières et nocturnes à fréquence inférieure.

On y associe des soins cutanés pour prévenir les infections, ainsi qu'une antibioprophylaxie prolongée par pénicilline V en cas d'érysipèle récidivant.

Conclusion

La maladie de Milroy est souvent méconnue des praticiens, son diagnostic positif repose sur des investigations onéreuses, expliquant le retard de prise en charge.

Granulome annulaire profond pédiatrique : série de cas

S. IBZER, M.SIDKI, M. ABOUDOURIB, S. AMAL, O. HOCAR

Service de Dermatologie Vénérologie, 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 d'origine inconnue. La forme profonde en est une variété peu fréquente affectant souvent la population pédiatrique. Nous rapportons une série de 3 cas de granulomes annulaires profonds

multiples. Le but de ce travail est d'exposer les différentes caractéristiques cliniques et évolutives de cette entité bénigne souvent méconnue.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective descriptive portant sur les registres de consultation de dermatologie pédiatrique.

Résultats

Nous avons colligé 3 cas de granulomes annulaires profonds. L'âge moyen au diagnostic était 3 ans (19mois-4ans), l'âge d'apparition des lésions était précoce dans un cas (16 mois) et vers l'âge de 3 ans pour les 2 autres. L'examen clinique avait noté chez tous les patients un état général conservé avec des lésions nodulaires sous cutanées dures et fixes, indolores à la palpation, mesurant entre 1 et 1,5 cm, arrangées de façon linéaire et semi-circulaire. Le siège des lésions était le tronc et les extrémités dans 2 cas, tandis qu'un enfant présentait des lésions isolées du scalp qui représente une localisation rare de cette entité. La biopsie cutanée était réalisée chez tous les malades et avait objectivé une altération du tissu conjonctif avec présence de granulome palissadique en faveur du diagnostic de granulome annulaire profond. Aucun des patients n'avait des maladies associées notamment le diabète. La prise en charge avait consisté en une abstention thérapeutique avec surveillance. La régression spontanée des lésions était notée dans tous les cas à partir du 2ème mois de suivi. Aucune récidive n'a été observée.

Discussion

Le granulome annulaire profond est une affection granulomateuse qui touche presque exclusivement les enfants entre 2 et 6 ans. Il se présente sous forme de nodules cutanés fermes insensibles 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. La pathogénie est inconnue. La biopsie cutanée confirme le diagnostic notamment en absence de lésions de granulome annulaire superficiel associées. L'étude anatomopathologique révèle une zone centrale de nécrobiose entourée d'un granulome à disposition palissadique. L'évolution se fait vers la régression spontanée sur plusieurs mois ou 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%.

Le prurit : Qualité de vie et trouble du sommeil
Une étude analytique et comparative entre le psoriasis et le prurit chronique idiopathique

HananRagragui Ouasmin[1] ; Nassiba Zerrouki[1] ; Siham Dikhaye[1,2] ; Nada Zizi[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 est une affection chronique courante qui touche jusqu'à 25 % de la population au cours de leur vie. Il représente un symptôme important parfois invalident au cours de nombreuses dermatoses avec un impact sur de la qualité de vie et du sommeil des patients. Notre étude vise à étudier et à comparer l'impact du prurit sur la qualité de vie et du sommeil des patients suivis dans notre service pour un psoriasis et un prurit chronique idiopathique.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude descriptive et analytique. Un questionnaire anonyme a été partagé avec des patients suivi dans notre service pour un psoriasis et un prurit chronique idiopathique afin d'évaluer le retentissement sur leur qualité de vie et du sommeil à travers le score de la qualité de vie DLQI (Dermatology Life Quality Index).

L'étude de corrélation était réalisée à l'aide du test de spearman. Le test de chi2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives. Le test t de student ou le test de Mann-whitney ont été utilisé pour comparer les variables quantitatives. Une valeur de $p<0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Résultats :

Nous avons colligé 304 patients dont 152 avaient un psoriasis et 152 avaient un prurit chronique idiopathique.
L'analyse des données des patients souffrants de psoriasis a montré une nette prédominance féminine avec un sex-ratio Femme/Homme à 1.2 et un âge moyen de nos patients de 43,7 ± 18 ans. Le délai médian d'évolution du psoriasis était de 5 ans [3 ; 14].
Une forme étendue de psoriasis a été retrouvée chez 38,15% des patients selon le score PASI. Le prurit a été rapporté par 56,57 % des patients.
Pour évaluer l'impact du prurit sur la qualité de vie et du sommeil des patients ; 17,10% rapportaient une altération importante sur leur qualité de vie, tandis que 7,23% rapportaient une altération extrêmement importante avec un trouble de sommeil retrouvé chez 46,71% des patients.
Il existe une corrélation positive, très forte statistiquement significative ente le DLQI et le PASI ($r = 0,826$; $p<0,001$). Il existe une corrélation positive, statistiquement significative ente le délai d'évolution et le DLQI ($r = 0,2$; $p = 0,013$).
Il existe une différence statistiquement significative de la médiane du DLQI ente le groupe qualité de sommeil altérée et le groupe qualité de sommeil non altérée (test de Mann-Whitney ; $p<0,001$).
La présence du prurit altère significativement la qualité de vie des patients psoriasiques (test de Mann-Whitney ; $p=0,027$).
Soixante cinq pourcent des patients rapportant un prurit présentent un trouble de sommeil alors que seulement 25% des patients ne présentant pas un prurit ont un trouble de sommeil. Cette différence est statistiquement significative (tes de chi2 ; $p<0,001$)
Dans le groupe des patients suivis pour un prurit chronique idiopathique, une nette prédominance féminine a été retrouvée avec un sex-ratio Femme/Homme à 1.3 et un âge moyen de nos patients de 55,9 ± 17,5 ans. Le délai médian d'évolution du prurit chronique idiopathique était de 6,99 ans [1,5 ; 10].
L'évaluation de l'intensité de prurit a révélée une sensation de prurit invalidante chez 64% des patients. Le retentissement du prurit sur la qualité de vie et du sommeil des patients a objectivé une altération importante chez 48,68 % des patients, alors que 5,92% rapportaient une altération extrêmement importante avec un trouble de sommeil mentionné par 66,1% des patients.

La qualité de vie de nos patient est significativement altérée dans le groupe présentant une altération de la qualité de sommeil (test t de Student ; p<0,001).
L'étude de corrélation a révélé une association moyenne positive entre le DLQI et le délai d'évolution (test de Spearman r = 0,433 ; p<0,001).
L'étude comparative des 2 groupes concernant l'altération de la qualité du sommeil a conclu à une fréquence plus élevée et statiquement significative dans le groupe prurit chronique idiopathique par rapport au groupe psoriasis (test chi2 ; p=0,001)
La qualité de vie dans le groupe prurit chronique idiopathique est significativement plus altérée par rapport au groupe psoriasis (test Mann-Whitney ; p<0,001)

Discussion :

Il a été démontré à travers plusieurs études que le prurit a un impact significatif sur la qualité de vie des patients avec un risque important de développer des symptômes dépressifs et des idées suicidaires. En effet, il a été constaté également que l'impact du prurit chronique sur la qualité de vie n'est pas significativement différent de l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie.
L'altération de la qualité de vie au cours du psoriasis ne se limite pas à une atteinte de l'image corporelle ; le prurit est aussi un des facteurs qui altère gravement la qualité de vie des patients.
D'après une étude de Yosipovitch et al, Chez les patients atteints de psoriasis touchant plus de 30 % de la surface corporelle, 80 % éprouvent des démangeaisons.
Les patients souffrant de psoriasis présentent fréquemment des symptômes cutanés sensoriels, des troubles du sommeil, une diminution de la qualité de vie et une détresse psychologique. Jusqu'à 57 % des patients atteints de psoriasis signalent des troubles du sommeil d'après plusieurs études réalisées dans la littérature. Il a été démontré que les troubles du sommeil jouent un rôle médiateur dans la relation entre les démangeaisons et la détresse psychologique chez les patients atteints de psoriasis.
Le prurit réduit fréquemment la qualité de vie et du sommeil chez les patients atteints de prurit chronique d'après des études réalisées. Ces données de la littérature rejoignent celles retrouvées dans notre étude.

Conclusion :

Le prurit affecte de nombreux aspects de la vie des personnes touchées, entraînant une pléthore de problèmes, notamment une altération du sommeil, une entrave aux

performances scolaires et professionnelles, une agitation, une mauvaise concentration, une anxiété et une dépression.
Une prise en charge précoce et appropriée est obligatoire pour améliorer leur qualité de vie.

Une évolution spectaculaire d'un granulome pyogénique multiple sous corticothérapie et bétébloquant.

A.Lahrougui, I.Kial, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal

Service de dermatologie- vénérologie, CHU Mohammed VI, Marrakech-Maroc.

Laboratoire bioscience FMPM.

Introduction

Le granulome pyogénique ou Botryomycome est une tumeur vasculaire bénigne rare, dont l'étiopathogénie reste non encore élucidée, engendrant un préjudice esthétique surtout pour les localisations voyantes.

Nous rapportons un cas de granulome pyogénique multiple chez un patient de 47 ans suite à un AVP.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 47 ans, victime d'un AVP engendrant une plaie profonde du visage, une dermabrasion abdominale, ainsi qu'une fracture de la cheville pour laquelle il a été opéré il y'a 1 mois.

Le patient a consulté pour des tuméfactions cutanées diffuses, évoluant 20 jours après son traumatisme, engendrant une gêne esthétique.

L'examen clinique retrouve la présence de nodules angiomateux, bourgeonnants, diffus, indolores et non prurigineux, de tailles différentes à bords irréguliers, siégeant au niveau du site de la plaie faciale et de la dermabrasion abdominale, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

Le patient a été traité par de la corticothérapie orale, à la dose de 1mg/kg/J avec dégression à l'ordre de 10mg chaque 10 jours, ainsi que par du propanolol systémique.

L'évolution clinique était spectaculaire, faite d'une nette amélioration clinique dès la première semaine, ainsi qu'une quasi disparition des lésions sur 3 semaines.

Discussion

Le granulome pyogénique (GP) est une tumeur bénigne faisant partie des angiomes capillaires lobulés, décrit pour la première fois par Poncet et Dor en 1897.

Souvent l'apanage de l'enfant et du jeune adulte, de rares formes cliniques ont été décrites chez le sujet âgé, se manifestant typiquement comme une petite masse charnue, de 0,5 cm à 2 cm, molle et rouge dont le moindre effleurement entraîne un saignement, avec une localisation préférentielle au niveau des extrémités.

Le granulome pyogénique est majoritairement solitaire, mais peut dans de rares cas être multiple, éruptif ou récidivant, pouvant apparaître spontanément ou à la suite de facteurs déclenchant divers tels que des traumatismes, plaies ou brûlures.

Le diagnostic est généralement clinique, mais sa confirmation est histologique.

Divers traitements se sont avérés efficaces, notamment l'électrocoagulation, la cryothérapie, le nitrate d'argent, le laser ainsi que la corticothérapie et les bêtabloquants topiques ou systémiques.

Toutefois de récentes publications, ont prouvés l'efficacité locale du sel de table dans le granulome pyogénique.

L'évolution est généralement bonne, néanmoins le risque de récidive reste considérable.

Conclusion

La particularité de notre observation réside sur l'aspect clinique atypique (grande taille, multiple, localisation atypique et multilobulaire), l'âge du patient, ainsi que par son évolution spectaculaire et rapide après traitement.

Dermato-pathologie :

Association vitiligo et psoriasis à propos 5 cas et revue de la littérature

F. Amakha1 , M. Khallouki1 , O.Hocar1 , S. Amal1 , M. Aboudourib1 Service de dermatologie–vénéréologie1 , CHU Mohammed VI, laboratoire bioscience et santé. Université Cadi Ayyad, FMPM. Marrakech. Maroc Introduction :

Le vitiligo est un trouble fréquent de dépigmentation, d'étiologie multifactorielle. Il est associé à une variété de comorbidités auto-immunes, certains d'entre eux notamment les thyroïdites et le psoriasis contribuent à l'aggravation de la morbidité des personnes touchées. Le psoriasis est une maladie auto-immune chronique avec une prédisposition multigénétique, peut être associé à diverses maladies, notamment le pemphigus, la pemphigoïde et le vitiligo.

Le but de notre travail était d'étudier le profil épidémiologique, clinique et évolutif des patients présentant une association vitiligo-psoriasis ; et une revue de la littérature de la fréquence de cette association.

Matériel et méthodes :

Une série de 5 cas présentant une association vitiligo-psoriasis vus en consultation de dermatologie du CHU Mohamed VI de Marrakech. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutifs du vitiligo ont été consignés sur fiche papier puis saisis sur fiche informatique et analysés à l'aide du logiciel SPSS 20.

Résultats :

Il s'agit de cinq patients présentant une association vitiligo-psoriasis. L'âge moyen était de 62 ans avec des extrêmes de 50 et 74 ans. Une prédominance féminine a été notée (sexe ration à 0,66 ; H/F=2/3). L'âge moyen d'apparition des lésions du vitiligo était 43 ans. Une localisation initiale au niveau des membres supérieurs et tronc était majoritaire dans 40% pour chacune. Chez tous nos patients, aucun antécédent de pelade, de diabète type I, de dermatite atopique, de dysthyroïdie et d'anxiété n'a été noté. Cependant, on a trouvé l'antécédent de diabète type II chez un cas et de dépression chez un cas. On a noté un antécédent familial de vitiligo dans un cas, de dysthyroïdie dans un cas. Le diagnostic de vitiligo a précédé le diagnostic de psoriasis dans 3 cas (60% des cas). La forme généralisée était trouvée chez tous les patients psoriasis-vitiligo. On a noté une apparition lentement progressive des lésions

du vitiligo dans 4 cas (80%), alors qu'elle était très rapide en quelques semaines chez le cinquième cas. Le phénomène de koebner était présent dans 3 cas. Le vitiligo était stable dans 3 cas et en progression dans 2 cas. Pour le traitement du vitiligo, 4 cas avaient bénéficié de dermocorticoïdes en préparation et 2 cas de photothérapie à UVB. Pour le traitement du psoriasis, 3 cas étaient sous dermocorticoïdes, 1 cas sous dérivé de la vitamine D et un cas sous méthotrexate. L'évolution du vitiligo était marquée par une rémission partielle dans 2 cas et aucune réponse sous traitement dans 3 cas, une stabilisation du psoriasis dans 4 cas avec une aggravation dans un cas.

Discussion :

le vitiligo est une dermatose pigmentaire qui touche les hommes comme les femmes, avec une prédominance féminine, ce qui est concordant avec nos résultats ; cela peut être expliquée par la préoccupation psychosociale et cosmétique plus importante chez les femmes touchées. La maladie commence généralement dans la petite enfance ou chez le jeune adulte, majoritairement avant l'âge de 30 ans, dans notre série l'âge moyen d'apparition des lésions du vitiligo était 43 ans. L'association du vitiligo et du psoriasis a été décrite depuis 1890. Des études épidémiologiques ont montré une association significative entre le vitiligo et le psoriasis, cela est conforté par de nombreux facteurs de prédisposition génétique communs des deux pathologies, aussi par des mécanismes physiopathologiques et immunologiques, En effet un polymorphisme génétique sur le gène AIS1 est associé à la fois au vitiligo et au psoriasis et favorise d'autres maladies auto-immunes. L'association psoriasis-vitiligo est peut-être associée à une réponse de type Th1 et Th17. Des études sur la prévalence du psoriasis chez les patients atteints de vitiligo montrent que le psoriasis est la deuxième pathologie associée auto-immune chez les patients atteints de vitiligo. Une méta-analyse fait par Yen et al en 2018 examinant l'association psoriasis-vitiligo a révélé une association statistiquement positive entre le psoriasis et le vitiligo ; les patients psoriasiques avaient deux fois plus de risque d'avoir un vitiligo, tandis que les patients vitiligo avaient trois fois plus de risque d'avoir un psoriasis.

Conclusion :

Notre étude comme d'autres études internationales a pu à son tour montré que le psoriasis fait partie des maladies autoimmunes associées au vitiligo. Il est essentiel d'accroître la sensibilisation à cette association vitiligo- psoriasis afin d'améliorer la prise en charge des deux maladies et la qualité de vie des patients. Mots clés : Vitiligo, Psoriasis, Association, Epidémiologie, Physiopathologie, Auto-immunité

Vitiligo et pathologies associées : Etude marocaine de 30 cas F. Amakha1 , M. Khallouki1 , I. Kial1 , O.Hocar1 , S. Amal1 , M. Aboudourib1 Service de dermatologie–vénéréologie1 , CHU Mohammed VI, laboratoire bioscience et santé. Université Cadi Ayyad, FMPM. Marrakech. Maroc Introduction :

Le vitiligo est une dermatose pigmentaire acquise, pouvant survenir à tout âge. De nombreuses causes, dont l'auto-immunité, ont été impliquées dans l'étiologie du vitiligo. Cette dermatose peut s'associer à de nombreuses pathologies autoimmunes ou autres.

Dans ce travail nous étudions la fréquence des pathologies associées surtout autoimmunes parmi les patients suivis en consultation de dermatologie pour vitiligo.

Patients et méthodes :

Il s'agissait d'une série de cas, colligeant tous les cas de vitiligo suivis en consultation de dermatologie du CHU Mohamed VI, Marrakech. Les résultats ont été consignés sur fiche papier puis saisis sur fiche informatique et analysés à l'aide du logiciel SPSS 20.

Résultats :

Nous avons colligé 30 cas de vitiligo. L'âge moyen était de 41,20 ans avec des extrêmes de 2 et 75 ans. On a noté une prédominance féminine (73,3%) avec un sex ratio = 0,36 (H/F= 8/22). La médiane d'âge du début du vitiligo dans notre série était de 27ans. Le vitiligo était représenté majoritairement par le type généralisé (76,7%). Parmi ces 30 cas, 4 cas avaient un antécédent (ATCD) personnel de dermatite atopique (13,3%), 1 seul cas avait un ATCD de pelade (3,3%), 5 cas (16,7%) avaient un diabète type II et 3 cas avaient un diabète type I (10%), 8 cas (26,7%) avaient un ATCD de pathologies thyroïdiennes, le syndrome de Sjögren était présent dans 2 cas (6,7%), un ATCD de psoriasis était noté dans 5 cas (16,7%), la dépression et l'anxiété étaient présentes dans 8 cas (26,5%) et 6 cas (20%) respectivement. Deux patients étaient suivi pour un syndrome de vogtkoyanagiharada (6,7%).On a trouvé une polyarthrite rhumatoïde dans un cas et un syndrome autoimmun multiple (une pelade, une thyroïdite autoimmune, un diabète type I et un vitiligo) dans un cas. Au total vingt et un patients (70%) avaient une ou plusieurs pathologies associées. le vitiligo avait apparu après la maladie associée dans 40 % et il l'avait précédé dans 43,3% et d'une façon concomitante dans un seul cas (3,3%). Pour les antécédents familiaux, on a noté 9 cas de vitiligo, 2 cas de dermatite atopique, de diabète type I, d'anxiété et de psoriasis, 4 cas d'ATCD de dysthyroïdie, 3 cas de dépression, 15 cas de diabète type II (50%). L'évolution du vitiligo était marquée par une rémission partielle dans 46,7% et aucune réponse dans 53,3%. L'évolution de la pathologie associée était marquée majoritairement par une stabilité (63,3%, 19cas).

Discussion :

Le vitiligo est une dermatose chronique acquise autoimmune, souvent associée ou fait découvrir d'autres pathologies autoimmunes ou autres. Le vitiligo touche de façon similaire les deux sexes avec une prédominance féminine ce qui est concordant avec nos résultats (73,3%). Plusieurs études ont trouvé que les patients atteints de vitiligo peuvent présenter une ou plusieurs maladies associées, les maladies autoimmunes étaient fréquentes, en chef de file les pathologies thyroïdiennes, ces pathologies étaient associées de façon statistiquement significative à un vitiligo vulgaire. La littérature estime que 15 à 20% des personnes atteintes de vitiligo généralisé souffrent parallèlement d'une hypothyroïdie ou d'une hyperthyroïdie autoimmune, et de façon moins fréquente, d'autres maladies autoimmunes peuvent lui être associées comme la polyarthrite rhumatoïde, le diabète type I, la pelade, le lupus érythémateux, le psoriasis, et le syndrome de Sjogren. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, 70% (21cas) de nos patients avaient une ou plusieurs pathologies associées autoimmune ou inflammatoire, la dysthyroïdie était la première pathologie auto-immune associée au vitiligo(26,7%) ,suivie par la dépression, l'anxiété (26,5%, 20% respectivement) et le psoriasis (16,7%), la forme clinique généralisée du vitiligo était majoritaire (76,7%). N.van Geel et al ont objectivé dans leur étude que la présence de maladies auto-immunes ou auto-inflammatoires associées semble influencer le profil clinique des patients atteints de vitiligo généralisé, leurs résultats soutiennent l'hypothèse qu'en présence d'un trouble thyroïdien, l'activité de la maladie du vitiligo est plus étendue. L'association vitiligo et diabète était étudiée à travers certaines séries, en effet, la fréquence du diabète type 2 en association avec le vitiligo est de 3 %, et elle est de 1,2% pour le diabète type 1, ainsi, nos résultats rejoignent les données de la littérature dont le diabète type 2 était présent dans 16,7%, et le diabète type1 dans 10%. Des études épidémiologiques ont montré une association significative entre le vitiligo et le psoriasis, dans notre étude l'association vitiligo-psoriasis était notée dans 16,7%.

Conclusion :

Les médecins généralistes et spécialistes doivent connaitre les comorbidités du vitiligo, en particulier les troubles thyroïdiens auto-immuns, ainsi qu'une surveillance au long cours est nécessaire chez les patients présentant une maladie autoimmune associée au vitiligo à la recherche d'autres maladies autoimmune pour une prise en charge adéquate.

Profil épidémiologique et clinique du vitiligo au sein du service de dermatologie et vénérologie à Marrakech

I.Biygjoine ; K.Oujenane ; O.Hocar, S. Amal, M. Aboudourib

Service de dermatologie et vénérologie

Laboratoire de biosciences et santé

CHU Mohammed VI Marrakech ; Maroc

Introduction :

Le vitiligo est la plus fréquente des hypomélanoses acquises, il touche 1,5-2% de la population mondiale. Il peut survenir à tout âge et altère la qualité de vie des patients.

Objectif :

Déterminer le profil épidémiologique et clinique du vitiligo dans notre service, en vue d'en améliorer la prise en charge thérapeutique et psychosociale.

Matériels et Méthodes :

Etude transversale incluant 30 patients atteints du vitiligo menée au sein du service de dermatologie et vénérologie de CHU Mohammed 6 de Marrakech.

Résultats :

L'âge de notre échantillon varie de 1 an et 11 mois à 75 ans avec une moyenne de 41,20 ans et une prédominance féminine à 73,3% avec un sex ratio de 0,36 H/F. Parmi les patients qu'on a convoqués 66,6% résident dans une zone urbaine et 33,4% viennent d'un milieu rural. 93,3% des patients proviennent spécifiquement de la région de Marrakech. Le phototype 3 prédomine chez 16 patients (53,4%) suivi du phototype 4 chez 11 patients (36,6%) et ensuite le phototype 2 chez 3 patients (10%). Le niveau socio-économique est bas dans 63,3% avec une couverture sociale dans 90% des cas type RAMED chez 56,6%. La plupart des patients sont mariés (56,6%).

L'âge de début du vitiligo varie de 3 mois à 66 ans avec une moyenne de 27 ans. L'évolution de la maladie varie de 2 mois à 55 ans avec une moyenne de 14 ans. Le stress est retrouvé comme facteur déclenchant chez 17 patients (56,6%). Aucun

patient n'a rapporté la notion d'infection virale précédent l'apparition de vitiligo. Parmi nos patients, 26,6% étaient diabétiques, 43,3% souffrent d'une dépression et 16,7% sont suivies pour un psoriasis. La majorité des patients 70% ne rapportaient pas d'antécédent familial de vitiligo. Le vitiligo a débuté initialement au niveau du tronc chez 7 patients (23,3%), au niveau cervical dans 20% et abdominal dans 20%, suivie d'une localisation au niveau des membres inférieurs chez 5 malades (16,7%) tandis que les membres supérieurs étaient initialement touchés que chez 3 patients (10%) et le visage également chez 3 patients (10%). La majorité des patients n'ont pas eu recours à un traitement préalable tandis que 20% ont déjà essayé un traitement médical par automédication et 20% un traitement naturel à base de plantes médicinales. Le vitiligo non segmentaire constitue 93,4%, incluant le type généralisé (80%), universel (6,7%) et acro-facial (6,7%) ; suivi par le type focal 6,6%. La surface cutanée atteinte varie de 1 à 99% avec une moyenne de 24% de la surface corporelle. L'évolution était lentement progressive chez la majorité de nos patients (76,7%). Le phénomène de Koebner était retrouvé à l'interrogatoire et à l'examen clinique chez 11 patients (36,7%) et seulement à l'interrogatoire chez 3 patients (10%) tandis qu'il était absent chez 16 patients (53,3%). Les lésions sont stables chez 14 patients (46,7%) et en progression chez 16 patients (53,3%).

Discussion :

Selon les données de la littérature, la prévalence du vitiligo est légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes ce qui concorde avec notre étude.

Les données épidémiologiques du vitiligo chez la population générale au Maroc sont encore pauvres et limitées ; une étude similaire a été réalisé à Casablanca en 2004 dont les formes cliniques se sont réparties comme suit : vitiligo généralisé dans 34,8%, vitiligo limité dans 32%, vitiligo acrofacial dans 22,4%, vitiligo segmentaire dans 8% et vitiligo universel dans 2,8% ; résultat inférieur à notre série.

Conclusion :

Le vitiligo est une maladie multifactorielle due à des facteurs environnementaux, auto-immuns et génétiques qui sont encore mal définis jusqu'à ce jour. Il prédomine chez le sexe féminin avec une prédominance des formes non segmentaires. Cette affection

doit être prise en charge à temps tardive, et nécessite une bonne formation des agents de santé au diagnostic du vitiligo afin de les référés.

Les manifestations cutanéo-muqueuses chez les greffés rénaux

Etude épidémio-clinique chez 144 patients au CHU Ibn Sina Rabat

Najoua .AMMAR, Mariam. Meziane, Nadia. Ismaili, Leila. Benzekri, Karima. Senouci,

Service de dermatologie et de Vénérologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V rabat

Introduction :

La transplantation rénale est le meilleur traitement de suppléance de la fonction rénale .la majorité des complications dermatologiques en relation avec l'insuffisance rénale régressent après la transplantation. Néanmoins, l'immunosuppression systémique chronique et puissante, a donné lieu à une série de manifestations cutanées et muqueuses, d'où la nécessité d'un suivi en dermatologie systématique et régulier. Le but de notre travail était d'évaluer la fréquence des complications dermatologiques constatés chez des greffés rénaux suivis au CHU ibn Sina de rabat et les comparer aux données de la littérature

Matériels et méthodes :

Une étude retro-prospective analytique était réalisée sur une période de 19ans Nous avons colligés tous les greffés rénaux consultant en dermatologie en cas d'apparitions de manifestations cutanées ou dans le cadre du suivi semestriel systématique des greffés rénaux Une fiche standardisée était utilisée

Résultats :

Cent quarante-quatre patients étaient colligés. L'âge moyen lors de la greffe était de 41.93 ans (extrêmes 14-82 ans), avec une prédominance masculine (sexe ratio H/F 1.21)

Nos patients étaient dans 54% des cas de phototype IV, 141 De nos patients étaient sous polychimiothérapies et Trois patients étaient sous mono chimiothérapie La première greffe a été réalisée en France en 1981 Et ce n'est qu'on 1998, que la greffe rénale a démarré au CHU Ibn Sina, 67% ont été greffés à Rabat 72 % des malades avaient présenté des manifestations cutanéo-muqueueses avec délai médian de 12 mois (1semaine -148 mois)

Les complications infectieuses étaient retrouvées chez 55% de nos malades, 38% fongiques, 30% virales, et 12%bacteriennes. les effets liées aux traitements : l'hypertrophie gingivale20%, l'hyperpilosité chez 17 patients et l'acné chez 16 patients ,2 carcinomes épidermoïdes, un carcinome basocellulaire, un lymphome anaplasique à grande cellules, un cas de maladie de bowen et un cas de maladie de kaposi

Discussion :

Les manifestations cutanéo-muqueuses étaient fréquentes dans notre étude avec une incidence élevée des infections Les manifestations liées au traitement étaient dominées par l'hypertrophie gingivale qui nous a posé un problème de prise en charge Bien que nos malades aient des facteurs prédisposant au cancer à savoir : l'âge jeune lors de la greffe, la fréquence des lésions a HPV, et la forte exposition solaire, La fréquence du cancer reste très faible avec seulement 4 patients avaient développées des lésions tumorales Cela est dû probablement faible recul dans notre série

Conclusion :

A l'issue de ce travail nous insistons sur la nécessité de la sensibilisation des patients greffées à consulter en dermatologie en vue de détecter les lésions précancéreuses et les traiter à un stade précoce. L'évaluation des différentes

manifestations après un temps de recul plus long nous permettrait de tracer le profil exact de ces dermatoses.

Le syndrome de léser-Trélat : un signe alarmant de malignité
A propos de 3 observations

H.Ragragui Ouasmin[1]; H.Saddouk[1] ; I.Ouadi[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 :

Le signe de Leser-Trélat ou kératose séborrhéique éruptive est un syndrome paranéoplasique rare. Il est caractérisé par l'apparition brutale de multiples kératoses séborrhéiques, dont la taille et le nombre augmentent rapidement. Nous rapportons les 3 observations de nos patients qui ont été hospitalisés pour des tumeurs cutanées associées au signe de léser-Trélat.

Observation N°1 :

C'est un patient de 57 ans, adressé au service de dermatologie pour une masse ulcérée du bras droit évoluant depuis 1 an avant sa consultation. L'interrogatoire a révélé une histoire d'apparition brutale de multiples papules brunes à noires du visage, du cou et du dos, évoluant 18 mois avant la survenue de la lésion du bras. L'examen clinique a noté la présence d'une masse ulcérobourgeonnante située au niveau la face externe du bras droit, on notait également la présence d'une lésion maculopapuleusehyperpigmentée, située sur la partie supérieure du dos. L'examen dermoscopique des papules brunes a révélé la présence de pseudocomédons, pseudokystes avec un aspect cérébriforme en rapport avec des kératoses séborrhéiques. Une biopsie cutanée de la masse du bras a été réalisé dont l'étude histologique et immunohistochimique était en faveur d'une infiltration dermohypodermique par un sarcome pléomorphe indifférencié de haut grade. L'étude histologique et immunohistochimique de la lésion suspecte du dos était en faveur d'une seconde localisation du sarcome pléomorphe indifférencié cutané. Dans le cadre du bilan d'extension locorégional et à distance de la tumeur, une IRM du bras droit a été réalisé avec un scanner thoraco-abdomino-pelvien qui a montré

un large processus tumoral dans les tissus mous du compartiment externe du bras droit infiltrant le tissu cutané, la graisse sous-cutanée, les muscles du compartiment externe et le pédicule vasculo-nerveux radial sans invasion du cortex osseux, des adénopathies axillaires homolatérales non suspectes et sans localisation secondaire. Les marqueurs tumoraux étaient tous négatifs et la tumeur était classée T3 N0 M0. Une large exérèse de la tumeur du bras droit avec une reprise chirurgicale de la lésion du dos ont été réalisés, puis le patient a été adressé au service d'oncologie où il a reçu 33 séances de radiothérapie. L'évolution a été marquée par une très nette amélioration clinique sans récidive à 9 mois de suivi.

Observation N°2 :

C'est un patient âgé de 71 ans, tabagique chronique, ayant la notion de photoexposition prolongée sans notion de photosensibilité, admis au service de dermatologie pour une lésion atrophique et ulcérée récidivante au niveau pré tragien droit évoluant 10 mois avant sa consultation. L'examen clinique révélait la présence d'une lésion érythémato-papuleuse à fond sclérotique, à base induré et à périphérie ulcérée, siégeant au niveau pré tragien droit. On notait également la présence de multiples lésions maculo-papuleuses brunâtres arrondies et d'autres ovalaires dispersés au niveau du cou, du tronc et la région pubienne avec à la dermoscopie ; présence de pseudokystes et des pseudocomédons, une périphérie mordillée en rapport avec des kératoses séborrhéiques évoluant 8 mois avant sa consultation. Le patient a bénéficié d'une biopsie cutanée de la lésion prétragienne qui était en faveur d'un carcinome basocellulaire sclérodermiforme à haut risque. Le bilan d'extension locorégional et à distance était sans anomalie et le patient a bénéficié d'une exérèse de la lésion prétragienne droite avec une bonne évolution.

Observation N°3:

Un homme de 74 ans, sans antécédents pathologiques personnels ou familiaux, a été adressé au service de dermatologie pour une lésion ulcérée du sein gauche évoluant depuis 2 ans avant sa consultation. L'interrogatoire a révélé l'histoire d'une éruption soudaine et simultanée de multiples papules brunes à noires du visage et du dos, survenue 3 ans avant la lésion mammaire. L'examen clinique a noté la présence d'une ulcération arrondie de 5 cm de grand axe, avec une base indurée fibrineuse et des bords surélevés du sein gauche avec la destruction du mamelon. En outre, de multiples lésions maculopapuleuses brunâtres étaient dispersées sur le

visage et le tronc. La dermoscopie des lésions brunes montrait un aspect cerebriforme, des pseudokystes et des pseudocomédons correspondant à des kératoses séborrhéiques. Une biopsie cutanée a été réalisée, l'aspect histologique et immunohistochimique était en faveur d'une localisation cutanée d'un carcinome infiltrant probablement d'origine mammaire. Dans le cadre du bilan d'extension, un scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien a été réalisé, montrant une tumeur mammaire gauche de la jonction des quadrants supérieurs et rétro-mamelonnaire, s'étendant sur 38mm, localement avancée avec infiltration cutanée et invasion du muscle grand pectoral, associée à une lymphadénopathie pathologique du ganglion axillaire gauche et des îlots ostéocondensants de l'ischion gauche et des 3, 4, 7 et 9ème côtes droites et de la 2ème côte gauche. La tumeur a été classée T4b N1 M1 et le patient a été adressé au centre d'oncologie pour une chimiothérapie.

Discussion :

Le signe de Leser-Trélat reste un signe clinique rare, en rapport avec de nombreuses maladies malignes sous-jacentes, généralement l'adénocarcinome du côlon, de l'estomac et du sein. Sa pathogénie est encore inconnue ; l'implication de multiples facteurs de croissance dans l'apparition, l'augmentation rapide de la taille et du nombre des kératoses séborrhéiques a été proposée. Le signe de Leser-Trélat a été rapporté dans la littérature en association avec de multiples tumeurs, telles que l'adénocarcinome du tractus gastro-intestinal, mammaire et pulmonaire, des mélanomes et des lymphomes T cutanés, des pathologies non cancéreuses et même en l'absence de malignité interne. La particularité de notre travail est de rapporter la première association du syndrome de léser Trélat avec le sarcome pléomorphe indifférencié cutané et avec le carcinome basocellulaire sclérodermiforme, ainsi que la rareté des néoplasies mammaires de l'homme aussi bien que leur associations avec le syndrome de léser Trélat.

Conclusion :

La meilleure connaissance des syndromes paranéoplasiques permet un dépistage précoce et donc un diagnostic et une prise en charge rapide des tumeurs malignes internes.

Un Syndrome de Parry-Romberg associé à un vitiligo segmentaire homolatéral

O.Khadiri, R.Kaoua, S.Amal, O.Hocar, M.Aboudourib
Service de dermatalogie et vénérologie, CHU Mohammed VI
Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le Syndrome de Parry-Romberg (SPR) est caractérisé par une atrophie hémifaciale pouvant être associée à des signes neurologiques, ophtalmologiques mais aussi orthodontiques pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel et vital. La variabilité interindividuelle de ce syndrome en fait toute sa complexité. L'étiologie est inconnue. Nous rapportons l'observation d'une jeune avec un SPR caractérisé par l'association d'une hémi-atrophie faciale et d'un vitiligo segmentaire homolatéral.

Observation :

Une fille âgée de 16 ans, sans antécédent notable ni notion de consanguinité, consultait pour une asymétrie du visage évoluant depuis 18 mois. Les parents ont signalé la première apparition d'une dépigmentation de la peau, impliquant le membre supérieur gauche, à l'âge de 6 ans. Les lésions ont progressé, affectant finalement également la peau du côté gauche de la nuque. Les lésions se sont stabilisées en 1 an sous tacromilus. À l'âge de 14 ans, la patiente a observé une atrophie progressive de la joue gauche. L'examen clinique révélait une hémiatrophie faciale gauche visible incluant la peau et le tissu sous-cutané sans induration cutanée en regard, et sans retentissement dentaire. Les lésions amélanotiques avaient une distribution dermatomique cervicale gauche. Les examens ophtalmologique et buccodentaire étaient sans anomalies. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, la protéine C-réactive, les anticorps anti-TPO, anti-TG, les anticorps antinucléaires et anticardiolipines étaient tous négatifs. L'imagerie par résonance magnétique cérébrale n'a révélé aucune lésion focale ou signe d'incident neurovasculaire. Un traitement systémique par association de corticoïdes à dose de 0,5 mg/kg/jr et de Méthotrexate à dose de 12,5 mg/semaine était instauré.

Discussion :

La particularité de cette observation est l'association d'une atrophie hémifaciale et d'un vitiligo segmentaire homolatéral, ce qui est plutôt rare dans le SPR. Dans la littérature, trois observations de vitiligos segmentaires homolatéraux à l'atrophie ont été décrits en association au SPR, ainsi qu'une observation de SPR associé à des anticorps anti-ADN natif (1-3). Cette association est en faveur de l'origine auto-immune du SPR. L'hypothèse auto-immune est aussi soutenue par le lien existant entre SPR et sclérodermie en coup de sabre. La pathogenèse du vitiligo segmentaire n'est pas claire et diverses hypothèses ont été avancées, notamment un dysfonctionnement du nerf sympathique et un pathomécanisme immunitaire. Il faut noter que le vitiligo segmentaire est rarement associé à diverses maladies autoimmunes comme c'est le cas pour le type non segmentaire (4). Les cas de coexistence simultanée d'une atrophie hémifaciale progressive avec vitiligo segmentaire homolatéral se distinguent par une apparition chez l'enfant et le jeune adulte, une progression rapide suivie d'une longue période de stabilisation ultérieure et un caractère dermatomal.

Conclusion :

Notre cas est l'un des rares exemples rapportés de la coexistence de ces deux entités pathologiques. D'autres études sont nécessaires pour expliquer la coexistence du pathomécanisme commun dans le PRS avec le vitiligo homolatéral.

Dermatoses inflammatoires :

Clascotérone topique: la nouvelle thérapie de l'acné vulgaire

Ibtissam AL FAKER, Younes BENYAMNA, Farah MARRAHA, Hanane CHAHOUB, Najlae RAHMANI, Salim GALLOUJ

Service de dermatologie CHU Tanger – Université Abdelmalek Essaadi. Tanger

Introduction :

L'acné est une maladie inflammatoire chronique du follicule pilosébacé qui touche 85% des jeunes, sa prévalence diminue avec l'âge, mais de nombreuses patientes en souffrent tout au long de leur vie adulte, ce qui entraîne un impact psychosocial important. L'acné de la femme adulte constitue un challenge thérapeutique ; Les thérapies systémiques existantes ciblent les voies hormonales ; cependant, leur utilisation est limitée à la population féminine et comporte un risque potentiel d'effets indésirables systémiques. Les traitements anti-acné n'avaient enregistré aucune nouveauté depuis des décennies jusqu'à

l'apparition de la clascotérone, cependant, à quel point ce traitement est-il efficace ? et quelles sont ses limites ?

Nouvelle thérapie de l'acné vulgaire :

La crème de clascotérone 1% a été approuvé par la FDA en aout 2020 comme nouvelle thérapie topique contre l'acné vulgaire chez les personnes âgées de 12ans et plus ; elle cible la pathogenèse hormonale. Deux essais identiques randomisés de phase 3 ont démontré une efficacité favorable par rapport au placebo avec des effets secondaires minimes (1).

Discussion :

Mécanisme d'action :

La clascotérone (cortexolone 17a-propionate) est un inhibiteur topique des récepteurs androgènes. La clascotérone se lie de manière compétitive au récepteur des androgènes avec une haute affinité, entrant en compétition avec le ligand endogène dihydrotestostérone (DHT) au site d'application (2).

- Elle diminue les évènements de la signalisation en aval des récepteurs d'androgènes
- ➔ Diminution de la production des lipides et cytokines pro-inflammatoires en aval (2)
- ➔ Diminution de la production de sébum et l'inflammation de FPS (2).

Les estérases présentes dans la peau et le plasma hydrolysent la clascotérone en sa forme parentale inactive (cortexolone), ce qui entraîne un effet localisé de la clascotérone au site d'application topique et minimise les effets antiandrogènes systémiques (3).

Essais cliniques :

Les 2 études de phase 3 randomisées, contrôlées et en double aveugle (1) ont démontré que la clascotérone crème à 1 % était plus efficace que la crème placebo pour réduire le nombre total de lésions acnéiques, les lésions inflammatoires et la sévérité de l'acné après une durée de 12 semaines. La petite étude pilote a également suggéré que la clascotérone était similaire ou plus efficace cliniquement que son comparateur, la crème de trétinoïne à 0,05 % (4). Les études de phase 2 ont révélé que les crèmes de clascotérone à 0,1 %, 0,5 % et 1 % étaient sûres et bien tolérées chez les adolescents et les adultes de sexe masculin et féminin, l'application de clascotérone à 1 % deux fois par jour ayant donné les résultats cliniques les plus favorables (5, 6).

Profil d'innocuité

Dans les essais de phase 3, la clascotérone a été bien tolérée et a conservé un profil d'innocuité semblable à celui du placebo. Les réactions cutanées locales les plus fréquentes étaient l'érythème (11,3 %-13,1 % pour la clascotérone ≠ 14,8 %-15,7 % pour le placebo), la xérose (8,8 %-12,2 % C ≠ 7,6 %-13 % P) et le prurit local (5,1 %-5,4 % C ≠ 5,2 %-6.0% P); tandis que les effets indésirables les plus fréquents ont été la rhinopharyngite (1,4% C ≠ 2,7% P), la douleur oropharyngée (0,06% C ≠ 0,04% P) et les céphalées (0,08% C ≠ 0,06% P). Aucun effet indésirable systémique ni aucun symptôme de suppression surrénalienne n'ont été observés. Il convient de noter qu'aucune étude n'a été réalisée pour évaluer la sécurité à long terme de l'utilisation de la clascotérone, ou la sécurité de l'utilisation de la clascotérone en association avec d'autres traitements anti-acnéiques existants (topiques ou systémiques) (1, 7).

Conclusion :

Des essais à grande échelle sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de la clascotérone par rapport à ses comparateurs (autres que la trétinoine 0.05%) et en association avec les thérapies anti-acnéiques existantes topiques et systémiques ; cependant, les résultats des essais de phase 3 actuels soutiennent la valeur thérapeutique de la clascotérone, suggérant

que ce nouvel inhibiteur topique des androgènes représente un ajout précieux au catalogue des thérapies anti-acnéiques avec un profil d'innocuité rassurant.

Connaissances, prévalence de l'acné et son retentissement sur la qualité de vie auprès des lycéens de la ville d'Agadir

S.BELLASRI; R.CHAKIRI

Service de Dermatologie, CHU SOUSS MASSA, Agadir, Maroc

Introduction :

Par son caractère affichant, l'acné représente une source d'insatisfaction liée à son apparence notamment auprès des adolescents, cette tranche d'âge particulièrement sensible aux troubles de l'humeur. Son impact psychologique peut affecter l'estime de soi, la qualité de vie et le rendement scolaire, nécessitant ainsi une vigilance accrue afin de pouvoir repérer les éventuels troubles anxio-dépressifs qui peuvent en résulter, voire les traiter s'ils persistent.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique au moyen d'un questionnaire anonyme auprès des lycéens de la ville d'Agadir. Le but était d'évaluer la prévalence ainsi que les connaissances autour de l'acné dans cette population, et secondairement d'évaluer le retentissement psychologique de cette pathologie sur la qualité de vie et le rendement scolaire. L'analyse statistique a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS, les associations pour lesquelles la valeur-p était inférieure à 0,05 ont été considéré comme statistiquement significatives.

Résultats :

327 réponses ont été collectées au total. Le sexe ratio H/F était de 0,31/1. 45,6% des participants avaient plus de 17 ans. Parmi les lycéens inclus, 50,5% étaient en 2 ème année baccalauréat, 31,5% en 1 ère année baccalauréat et 18% en tronc commun. Au total 96% des lycéens n'étaient suivi pour aucune pathologie quelconque. Concernant les connaissances autour de l'acné, 53,2% des participant affirment en avoir déjà entendu parler, seul 41,3% savaient vraiment ce qu'est une acné et 5,5% affirment n'avoir aucune idée sur cette pathologie. Parmi les lycéens qui ont des connaissances sur l'acné, 61,8% affirment que c'est une pathologie d'origine génétique, 58,1% assurent qu'elle est due à un déséquilibre hormonal, 57,5% avancent que c'est une condition normale chez les adolescents et 7,6% affirment qu'elle est due à une mauvaise hygiène de vie. Au total, 64,5% affirment reconnaître que l'acné reste une pathologie qui régresse sous traitement médicamenteux et 16,8% attestent qu'elle régresse spontanément avec le temps sans traitement. 0.6% des participant affirment qu'elle est incurable.

À propos de la prévalence d'acné dans notre étude, 82,9% des participants ont répondu avoir une acné. La première localisation était le visage avec un pourcentage de 97,9%, suivie du dos et épaules (40,4%), région fessière (33,2%) et la poitrine (13,6%).
Pour les lycéens ayant une acné, 77,9% ont consulté chez un médecin, 57,5% ont demandé conseil à leurs entourages, 30,5% ont recherché des solutions sur les réseaux sociaux, 5,3% ont demandé conseil à leurs pharmaciens et 4,2% n'ont rien fait.
Les participants acnéiques exposés au stress, soleil et alimentation déséquilibrée semblent avoir plus de chance de développer une acné modérée à sévère ($p<0,001$). Concernant le traitement suivi, 27% des participants suivaient à la fois un traitement oral, local, des produits cosmétiques et des remèdes naturelles à domicile, dont 19,9% rapportent une amélioration minime de leur acné et 6,8% seulement rapporte une nette amélioration ($p<0,01$), comparé à 16,9% qui ne prenaient pas de traitement oral dont 11,1% rapportent une amélioration minime et 5,7% une nette amélioration ($p<0,01$). 11,5% prenaient un traitement oral et local à la fois dont 6,8% rapportent une nette amélioration et 4,7% une amélioration minime. 6,1% n'appliquaient que des produits cosmétiques et des remèdes naturels dont 5,4% rapportent une amélioration minime et 0,7% ne rapportent aucune amélioration ($p<0,01$).
Concernant le retentissement psychosocial, le sexe féminin semble être plus concerné ($p<0,001$), l'estime de soi et les relations sociales sont plus affectés chez les participants avec une acné modérée à sévère que chez ceux avec une acné minime ($p<0,001$). Les lycéens avec une acné sévère sont plus susceptibles à ressentir de l'anxiété et de la dépression à cause de leurs images ($p<0,001$). Le retentissement scolaire péjoratif est plus marqué chez les participants ayant une acné sévère ($p<0,001$).
Discussion :
L'acné est une maladie fréquente, la majorité des études faites auprès des adolescents rapporte une prévalence de 80 à 90%, ce qui rejoint les résultats de notre étude. En ce qui est des connaissances autour de cette pathologie, nos résultats se rapprochent d'une étude similaire faite par Peiqi Su en Singapore auprès d'un institut tertiaire qui a révélé l'implication des gènes dans 65% des cas et des hormones dans 59,7%, par contre dans son étude 65% ont relié l'acné à un manque d'hygiène contre seulement 7,6% dans la nôtre. Milena RažnatovićĐurović dans une étude récente similaire à la nôtre au Montenegro, 85% des participants ont relié l'acné à un manque d'hygiène. Par ailleurs, seul 4,8% des participants dans une autre étude de WaneeWisuthsarewong en Thailand ont relié l'acné au manque d'hygiène. Ces différences de perceptions peuvent souligner le manque de sensibilisation dans notre échantillon. Seuls les participants ayant suivi un traitement médical rapporte un pourcentage de nette amélioration rejoignant ainsi les données de la littérature. 64,5% au total reconnaissent que l'acné régresse sous traitement

médicamenteux avec le temps, des données qui se rapprochent de l'étude récente de Savo Irina faite en Albanie.
Dans le retentissement de l'acné sur la vie psychique du sujet, il est habituel de souligner un mouvement dans les deux sens : l'acné, le plus souvent faciale et affichante, peut être à l'origine de réactions émotionnelles négatives, elles-mêmes pouvant aggraver l'acné, soit subjectivement dans la perception que le sujet en a, soit objectivement par des manipulations auto-agressives. Les résultats de notre étude rejoignent les données de la littérature en ce qui concerne la susceptibilité du sexe féminin à l'impact psychologique de l'acné comparé au sexe masculin . Par ailleurs, la corrélation clinique avec l'intensité du retentissement psychosocial de l'acné reste absente dans l'ensemble des études faites dans ce sens, en effet, le retentissement est corrélé à la perception personnelle de chaque individu, si l'acné est jugée comme sévère, le retentissement l'est aussi généralement.3
Conclusion :
Il va sans dire que l'acné a bel et bien un retentissement psychosocial sur l'individu, notamment chez les adolescents. Ceci implique de bien rechercher les différents troubles anxio-dépressifs qui peuvent en suivre afin d'améliorer l'estime de soi, la qualité de vie et le rendement scolaire de cette tranche d'âge particulièrement. Il serait judicieux notamment de mieux faire connaître et médiatiser cette pathologie auprès des adolescents afin d'améliorer les connaissances et limiter l'angoisse qu'elle peut engendrer.

Pustulose généralisée : savoir penser à une hypocalcémie

H.CHAHOUB ; Fz. EL ALI ; I.ALFAKER ; F. MARRAHA ; Y.BENYAMNA ; N . RAHMANI S.GALLOUJ

Service de Dermatologie et Vénérologie CHU Tanger Tetouan Al-Hoceima

Faculté de Médecine et de Pharmacie Tanger

Introduction

L'hypocalcémie chronique peut avoir différentes étiologies, les plus fréquentes sont l'hypoparathyroïdie ou la carence en vitamine D. Cette hypocalcémie peut être associée à une pustulose généralisée. Cette pustulose pose des difficultés diagnostic notamment avec le psoriasis pustuleux généralisé et la pustulose exanthématique aigue généralisée.

Nous rapportons le cas d'une patiente avec une pustulose généralisé révélant une hypocalcémie profonde

Observation

Une patiente âgée de 50 ans, ayant comme antécédents une thyroïdectomie depuis 10 mois, elle a été hospitalisée en urgence devant un tableau fait d'une pustulose généralisée, fièvre, asthénie et arthralgies L'examen avait montré des plaques érythémato-œdémateuses, bordées de pustules non folliculaires à disposition annulaire prédominant en regard des plis, de l'abdomen, du dos, des cuisses et des extrémités avec une une kératodermie palmo-plantaire faite de croutes épaisses avec des pustules non folliculaires. Les examens biologiques phosphocalciques montraient une hypocalcémie profonde et une hyperphosphorémie. Le taux sérique de la parathormone était bas. La biopsie cutanée a révélé une pustulose sous cornée amicrobienne uniloculaire. Le traitement symptomatique de l'hypocalcémie a permis la régression des signes cutanés et la patiente a été adressée en endocrinologie pour prise en charge

Discussion

L'hypocalcémie peut être associée à une pustulose généralisée, chez un sujet avec ou sans antécédents de psoriasis. Les causes de l'hypocalcémie sont variables (hypoparathyroïdie post-chirurgicale ou idiopathique, malabsorption, insuffisance rénale chronique…) Il semble que l'hypocalcémie soit en partie responsable de la pustulose puisque sa correction s'accompagne d'une guérison. Les mécanismes physiopathologiques ne sont pas établis

L'histologie permet de faire la différence entre les pustules uniloculaires non spongiformes et les pustules multiloculaires spongiformes

L'hypocalcémie chronique est responsable également d'autres manifestations cutanées: xérose, kératose et parfois aspect œdématié.

La structure histologique de type spongiforme multiloculaire évoque un psoriasis pustuleux généralisé de Von Zumbush et de la pustulose exanthématique aigue généralisée. L'histologie de type nonspongiforme, uniloculaire évoque plutôt une pustulose sous cornée de Sneddon-wilkinson

Cette éruption n'est pas spécifique à l'hypoparathyroïdie puisqu'elle a été décrite avec des hypocalcémies de diverses étiologies

Le traitement symptomatique de l'hypocalcémie permet une amélioration des lésions cutanées en association avec les soins locaux

Pityriasis lichenoïde : Série de 6 cas

O. LAFDALI, I.ELMODAFFAR , H.MARGHADI , O .HOCAR, S .AMAL , M.ABOUDOURIB

Service de dermatologie CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de bioscience de la FMPM

Introduction :

Le Pityriasis lichénoide , anciennement dénommé « parapsoriasis en gouttes » est une dermatose inflammatoire d'étiologie inconnue, caractérisée par une éruption constituée de nombreux éléments maculopapuleux et squameux , c'est un diagnostic relativement rare et son éthiopathogenie n'est pas clairement élucidée .

Patient et méthodes :

Nous rapportons le cas de 6 patients, diagnostiqués au sein du service de dermatologie du CHU mohamedVIMarrakech , avec un pityriasis lichénoïde dans sa forme aigue ou chronique .

Observation :

Six malades dont 2 hommes et 4 femmes avec une moyenne d'âge de 26,5 (58 ans – 8 ans) , sans antécédents pathologiques particuliers présentaient tous un premier épisode d'une éruption cutanée généralisée chez 5 d'entres eux et localisée chez une seule patiente . Cette éruption évolue depuis une moyenne de 3,3 mois (7 mois – 2 semaines).

L'éruption généralisée était faite de multiples lésions maculeuses érythémateuses évoluant rapidement vers des papules et se recouvrant parfois par des croutes micacées au niveau abdomen, tronc, dos, et membres

chez 5 patients. Une seule patiente présentait des lésions papuleuses localisées au niveau de la face interne de la jambe droite sur cicatrice post opératoire .

Le prurit était absent chez 4 patients et important chez les 2 autres. L'état général était conservé chez les 4 adultes de la série et altéré chez les 2 autres -enfants-. En dérmoscopie on objectivait un aspect de réseau capillaire très pauvre, des squames fines, et plusieurs granules brunâtres.

Sur le plan biologique, une NFS a été réalisée chez 3 patients devant l'altération de l'état général, montrant une hyperleucocytose à prédominance neutrophile et une VS élevée à la première heure. Une hyper éosinophilie chez une seule malade.

Une biopsie a été réalisée évoquant un pityriasis lichénoïde aigu dans 4 cas et un pityriasis lichénoide chronique dans 2 cas.

Notre démarche thérapeutique a consisté en des séances de photothérapie UVB (20 séances à raison de 2 séances par semaine et une antibiothérapie à base de macrolides chez 3 patients (érythromycine 500 x 2 par jour chez l'adulte et azithromycine 10mg/kg/j chez l'enfant), et à base de cyclines chez les 3 autres. L'évolution était bonne sur le plan clinique laissant place à des cicatrices leucomélanodermiques.

Discussion :

Une étude avec une population de grand effectif comprenant 82 sujets montrait un âge moyen de 29 ans (2). Les autres études ont rapporté des âges moyens de 25 à 40 ans . Notre série n'était pas très loin des données de littérature avec une moyenne d'âge de 25,5 ans. Par rapport à la prédominance féminine dans notre série (67%) , celle-ci s'accorde parfaitement avec plusieurs séries de littérature .

L'utilisation des cyclines dans notre série a été bénéfique. Dans la littérature, Des auteurs ont rapporté l'efficacité de la tétracycline chez leurs patients atteints de PLC à une dose de 2g par jour pendant 2 à 4 semaines, suivi d'une dose d'entretien de 1g par jour. L'évolution était bonne avec disparition des lésions à un an de traitement.

L'utilisation des macrolides dans le pityriasis lichenoide chez une population pédiatrique à dose de 200 mg d'érythromycine 3 ou 4 fois par jour, était le gold standard dans plusieurs séries de la littérature. Un taux de rémission assez élevé a été obtenu (70%).

D'autres auteurs ont noté une amélioration assez satisfaisante après traitement par érythromycine chez des enfants atteints de pityriasis lichénoïde.Des antibiotiques comme lacéphalexine, l'amoxicilline-acide clavulanique, le céfaclor, la tétracycline et l'azithromycine ont aussi été utilisés occasionnellement aprèséchec de l'érythromycine ou en première ligne.

Aucun cas dans la littérature n'a décrit un pityriasis lichenoide sur cicatrice post opératoire , par contre quelques études ont rapportées des PLEVA après une vaccination faisant évoquer une réaction immunologique secondaire à une origine virale .

Conclusion

Le pityriasis lichénoïde est une dermatose affichante dont le diagnostic nécessite une bonne analyse sémiologique . Une prise en charge précoce peut prévenir leslésions cicatricielles indélébiles qui peuvent engendrer un fort retentissement social, psychologique et physique

Un syndrome de Sweet induit par piqûre d'insecte.

S. Ait Oussous1; F. El Alaoui El Abidi1; I. Lakhal1; R. Chakiri1

1Dermatologie et Vénéréologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophilique rare.Il est caractérisé par une constellation de symptômes cliniques, d'anomalies biologiques et histologiques.

Au cours des dernières années, la compréhension de son spectre clinique s'est élargie mais son étiologie demeure incertaine. Certains auteurs suggèrent un possible phénomène de pathergie.

Observation :

Un homme de 64 anss'est présenté en consultation pour des lésions douloureuses et prurigineuses, siégeantau niveau des zones découvertes (mains, avant-bras et cou),évoluant depuis 3 jours. Les lésions étaient précédées par des piqûres d'insecte au même endroit.L'anamnèse ne retrouvait pas demaladie associée, ni prise médicamenteuse, ni notion d'infection ou de vaccination récente.A l'examen clinique, on notait de multiples papules et plaquesérythémato-violacées, infiltrées, bien limitées, de taille variable, dont certaines étaient centrées par des vésiculo-pustules ou croûtes.Le patient était apyrétique, avec un état général conservé.Le bilan biologique a révélé une élévation de la CRP (54mg/l) et une VS accélérée (1ère heure= 76 mm ; 2ème heure= 96 mm). La numération formule sanguine quant à elle était normale.Une biopsie a été réalisé objectivant un infiltrat dermique riche en polynucléaires neutrophiles en faveur d'un syndrome de Sweet. Le patient a été mis sous corticoïde topique et AINS avec bonne évolution clinique.

Discussion :

A notre connaissance, c'est le 2èmecas de syndrome de Sweet induit parpiqûred'insecte.Le 1ercas,rapporté par M.Soua, était une femme de 65 ans, suivie pour leucémie lymphoïde chronique, et qui a présenté un tableau clinico-biologique similaire à notre patient. Elle a été traitée par doxycycline, ce qui a entraîné une guérison complète en 2 semaines.

Le syndrome de Sweetou dermatose aigue fébrile neutrophilique est une maladie inflammatoire rare à expression cutanée prédominante. Il est caractérisé par son polymorphisme clinique et la diversité des maladies qui peuvent lui être associées.

Les mécanismes physiopathologiques du syndrome de sweetsont mal élucidés. Certains auteurs suggèrent une hyperréactivité du système immunitaire, probablement médiée par des cytokines, entraînant un afflux de neutrophiles activés par IL-1. Bien que rare, un phénomène de pathergie a été décrit après piqûre d'insecte, traumatisme, brûlure, perfusion ou biopsie, vaccination, morsure ou griffure de chat.Ce phénomène est déclenché chez les patients qui semblent présenter une hypersensibilité exagérée notamment aux piqûres d'insectes.

Un granulome annulaire survenant au cours d'un diabète déséquilibré.

Dr Kerroum S., Dr Aitkhabba C., Dr Fliti A., Dr Loubaris Z., Dr Mustapha Eid C, Pr Meziane M., Pr Ismaili N. Pr Benzekri L., Pr Senouci K.
Service de Dermatologie et Vénérologie, Hôpital Ibn Sina –Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

Introduction
Le granulome annulaire est une dermatose inflammatoire chronique caractérisée par des papules ou nodules qui s'organisent en couronne pour former un anneau dont le centre est constitué d'une peau normale ou discrètement déprimée .Des associations ont été montrées avec un diabète sucré, une hyperlipidémie, des maladies auto-immunes et avec des hémopathies malignes. Nous rapportons le cas d'un granulome annulaire survenant au cours d'un diabète type 2 mal équilibré.

Observation
Il s'agit d'une patiente de 60 ans, ayant comme antécédent : un diabète de type 2 mal équilibré sous anti-diabétiques oraux, avec une dernière hémoglobine glycquée à 10%. Elle présente depuis environ 3 mois des lésions papuleuses annulaires, à centre pâle et à bordure érythémateuse surélevée. Ces lésions siègent au niveau du dos des deux mains et une au niveau du cou. Une biopsie cutanée a été réalisée montrant une lésion inflammatoire dermique composée d'un infiltrat histiocytaire avec une nécrose des fibres de collagène. Le diagnostic de granulome annulaire a été posé, un traitement par dermocorticoides de classe forte a été proposé ainsi qu'un suivi rigoureux pour le diabète.

Discussion
Le granulome annulaire est une dermatose inflammatoire chronique. Les théories physiopathologiques actuelles incluent une réaction inflammatoire de type Th1 et une altération du tissu élastique. Cliniquement, ce sont des papules asymptomatiques, de couleur chair ou rosée, avec une bordure papuleuse annulaire. Elles siègent en regard des saillies articulaires des mains ou des pieds. Sur le plan histologique, on note la présence d'une nécrobiose centrale, entourée d'un infiltrat histiocytaire palissadique. L'étiologie de cette dermatose est inconnue. Certains facteurs ont été incriminés tels que les piqûres d'insectes, les traumatismes, les infections virales, ainsi que la prise médicamenteuse. L'association aux néoplasies , aux maladies auto-immunes et au diabète a été rapportée. Chez notre patiente le granulome annulaire accompagnait un diabète sucré type 2 mal équilibré.
Le traitement repose sur la cryothérapie ou la corticothérapie locale pour les formes localisées; la corticothérapie systémique, les antipaludéens de synthèse sont discutés pour les formes disséminées. Notre malade a été traitée par des dermocorticoides de classe forte avec une bonne évolution clinique. Elle a également bénéficé d'un suivi rigoureux pour équilibrer son diabète.

Conclusion
Le granulome annulaire est une manifestation clinique peu commune et de description complexe. Il doit conduire à chercher d'autres pathologies associées.

Lichen plan cutané sur cicatrice de psoriasis : réponse isotopique de wolf

M.Elomari Alaoui[1], N.Er-rachdy[1], A.Fliti[1], L.Benzekri[1], K.Senouci[1], N.Ismaili[1], M.Meziane[1]
[1]Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc

Introduction : « La réponse isotopique de wolf» se définit par l'apparition d'une dermatose sur le site d'une autre dermatose préexistante.

Matériel et méthode : Nous rapportons un cas de réponse isotopique de Wolf développé sur le site d'un psoriasis précédemment traité par dermocorticoïdeset photothérapie.

Observation :
Il s'agit d'un patient âgé de 63 ans, sans antécédents pathologiques notables, suivi pour psoriasis étendu en plaques évoluant depuis 20 ans.
A l'examen clinique, il présente des placardsérythémato-squameuses intéressant tout le corps notamment les zones de bastion, avec quelquesplaques violacées infiltrées au niveau niveau de la partie supérieure du dos et la faced'extension des coudes.
A l'examen dermoscopique des plaques violacées : lésions linéaires réticulées, en dentelle, blanc bleutées (stries de Wickham).

Résultat :
La biopsie cutanée a révélé une hyperkératose orthokératosique avec une dermatite lichénoideet donc le diagnostic de lichen plan a été retenu

Discussion :
Nous décrivons un cas, à notre connaissance jamais rapporté dans la littérature, de réaction isotopique de Wolf avec lichen cutané sur des lésions cicatricielles de psoriasis.
La survenue d'une nouvelle dermatose exactement sur le site d'une première non apparenté et déjà cicatrisée correspond à la réponse isotopique de wolf. Les dermatoses qui apparaissent sur les sites guéris sont principalement des réactions granulomateuses et lichénoïdes, mais il peut également s'agir d'infiltrations par des hémopathies malignes, des tumeurs cutanées ou des infections.
Diverses théories ont été proposées pour expliquer ce phénomène, à savoir l'hypothèse virale, vasculaire, immunologique ou neurologique.

Association unique chez un patient d'un psoriasis, d'un lichen plan cutané et oral

S.BELLASRI (1); F.AMAAOUNE (1) ; F.JGHAIMI (2) ; R.CHAKIRI (1)
Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir
Département d'anatomopathologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Introduction :
Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique qui touche 1 à 3 % de la population mondiale. Le lichen plan idiopathique est une affection cutanée et/ou muqueuse souvent chronique et récidivante, qui touche 0,2-1 % et 1-4 % de la population adulte respectivement. Nous rapportons le cas d'un patient associantun psoriasis et un lichen plan.
Observation :
Un homme de 78 ans, sans ATCDS pathologiques particuliers, présentait des lésions prurigineuses de la maindepuis 1 an, évoluant par poussées, aggravées 9 mois après par la survenue de lésions similaires aux coudes, genoux et chevilles sans autre signe associé.
L'examen trouvait des placards érythémateux surmontés de squames blanchâtres épaisses, avec à la dermoscopie des stries de wickamaux genoux, chevilles etface d'extension des doigts ; des placards érythémato squameux avecun signe d'Auspitz positif et des piquetés hémorragiques aux coudes et un réseau en stries blanchâtre à la face interne des joues et de

la lèvre inférieure.L'histologie révèle un aspect morphologique d'un lichen plan au genou et d'un psoriasis au coude.Le bilan biologique était normal. Le patient a été mis sous dermocorticoïdes de classe très forteavec hydratation cutanée par émollients.

Discussion :

Le psoriasis et le lichen plan partagent un tableau clinique similaireet peuvent être prurigineuses. Dans les deux dermatoses, le phénomène de Köbner est observé. Bien que l'histologie soit différente, certaines caractéristiques peuvent être similaires comme l'acanthose.[1]La cooccurrence de psoriasis et de lichen plan a rarement été rapportée. Néanmoins, cette association n'est pas rare chez l'adulte.[2]L'éruption de lésions psoriasiformes et de type LP est connue pour se produire après que les médicaments anti-TNF-α etTNF-α aient régulé négativement la production d'IFN-α. Bien que notre patient n'ait pas de facteur déclencheur, la surproduction de l'IFN-α peut avoir été déclenché par un stimulus antigénique non identifiable résultant de ces deux conditions. Jusqu'à présent, les cytokines altérées, l'auto-immunité et le phénomène de Koebner ont été impliqués comme facteurs pathogéniques reliant ces deux entités. L'activation simultanée de CD4 + et CD8 + a été émise aussi comme hypothèse en plus de la régulation positive des molécules pro-inflammatoires. Peu de rapports ont mis en évidence l'association de LP oral, avec le psoriasis chez l'adulte. Cependantune incidence plus élevée d'autres maladies auto-immunes chez les patients atteints de lichen plan oral a été rapportée suggérant un risque plus élevé pour eux d'associer le psoriasis par rapport au reste de la population.[3]

Conclusion :

Nous rapportons un cas unique d'une coexistence du psoriasis, du lichen plan cutané et du lichen plan oral chez un même patient, une association qui, à notre connaissance, n'a pas encore été décrite en littérature.Cependant, il existe des rapports plus fréquents sur l'association entre des paires de ces trois entités.

Association particulière de lichen plan pigmentogène inversé et sarcoïdose

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

Introduction :

Le lichen plan pigmentogène inversé (LPPI) est une variante rare de LP cutané caractérisée par la présence de lésions lichéniennes hyperpigmentées dans les plis de flexion. La sarcoïdose cutanée est une dermatose granulomateuse. Nous rapportons un cas d'association de ces deux dermatoses de mécanismes physiopathologiques différents.

Observation:

Il s'agit d'une patiente âgée de 52ans, suivie depuis 2007 pour des lésions d'érythème noueux au niveau des 2 membres inferieurs, la biopsie cutanée a objectivé une dermite granulomateuse non nécrosante orientant vers une sarcoïdose. Le bilan biologique a révélait une élévation de l'enzyme de conversion avec un bilan phosphocalcique normal. L'exploration radiologique a montré la présence d'adénopathies médiastinales. Le diagnostic retenu était la sarcoïdose et la patiente a été mise sous corticothérapie par voie orale. La patiente s'est présenté en consultation pour des lésions hyperpigmentées, de couleur brun foncé, bien limitées. Au niveau des plis inguinaux et au niveau des creux poplités évoluant depuis 4 mois. 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 la stabilisation des lésions.

Discussion :

Le lichen plan pigmentogene inversé est une dermatose inflammatoire dont le mécanisme physiopathologique reste inconnu. Les frottements et le port de vêtements serrés sont considérés comme des facteurs déclenchants possibles. Cliniquement, les lésions se présentent sous forme de macules et des plaques hyperpigmentées, principalement situées dans les zones intertrigineuses, les zones de flexion et les plis cutanés.

La sarcoïdose est une affection granulomateuse multisystémique d'étiologie inconnue. Elle serait une réponse immunitaire incontrôlée à des antigènes non encore identifiés sur un terrain génétique prédisposant aboutissant à la formation des granulomes. Elle présente un grand polymorphisme clinique.

Dans une série de Ben Brahim et al de 42 patients , le LPP est associé dans avec une maladie auto-immune dans 25,5 % type ; une thyroïdite de Hashimoto , les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, un lupus érythémateux systémique , de polyarthrite rhumatoïde et de syndrome de Sharp. Mais aucun cas d'association avec une sarcoïdose n'a été rapporté dans la littérature.

Nous rapportons le premier cas d'association de lichen plan pigmentogène inversé et de sarcoïdose cutanée évoluant de façon indépendante. La cœxistence de ces deux dermatoses de mécanismes physiopathologiques différents peut être fortuite. Une meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques impliqués pourrait fournir des pistes pour la compréhension de cette association.

L'acné dans l'ère des filtres digitaux : une nouvelle forme de dysmorphophobie ?

I. Ouadi1 ; H. Daflaoui1 ; N. Zizi1,2 ; S. Dikhaye1,2
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 réseaux sociaux (RS) sont devenus une partie incontournable de notre vie quotidienne, et le recours facile aux applications de retouches photographiques est en train de redéfinir les normes sociales de la beauté. Cette apparence altérée peut modifier la perception individuelle d'une personne souffrant d'affection cutanée chronique telle que l'acné et les cicatrices faciales. Notre travail vise à évaluer le retentissement de ces filtres digitaux sur la perception du soi chez les personnes souffrant d'acné.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

C'est une étude descriptive transversale avec un questionnaire anonyme comportant 16 questions conçus avec Google-Forms, partagé à travers les réseaux sociaux, la population cible était toutes les personnes usant les réseaux sociaux souffrant d'acné.

RÉSULTATS

Au total, 201 personnes ont répondus à notre questionnaire. 85,9% étaient des femmes et 14,1% étaient des hommes, leur sexe ratio F/H était de 6,58. La tranche d'âge la plus concernée était celle comprise entre 20 à 30 ans (83,2%) avec une moyenne d'âge de 24,3 ans. Quatre-vingt-sept virgule quatre pourcent des sujets ont présenté une acné durant leurs vies dont 50,6% était légère, 42,7% était modérée et 6,7% était sévère. 99,4% des personnes ont admis utiliser les réseaux sociaux plusieurs fois par jour, et les plateformes les plus consultés étaient par ordre décroissant : Instagram (85,6%), Facebook (79,8%), YouTube (77,7%), Snapchat (18%), Pinterest (15,7%) et TikTok (15,1%). Soixante virgule sept pourcent des répondants partagent leurs photos sur les RS, particulièrement sur Instagram, et 73,2% de ces personnes admettent utiliser les filtres digitaux pour améliorer leurs apparences, les propriétés les plus retouchées était par ordre décroissant : les imperfections cutanées (73,2%), la couleur des yeux (54,5%), et la blancheur des dents (33,6%). Les imperfections cutanées les plus retouchées étaient les lésions d'acné et les cicatrices faciales (66,8), leurs motivations pour ces changements étaient : vouloir paraitre plus beau/belle (69,2%), vouloir cacher les lésions cutanées (55,3%), tout le monde utilise les filtres beauté ces jours-ci (15,4%). Des personnes souffrant d'acné modérée/sévère, 73,7% admettent que leur peau est une source de hantise et de dérangement pour eux, 51,5% admettent que ça retentit sur leurs relations avec leurs conjoints/amis, et 45% ont répondus que leur état de peau les dépriment.

DISCUSSION

Nous vivons dans l'ère de la beauté artificielle, et les normes sociales de la beauté sont en constante évolution. L'avènement récent des RS a conduit au développement d'applications, notamment Instagram® ,

Snapchat®, et Facetune®, ainsi que tant d'autres. Ces applications gratuites et accessibles au grand public, peuvent désormais transformer l'apparence physique d'un individu en quelques secondes en filtrant, remodelant, ou supprimant des traits indésirables du visage avant de poster les photos sur les RS, certains filtres lissent la peau, tandis que d'autres permettent d'éliminer directement les lésions de la peau tel que l'acné. 1 Peu d'études se sont intéressées à examiner l'impact de ces modification digitales sur l'image de soi, bien que les preuves limitées qui existent suggèrent que ces personnes présentent une insatisfaction corporelle et une perte de l'estime de soi.2 En effet, des études récentes ont montrés que l'utilisation des RS et des retouches photographiques étaient associées à un recours accrue aux chirurgies esthétiques pour améliorer l'apparence, 3 et que ces retouches entrainait une plus grande confiance en soi ainsi qu'une diminution de l'anxiété suivant immédiatement la publication, par rapport à la publication d'une photo sans retouche. 4 Notre travail montre la prévalence augmentée du recours des adultes jeunes surtout les femmes aux RS pour cacher les imperfections cutanées et améliorer leurs états de peau, ainsi que l'impact négatif que ça porte sur leur vision et estime de soi, incitant ainsi les dermatologues à déterminer les traitements adaptés et à mieux cibler les problèmes qui dérangent ces patients.

CONCLUSION

L'usage des RS est devenu une partie intégrante de nos vies, les applications offrant la possibilité de retouches photographiques sont devenues nombreuses, conduisant parfois les individus à développer des fausses réalités et prédisposant les jeunes à développer une image négative d'eux- mêmes, en particulier les individus souffrant de dermatoses faciales affichantes.

L'utilisation des remèdes naturels contre l'acné par les utilisateurs des réseaux sociaux

I.LAKHAL ; R. CHAKIRI

Service de Dermatologie CHU Souss Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

L'acné est une maladie chronique du follicule pilosébacé qui se développe presque toujours

à la puberté. Cela affecte 80% des jeunes entre 12 et 20 ans. L'utilisation de produits naturelsdans des pathologies dermatologiques est de plus en plus populaire, et de nombreuxpatients se tournent vers ces thérapies alternatives pour le traitement de l'acné.

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'utilisation des remèdes naturels (huiles essentielles et plantes médicinales) pour le traitement de l'acné à travers un échantillon de la population marocaine.

Méthodes :

Nous avons réalisé une enquête transversale d'une durée de trois semaines à visée descriptive et analytique auprès des utilisateurs des réseaux sociaux. Nous avons pu inclure 450 questionnaires.

Résultats :

Nous avons sollicité 450 utilisateurs de réseaux sociaux(Groupes Facebook , Instagram et Whatsapp). La moyenne d'âge de notre population était de 29.58 ans.84.88% (n=382) ont été de sexe féminin.87.36% (n=394) des répondants avaient faits des études universitaires et60.66% (n=273) étaient célibataires.86.44% (n=389)de notre population était issue d'une grande ville, 11.33% (n=51) du milieu petit urbain et 2.22% (n=10) du milieu rural.

74% (n=333) des répondants avaient déjà souffert d'acné et 46.22% (n=208) ont consulté chez un dermatologue. 67.55% (n=304) ont déjà utilisé un remède naturel contre l'acné pour l'efficacité de ces remèdes traditionnels selon 45.06% (n=137) des personnes et vu le prix élevé des produits cosmétiques pour 47.69% (n=145) d'eux. 16.55% (n=50) des personnes ont remarqué une bonne amélioration suite à l'utilisation de ces remèdes, par contre, aucune amélioration n'a été constatée pour 34.43% (n=104).

49.33% (n=226)de notre population avait déjà utilisé une huile essentielle. Les huiles les plus utilisées étaient l'huile d'argan (53.54%), l'huile d'olive (38.93%), l'huile de l'arbre à thé (34.07%), l'huile de coco (30.97%) et l'huile de jojoba (5.75%). 52.51% (n=118) ont été satisfaits des résultats de ces huiles et 91.6%(n=207) n'ont pas eu d'effets secondaires.

48% (n=218) des répondants avaient déjà utilisé une plante médicinale. 69.72% (n=152) ont déjà utilisé le miel. Les autres plantes les plus utilisées étaient le concombre (44.49%), le citron (43.11%), le curcuma (38.35%), l'Aloès des barbades (30.73%) , le Fenugrec (27.52%) , le Rosier de damas (21.55%) , l'Ail (18.8%) , la Cannelle (17.88%) , la Camomille sauvage (16.97%) , l'Olivier (13.3%) , l'Amande (11%) et la Nigelle cultivée (10.55%). 52.11% (n=111) ont été satisfaits des résultats de ces plantes et 87.5%(n=189) n'ont pas eu d'effets secondaires.

L'analyse bivariée avait montré que : l'utilisation d'un remède naturel contre l'acné ainsi que l'utilisation des huiles essentielles et des plantes médicinales étaient plus fréquente chez les femmes par rapport aux hommes avec une relation statistiquement significative ($p<0.001$),aussi, les femmes consultent plus chez un dermatologue pour un problème d'acné par rapport auxhommes avec une relation statistiquement très significative ($p<0.001$). Les résidents des grandes villes consultent plus chez un dermatologue par rapport aux résidents du milieu petit urbain et rural avec une relation statistiquement significative ($p = 0.004$), également, ils utilisent plus fréquemment les remèdes naturels par rapport aux autres ($p=0.477$). Une corrélation fortement significative a été retrouvée entre les personnes qui ont déjà consulté chez un dermatologue, et qui ont déjà utilisé un remède naturel contre l'acné

(p<0.001). Nous n’avons pas trouvé de corrélation statistiquement significative entre le niveau d’étude et l’utilisation des remèdes naturels.

Discussion:

D’après les résultats de notre enquête, l’utilisation des huiles essentielles et des plantes médicinales contre l’acné est très répandue surtout chez le sexe féminin. Or, des effets secondaires ont été notés chez pas mal de personnes.

Plusieurs produits cosmétiques contre l’acné sont à base d’huiles essentielles ou plantes médicinales.

De nombreuses recherches sophistiquées ont été faites pour étudier les effets des thérapies naturelles sur de multiples aspects de l'acné.

De nombreuses espèces de plantes sont signalées dans la médecine traditionnelle égyptienne pour le traitement de différents types d'infections cutanées. Une étude a été conçue pour filtrer les extraits méthanoliques de vingt-cinq plantes égyptiennes utilisées dans lamédecine traditionnelle pour le traitement des infections cutanées pour leurs activités antibactériennes contre Propionibacteriumacnes. Les résultats ont permis d'identifier trois plantes, à savoir : Myrtuscommunis (Myrte), Curcuma longa (curcuma) et Myristicafragrans (Muscadier) qui ont démontré une forte activité qui valide leur utilisation dans le traitement de la peau. En ce qui concerne les autres plantes médicinales utilisées pour traiter l’acné dans notre étude : Pour la Nigella sativa, dans une étude clinique de Abdul-Ameer et Al-Harchan ,la lotion d'huile N. sativa 10% a réduit significativement le nombre moyen de lésions de papules et de pustules après 2 mois de traitement. Les auteurs ont attribué les résultats aux effets antimicrobiens,immunomodulateurs et anti-inflammatoires de l'huile de N. sativa.

Pour le Citrus limon , une étude in vitro a montré que lePropionibacteriumacnes était très sensible à Citrus Limon.Le jus de Citrus Limon a été utilisé à différentes concentrations de (20%, 40%, 60%, 80% et 100%) sur Propionibacteriumacnes. Les résultats ont montré que Citrus limon était efficace à toutes les concentrations utilisées. Lorsque la concentration de Citrus Limon augmente, la zone d'inhibition augmente également.

Cependant, des effets anti-inflammatoire et antioxydant de Cinnamomumcamphora, Malus domestica, Cinnamomum verum et Trigonellafoenumgraecum ont été mis en évidence par des études in vitro.

Conclusion :

Il ressort de cette enquête que le recours à la médecine traditionnelle est largement répandu, d'autre part les plantes médicinales sont souvent très riche en composants actifs et les effets de ces derniers sur le corps peuvent être délétères, ainsi l'utilisation conventionnelle de ces plantes doit être rationnalisée.

Maladie de verneuil vue en consultation proctologique: A propos d'une série hospitalière retrospective sur 15 ans.

service de gastro-entérologie

Introduction

La maladie de verneuil est une pathologie chronique inflammatoire et suppurative qui se développe sur les territoires cutanés comportant des glandes sudoripares apocrines, dont les formes sévères sont très invalidantes. Cause classique de suppuration ano-périnéale soit 4,7 % des suppurations de la région, cette affection reste mal connue et peu étudiée faisant partie ipso facto des maladies dites orphelines. Nous nous sommes proposés de rapporter une série rétrospective de 28 cas sur 15 ans dont l'objectif principale est de rechercher les facteurs à risque associés à cette maladie , et décrire leurs aspects clinique et chirurgicale.

Patients et méthode

Nous réalisons une étude rétrospective observationnelle étalée de juillet 2007 à juillet 2022, qui concerne la maladie de verneuil, diagnostiqué par la présence des lésions à types de nodules, d'orifices fistuleux, et/ou d'abcès localisées au niveau des sites où sont présents les glandes sudoripares apocrines, avec un caractère récidivant et chronique. Leur évolution est faite grâce à la classification de Hurley. Les variables étudiées sont d'ordre épidémiologique, clinique et thérapeutique.

Résultats

Nous avons dénombré 28 cas d'hydranite suppurée. L'âge moyen des patients est de 41,42 ans avec des extrêmes de 25 et 68 ans. La pathologie est l'apanage dans cette série, des patients dont l'âge est compris entre 43 et 48 ans. Aucun malade de moins de 15 ans n'est retrouvé. La maladie touche autant d'homme que des femmes, avec une légère prédominance de sexe féminin dont le ratio est de 1,15. Parmi les sujets féminin, 3,6% affirment constater une poussée de la maladie pendant les règles ou grossesse. Chez tous

les malades, seul un patient a un antécédent familiale d'hidranite suppurée et 28,6% déclarent être tabagiques. L'obésité n'est relevée que dans 7,1% cas. Les pathologies proctologiques associées à cette affection retrouvées sont respectivement: 1 cas de sinus pilonidale et 2 cas de fistule anale.

L'âge moyen de début de la maladie est de 36,9 ans avec des extrêmes de 20 et 61 ans. Le délai moyen de diagnostic est de 4,7 ans avec des extrêmes de 6 mois et 20 ans. Les sièges des lésions observées sont respectivement:ano-périnéale isolées: 17,9%, associée dans 82,1% .dont au niveau du pubis chez 21,4% malades, et au niveau inguinal chez 28,6% des patients. Selon la classification de Hurley, on note que 35,7% sont au stade 2 et 60,7% au stade 3.

La coloscopie a été faite chez 27 patients et n'a montré aucune communication des orifices fistuleux avec le canal anal. Parmi les malades traités chirurgicalement, on note: exérèse large, monobloc de la peau et du tissu cellulaire sous jacent en un seul temps chez 11 patients et en 2 temps chez 14 malades, 2 patients ont bénéficié d'une biopsie chirurgicale avant de les envoyer en chirurgie plastique pour résection profonde suivie de greffe de la peau. L'évolution est favorable chez 26 patients, marquée par une cicatrisation en moyenne de 4,6 mois sous réserve d'adhésion aux soins locaux et d'hygiène, et défavorable chez 2 malades (récidive).

Conclusion

Dans cette série, la maladie de verneuil touche autant des hommes que des femmes, avec pour facteurs de risque le tabac. Sa localisation ano-périnéales est parfois, à tort, vécues comme honteuses et contribue au retard de diagnostic. Nous suggérons de toujours proposer aux patients un examen proctologique devant tout signe d'appel proctologique.

Pyodermagangrenosum du sein : localisation rare des dermatoses neutrophiliques à propos d’un cas.

Naji C, ABDEL-ILAH S, Aboudourib M, 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:

Le pyodermagangrenosum (PG) est une entité rare appartenant aux dermatoses neutrophiliques. Il s'agit d'une dermatose inflammatoire d'évolution chronique par poussées, révélant souvent une maladie sous-jacente associée. La localisation au sein représente une localisation inhabituelle, peu documentée dans la littérature et dont le diagnostic reste difficile à établir.

Nous rapportons le cas d'un Pyodermagangrenosum localisé au niveau du sein.

Observation:

Une patiente de 51 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait depuis 4 mois une ulcération douloureuse du sein gauche, d'extension centrifuge mesurant 9 cm de grand axe, à fond hémorragique bien limitée par un bourrelet inflammatoire sans autres localisations ni de notion de traumatisme ou de chirurgie du sein et sans autres signes cliniques associés. Une biopsie cutanée a révélé un infiltrat neutrophilique dermique, la biopsie de la glande mammaire était en faveur d'une mastopathie bénigne, l'échographie couplée à la mammographie étaient classées ACR 3. Les marqueurs tumoraux étaient négatifs. Les prélèvements bactériologiques et mycologiques étaient négatifs. L'électrophorèse des protéines sériques à objectivé la présence d'une immunoglobuline IgA type kappa, la recherche de protéine de Bence Jones était négative, nous n'avons noté par ailleurs aucune anomalie au reste du bilan étiologique. La patiente a été mise sous corticothérapie à la dose de 0.5mg/j couplée aux dermocorticoïdes, avec une bonne évolution clinique.

Discussion:

Le Pyodermagangrenosum constitue une entité clinique méconnue, se présentant classiquement par des ulcérations cutanées inflammatoires et douloureuses, la localisation au sein pose un problème de diagnostic positif et étiologique et doit faire rechercher un néoplasie associé. Elle peut survenir dans un contexte post-chirurgical ou post-traumatique définissant le phénomène de pathergie décrit dans les dermatoses neutrophiliques. Le traitement repose tout d'abord sur les soins des plaies et le contrôle de la douleur, associées aux corticostéroïdes topiques ou systémiques, la cyclosporine, les immunosuppresseur topiques ou oraux dans les

cas sévères, les médicaments anti-TNF-alpha, l'ustekinumab. D'autres thérapies qui peuvent être efficaces comprennent le canakinumab, et le tocilizumab.

Conclusion :

Bien que rarement rencontré, le PG du sein doit être rappelé lors de l'existence de lésions ulcéreuses d'évolution rapide et traînante. La morbidité sévère peut être considérablement réduite avec le début opportun d'un traitement approprié.

L'eczéma allergique de contact : connaissances, attitudes et prise en charge en médecine générale

S.Ben Salem[1]; M.Benkaraache[1]; S.Bouabdella[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 :

L'eczéma allergique de contact (EAC) est la 2ème cause d'eczéma. C'est une dermatose inflammatoire très fréquente. L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes (MG) concernant la prise en charge des EAC.

Matériel et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive réalisée en Mai 2022 à travers un formulaire de 18 questions, contenant des renseignements sur les médecins et leurs connaissances sur la prise en charge des EAC.

Résultats :

Au total, 96 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, dont 52% avaient entre 25 et 35 ans et 30% entre 35 et 45 ans avec un sexe ratio F/H de 1.8. Près de la moitié d'entre eux exerçaient dans le secteur privé avec une durée d'exercice de plus de 5 ans pour 84% et dont 94% prenaient en charge les EAC. Les EAC représentaient entre 20 et 40% de l'ensemble des consultations dans 79% des cas et les mains représentaient la zone la plus fréquemment concernée. Des difficultés pour poser le diagnostic positif étaient rencontrées dans 56% des cas et les raisons pour lesquelles ils adressaient les patients chez un dermatologue sont diverses :

chronicité (50%), formes résistantes (84%), survenue de complications (41%) et parfois même d'emblée (10%). Par ailleurs, 57% trouvaient des difficultés quant à la différenciation entre une forme aigue et chronique. Quant au diagnostic, 38% ont répondu qu'il reposait sur l'interrogatoire et l'examen clinique (EC), 16% sur l'histologie, 22% sur les tests cutanés (TC) uniquement et seulement 24% associent l'interrogatoire, l'EC et les TC. De plus, 89% d'entre eux pensent que ces TC sont toujours positifs dans l'EAC. Seulement le 1/3 connait les allergènes les plus fréquemment retrouvés. Le traitement symptomatique de l'EAC reposait sur les dermocorticoides (DC) dans 42% des cas, les DC associés aux antihistaminiques dans 26%, la corticothérapie par voie générale dans 23% et dans 9% des cas sur les antihistaminiques seuls. L'éviction de l'allergène est systématique dans l'ensemble des réponses. Enfin, seulement 36% des médecins considèraient que l'eczéma d'origine professionnelle justifierait un arrêt du travail.

Discussion

Cette étude souligne les difficultés rencontrées par les MG dans la prise en charge des EAC. C'est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Cette dermatose bénigne représente un problème de santé publique par sa prévalence qui ne cesse d'augmenter, ses formes chroniques et récalcitrantes et par la difficulté de la mise en évidence de l'allergène. Le diagnostic repose essentiellement sur l'interrogatoire et l'EC qui permettront d'orienter la réalisation des TC. Toutefois, ces derniers ne sont pas toujours positifs. Certaines formes atypiques dont l'eczéma chronique pourraient induire en erreur le médecin. Le traitement symptomatique repose sur les DC, l'éviction de l'allergène qui est une condition indispensable à la guérison car il n'y a pas de possibilité de désensibilisation et la prévention qui représente une étape primordiale. Il est ainsi important d'informer les patients. Les eczémas de cause professionnelle pourraient même justifier un arrêt de travail et imposer un reclassement professionnel.

Conclusion

Les formations continues des MG en dermatologie et notamment dans la prise en charge des EAC permettraient une meilleure gestion de cette maladie.

L'impact du jeûne intermittent type ramadanesque sur les dermatoses inflammatoires : Une enquête auprès de 128 patients

M.Benkaraache1 ; K.Sof 1 ; S.Bensalem 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 :

Le jeûne du Ramadan est un modèle très populaire de jeûne circadien intermittent pratiqué chaque année par la population musulmane.

Il a été démontré récemment que ce type de jeûne a des effets immunomodulateurs bénéfiques sur les maladies de la peau ainsi que sur les troubles rhumatismaux (1)

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'effet du jeune du ramadan sur les dermatoses inflammatoires (Acné, psoriasis et maladie de Verneuil).

Matériels et méthodes :

Pour la réalisation de ce travail, nous avons établi un questionnaire qui a été traduit en arabe dialectale et nous l'avons rempli via une conversation téléphonique.

Nous avons pu contacté 128 patients au total atteints d'acné, de psoriasis et de maladie de Verneuil.

Résultats :

Nous avons colligé 128 patients répartis comme suit : soixante-dix atteints d'acné, cinquante patients suivis pour un psoriasis et huit malades avec maladie de Verneuil.

L'âge moyen de nos patients était de 39 ans, avec une prédominance féminine.

Pour les patients atteints d'acné, 42 % ont rapporté une amélioration des lésions, à type d'assèchement des lésions pustuleuses et arrêt d'apparition de nouvelles papules inflammatoires, avec un teint plus homogène et une peau rajeunie, en outre, ces patients ont rapporté également une perte de poids avec une moyenne de 2,5 kg sur un mois, les 75 % qui n'ont pas remarqué d'amélioration par contre avaient noté une surconsommation en sucreries et matière grasse.

Dix-huit pour cent des patients suivis pour maladie de Verneuil ont constaté une amélioration plus ou moins satisfaisante pendant le mois du ramadan, faite surtout d'une diminution des suintement, à noter que plus de 50 % de ces derniers étaient également sous traitements à base d'antibiothérapie.
Concernant les malades souffrant de psoriasis, et qui n'étaient pas en rémission complète, 20 % ont observé une amélioration des lésions squameuses et de l'érythème, contre 80 % qui n'ont pas constaté de différence par rapport au jeune, ces patients étaient tous sous en moins un traitement topique (émollient ou dermocorticoide).

Discussion :

Le jeune intermittent du ramadan est un rite ou les musulmans s'abstiennent de nourriture et de boissons entre l'aurore et le crépuscule instaurant des modifications de la fréquence des repas et des habitudes alimentaires affectant différents aspects de la santé.
De nombreuses études ont été menées sur les changements métaboliques pendant et après le Ramadan, concernant les marqueurs biochimiques sanguins, urinaires, ainsi que la réduction du poids corporel et d'autres paramètres physiologiques (2).
Dans la littérature, plusieurs études montrent que le régime alimentaire peut influencer directement ou indirectement l'évolution de l'acné, pendant le jeune intermittent, la production de sébum médiée par les androgènes est diminuée et par conséquent la colonisation des comédon et l'inflammations seraient moins importantes, pourtant il existe peu de données objectives pour étayer cette notion tranchant sur la physiopathologie exacte de l'acné (3)
Dans l'hidrosadénite suppurée, les études ont montré que le jeune ramadanesque est sûr et efficace, et pourraient améliorer les symptômes et ceci est liée à la contribution potentielle de la manipulation diététique dans la modulation de l'inflammation systémique au cours de cette pathologie (4).
Pour le psoriasis, une étude italienne montre que le rythme circadien du mois de ramadan pourrait influencer le mécanisme d'action des traitements reçus lors du psoriasis, en modulant plusieurs fonctions biologiques, dont la synthèse des protéines, le métabolisme et la croissance cellulaire, les auteurs ont constaté une amélioration significative du score PASI associée à une perte de poids (5).

Conclusion :

Le jeune du ramadan est au-delà de l'aspect religieux, il est utilisé pour ses vertus diététiques et thérapeutiques, il permet de régénérer l'organisme, réguler le métabolisme et purifier la peau, plusieurs études ont prouvé ses bienfaits principalement sur les maladies inflammatoires à condition de l'aborder avec prudence.

Erythème polymorphe ou syndrome de Rowell : critères diagnostiques et anatomie pathologique

M.A. Ennaciri, A. Kinany, N. Hjira, M. Boui

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

Introduction

Le syndrome de Rowell constitue un diagnostic différentiel de l'érythème polymorphe. Certes rare, il est à évoquer et à différencier de l'érythème polymorphe, d'où la nécessité de connaître les critères permettant leur discernement

Observation

Patiente âgée de 16ans, hospitalisée pour dermatose bulleuse, ayant environ 5 récurrences d'herpès oro-labial par an, et qui présente des poussées récidivantes (moins de 3 fois par an) d'éruptions en cocardes à distribution acrale bilatérale et symétrique ne répondant pas à l'automédication par aciclovir 200mg x 5/an.

L'éruption justifiant son hospitalisation n'a pas été précédée par un herpès oro-labial et il n'ya, par ailleurs, pas de notion de nouvelle prise médicamenteuse ou de symptomatologie pulmonaire

L'examen cutané retrouve des lésions polycycliques en cocardes à distribution acrale bilatérale et grossièrement symétrique faites d'un centre papuleux, bulleux ou purpurique ; un deuxième cercle pâle en relief, et un troisième cercle

érythématoviolacé + pseudococardes siégeant au niveau des membres + cicatrices hyperpigmentées de poussées antérieures au niveau des membres. L'examen muqueux retrouve des lésions en cocarde au niveau de la lèvre, des érosions polycycliques au niveau du palais dur, des gencives attachées intactes et une muqueuse génitale indemne. L'examen des phanères ainsi que l'examen des autres appareils ne retrouve pas d'anomalies

Nous avions évoqué érythème polymorphe bulleux, et écarté un syndrome de stevens-johnson devant l'absence de notion de nouvelle prise médicamenteuse et d'atteinte cutanée diffuse et de macules purpuriques ou ardoisées ; nous avions écarté aussi un syndrome de Rowell devant l'absence d'atteinte cutanée évocatrice de lupus ou d'anomalie à l'examen des autres appareils ; le pemphigus a lui aussi été écarté, l'atteinte muqueuse étant minime n'empêchant pas l'alimentation et présence de lésions en cocardes

Une biopsie a été réalisée sur une lésion en cocarde ; nous n'avons pas biopsié de lésion bulleuse du fait de leur localisation ou de leur grande taille.

Résultat : revêtement cutané à l'épiderme de surface aminci surmonté par une couche cornée épaissie orthokératosique. Les cellules de la basale dermique montrent une vacuolisation importante. Le derme superficiel et moyen abritent un infiltrat lymphocytaire en bande qui se prolonge pour se distribuer en périvasculaire et en périphérie. La biopsie avait comme conclusion, un aspect morphologique compatible plutôt avec un lupus érythémateux subaigu

Le bilan immunologique avait retrouvé des AAN négatifs (DNA natifs, Sm, SSA, SSB négatifs aussi)

Les sérologies virales anti-EBV et anti-CMV étaient positives.

Nous avions été déroutés devant la clinique fortement évocatrice d'érythème polymorphe bulleux et la conclusion anatomopathologique de lupus érythémateux subaigu

Discussion

Le lupus érythémateux cutané subaigu simule parfois un érythème polymorphe : syndrome de Rowell. Il est associé au lupus érythémateux systémique dans 50 à 62% des cas, avec une atteinte systémique généralement modérée avec de rares atteintes sévères neurologiques ou rénales. Les AAN sont positifs dans 74% des cas, les anti-SSA sont positifs dans 72% des cas, les anti-DNA natifs sont positifs

dans 11 à 20% des cas. L'anapath montre une nécrose des kératinocytes de la basale mais également de la zone supra-basale, une absence d'épaississement de la membrane basale, un infiltrat lymphocytaire typiquement modéré et prédominant dans le derme superficiel. L'hyperkératose est le plus souvent discrète.
L'immunofluorescence directe montre une bande lupique dans 50 à 100% des cas en peau lésée et entre 30 et 100% en peau non lésée.
Pour retenir le diagnostic de syndrome de Rowell existent de nombreux critères classifiant dont les critères de Rowell et Al en 1963, les critères de Lee et Al en 1995, Zeitouni et Al en 2000, Torchia et Al en 2012.
Tous ces critères classifiant nécessitent la présence de lésions lupiques et d'AAN pour parler de syndrome de Rowell, ce qui n'est pas le cas de notre patiente
Le diagnostic d'érythème polymorphe bulleux semblait alors le plus vraisemblable.
Qu'en est-il alors de l'anatomopathologie ?
L'anatomopathologie peut montrer des kératinocytes apoptotiques individuels, ou une dégénérescence vacuolaire des kératinocytes basaux, une spongiose voire des bulles intra ou sous-épidermiques, voire une nécrose kératinocytaire. Le derme peut montrer un infiltrat lymphocytaire modéré à dense en périvasculaire au niveau du derme papillaire et au niveau de la jonction dermo-épidermique, un œdème superficiel du derme et un infiltrat éosinophilique.
Notre biopsie était donc compatible avec un érythème polymorphe

Conclusion

En cas de doute diagnostique entre un érythème polymorphe et un lupus subaigu, les critères de Torchia et Al 2012 peuvent être d'un secours, avec la nécessité de réunir d'au moins 1 critère mineur et des 4 critères majeurs qui sont

- La présence de lésions de lupus érythémateux cutanée chronique (lupus discoïde ou engelures)
- La présence de lésions d'érythème polymorphe like
- AAN d'aspect moucheté ou SSA ou SSA positifs
- Immunofluorescence directe négative sur les lésions érythème polymorphe-like

L'anatomie pathologique peut être déroutante, les deux maladies appartenant aux dermatoses lichénoïdes d'interface

Eczéma variqueux

Introduction

L’eczéma variqueux est une forme tout à fait particulière d’eczéma, aussi appelé dermite de stase. Cet eczéma apparaît à cause d’une insuffisance veineuse et se caractérise par la formation de lésions cutanées, en plaques ou en nappes, sur le trajet des varices de couleur rougeâtre à brun foncé, taille variable, pas de délimitations précises. Parfois, on remarque aussi l'apparition de petites vésicules de peau.

Observation

Patient âgé de 80, suivi pour HTA et insuffisance veineuse depuis 2018, présenté à notre service de dermatologie avec des plaques érythémateux squameuses au niveau des membres inférieur, le début remonte Il y a 1 mois pour apparition des lésions vésiculeuses suintante très prurigineuse au niveau des jambes. L'examen dermatologique a révélé de plaques rouge violette surmonté des squames jaunâtres lambeau adhérant, chaud et douloureuse à la palpation impliquant les parties inférieures des jambes (Fig. 1 et 2).
Présence des varices au niveau des jambes avec sensations de lourdeur dans la jambe et fourmillements au cours de la journée.
Le diagnostic différentiel comprend : eczéma craquelé, eczéma nummulaire et eczéma de contact,
Des explorations biologiques ont été réalisées, et n’ont pas montré de perturbations rénales, hépatiques, ou du métabolisme glucidique, avec un taux d’urée à 0,21 g/l,
Une créatinine à 8 mg/l, ASAT à 17 UI/l, ALAT à 12 UI/l, et une glycémie à jeûne à, 05 g/l. la CRP est augmenté à 33,9
D’autres explorations ont été réalisées, vu l’âge du patient, notamment, un dosage de PSA, un hémogramme, vitesse de sédimentation, dosage des lactico-déshydrogénases, ainsi qu’un bilan lipidique, et ont toutes étaient normales.
L’écho doppler de membre inférieur a évoqué une insuffisance veineuse profonde.

Après avoir établi le diagnostic, le patient a été mis sous Clobétasol propionate en crème (DERMOVAL®), avec une crème émolliente et port d'un bas de contention.

Discussion

Une plaque rouge sur la jambe peut être due à plusieurs maladies. Certaines sont des affections graves et nécessitant une prise en charge rapide, Le diagnostic repose sur la clinique est caractérisé par plaques ou en nappes, erythemato squameuse de couleur rougeâtre à brun foncé, taille variable, pas de délimitations précises. Ce type de complications est quasiment inéluctable chez les personnes atteintes d'insuffisance veineuse non traitée. C'est une maladie chronique qui peut entraîner la formation de varices, voire de complications plus graves, les veines sont constituées de valvules qui empêchent mécaniquement le sang de redescendre le long de la paroi veineuse. Sous l'effet de facteurs de risques (âge, sédentarité, grossesse, chaleur), la paroi des veines peut se dilater, Les valvules deviennent alors perméables et n'assurent plus leur fonction anti-reflux. Le sang stagne dans les capillaires sanguins et forme des petits amas. C'est au niveau d'une stase que la veine devient varice. L'eczéma variqueux dans tous les cas nécessite un traitement en raison de sa nature invalidante.

Une dyshidrose bulleuse palmo-plantaire

S.Ben Salem[1]; S.Bouabdellah[1]; M.Benkaraache[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

<u>Introduction</u> :

La dyshidrose est une maladie relativement fréquente, posant peu de problèmes de diagnostic positif, mais beaucoup de problèmes de diagnostic

étiologique avec de grandes incertitudes sur le plan physiopathologique. Elle est bénigne, mais récidivante et devient handicapante du fait de la gêne fonctionnelle.
Nous rapportons le cas d'un eczéma dishydrosiquepalmo-plantaire dans sa forme bulleuse, inaugural chez un jeune adulte de 23 ans.

Observation :

C'était un patient de 23 ans, étudiant en médecine, sans antécédents d'eczéma, de dyshidrose et sans notion de terrain atopique. Il a consulté pour des lésions vésiculo-bulleuses palmo-plantaires évoluant depuis 3 semaines associées à un prurit intense sans notion d'application ou d'utilisation de substances pouvant être incriminées.

L'examen dermatologique notait la présence de multipleslésions vésiculeuses et d'autres bulleuses de grande taille reposant sur une peau érythémateuse très prurigineuses, à contenu clair, flasques, se rompant facilement au contact et dont certaines sont multiloculées siégeant au niveau des 2 faces des mains et des pieds en bilatéral sans signes de surinfection.

Le diagnostic clinique d'un eczéma dyshidrosiquepalmo-plantaire inaugural a été retenu.
Le patient a été mis sous dermocorticoïdes de classe forte, un spray asséchant ainsi qu'une aspiration quotidienne des bulles en gardant le toit.
L'évolution était marquée par un assèchement des lésions au bout de 8 jours de traitement. La dégression des doses de dermocorticoïdes s'est faite progressivement jusqu'à arrêt total.

Discussion :

La dishydrose, également appelée eczéma dishydrosique, est une pathologie inflammatoire vésiculeuse très prurigineuse touchant les mains et les pieds dont le mécanisme exact est mal élucidé. Par ailleurs, il existe plusieurs facteurs de risque pouvant être incriminés, notamment la dermatite atopique,

l'exposition à des allergènes, les onychomycoses etc… Dans notre cas, aucun facteur n'a été identifié.
Cliniquement, on retrouve une éruption vésiculeuse intensément prurigineuse au niveau des mains et des pieds, en particulier sur les faces latérales et dorsales des doigts. Les vésicules peuvent fusionner et donner une forme bulleuse de dishydrose. Le diagnostic est clinique et une biopsie cutanée est rarement nécessaire.
La gravité peut être évaluée à l'aide du score DASI (DyshidroticEczema Area and Severity Index). Le traitement repose essentiellement sur les dermocorticoïdes et les inhibiteurs de la calcineurine. Dans d'autres situations on peut avoir recours aux corticoïdes systémiques, la PUVAthérapie, la toxine botulique
Le traitement est considéré comme réfractaire lorsqu'il y a absence d'amélioration après 2 à 4 semaines de traitement adéquat.

Conclusion :

La dysidrose est une affection commune représentant 1 % des consultations en dermatologie. La forme vésiculeuse est la forme la plus fréquente, mais elle peut également se présenter sous formes de grandes bulles. Le diagnostic est clinique et le traitement repose sur les dermocorticoïdes.

Nécrobiose lipoïdique : une présentation atypique chez une fille de 10 ans.

I.El Modafar[1, 2], M.Aboudourib[1, 2], O.Hocar[1, 2], S.Amal[1, 2.]

[1]Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

[2] Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

La nécrobiose lipoïdique, anciennement connue sous l'éponyme de maladie d'Oppenheim-Urbach, est une dermatose granulomateuse inflammatoire rare qui a été décrite pour la première fois par Oppenheim en 1929. C'est Urbach qui, en 1932, proposa l'appellation «necrobiosislipoidicadiabeticurum». Cette maladie affecte le plus souvent les femmes diabétiques d'âge moyen, sa survenue dans la population pédiatrique est très rare.

Nous rapportons, à travers cette observation, un aspect atypique et une localisation très rare de nécrobiose lipoïdique chez un enfant diabétique.

Observation :

Il s'agit d'une fille de 10 ans, diabétique type 1 depuis l'âge de 7 ans mal équilibrée, ayant présenté 15 jours avant son admission, des lésions nodulaires douloureuses violacées infiltrées et indurées au niveau des 2 jambes évoluant vers des plaques brunes violacées. L'examen dermatologique a noté un placard infiltré brun violacé mesurant 2x2 cm au niveau de la jambe gauche, associé à une plaque violacée indurée mesurant 7x5 cm localisée au niveau du dos du pied droit à centre atrophique et multiples plaques violacées annulaires infiltrées bilatérales au niveau des jambes. Le résultat anatomopathologique a été en faveur de nécrobiose lipoïdique notant une partie centrale du derme moyen et profond formée par des plages mal limitées de nécrobiose celle-ci est entourée par un infiltrat inflammatoire comprenant des histiocytes tantôt épithéloides, tantôt à cytoplasme clair.

L'évolution a été marquée par une bonne amélioration des lésions après l'obtention d'un équilibre glycémique et une application quotidienne de propionate de clobétasol 0,05%.

Discussion :

La nécrobiose lipoïdique est une dermatose granulomateuse rare, associée au diabète dans 10 à 40% des cas, voire d'avantage, avec une prévalence

dans la population diabétique aux alentours de 0.3 à 1.2%. Les femmes d'âge moyen (entre 30-40 ans) sont les plus fréquemment affectées. La survenue dans la population pédiatrique est très rare et décrite chez 0,06% des enfants diabétiques, avec une prédominance féminine. À notre connaissance, seulement 4 cas pédiatriques âgés de 10 ans ou moins ont été rapportés. La forme clinique typique est faite de macules bien délimitées avec une bordure violacée et un centre jaune-brunâtre atrophique parsemé de télangiectasies localisées au niveau prétibial. Les localisations au niveau des chevilles, sur le dos des pieds, et plus rarement sur d'autres parties du corps sont exceptionnelles.

Conclusion :

Notre rapport de cas illustre l'importance de considérer le diagnostic de nécrobiose lipoïdique devant la suspicion d'une dermatose granulomateuse chez un enfant diabétique.

La relation entre la rosacée et le syndrome métabolique dans la population marocaine : une étude rétrospective cas témoins

R. Ajaaouani ; F. Hali ;H.Rachadi; S. Chiheb
Service de dermatologie vénérologie
CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :
La rosacée et le syndrome métabolique sont associés à une inflammation chronique et à un phénotype pro-inflammatoire. Notre objectif est d'etudié la relation entre la rosacée et le syndrome métabolique dans notre population.

Matériel et méthode :
C'est une étude rétrospective cas témoins mené entre janvier 2021 mars 2022, incluant 25 patients atteints de rosacée et 12 patients témoins. Les critères d'exclusion pour les deux

groupes étaient : une maladie associée au métabolisme du glucose, un antécédent d'une coronaropathie, des dermatoses inflammatoires chroniques. Les données épidémiologiques, cliniques, anthropométriques, les mesures de la tension artérielle et les résultats du bilan biologique étaient enregistrées et analysées par le logiciel SPSS et Excel.

Résultats :

Vingt –cinq patients atteints de rosacée (5 hommes et 20 femmes ; l'âge moyen était 50,8 ans ; extrêmes : 35-68 ans) et douze témoins (6 hommes et 6 femmes ; l'âge moyen était 49 ans ; extrêmes : 38-72 ans) étaient inclus dans l'étude. Sur 25 patients atteints de rosacée, les formes cliniques étaient une rosacée érythémato-télangiectasique (n=12), une rosacée papulo-pustuleuses (n=10) et rhinophyma (n=3). La répartition des lésions sur le visage était central (n=10), tout le visage (n=7), au niveau de joues (n=8). La durée moyenne d'évolution de rosacée était de 3,4 ans. L'analyse statistique a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les groupes rosacée et témoin concernant la présence du syndrome métabolique ($p>0,05$). Le taux de la glycémie à jeun, du cholestérol total, les niveaux de pression artérielle systolique et diastolique étaient significativement élevés dans le groupe rosacée que dans le groupe témoin ($p<0,05$). Il n'y avait pas de différences significatives entre les participants par rapport à l'âge, le sexe, le poids, la taille, le tour de taille, l'indice de masse corporelle, les antécédents de tabagisme, la consommation d'alcool, le taux du cholestérol HDL entre les groupes rosacées et témoins ($p>0,05$). La comparaison de la moyenne des paramètres entre les deux groupes a montré que le taux moyens du cholestérol LDL, les triglycérides, le cholestérol total, la CRP et la tension artérielle systolique et diastolique étaient significativement plus élevés dans le groupe rosacée que dans le groupe témoin ($p<0,05$).

Discussion :

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, et évoquent l'existence d'une relation entre la rosacée et certains paramètres liés au syndrome métabolique et aux facteurs de risque cardio-vasculaire. Cette relation peut s'expliquer par le fait que des facteurs similaires, tels que des niveaux accrus de cathélicidine LL-37, Endoplasmicreticulumstres, de cytokines inflammatoires et de stress oxydatif sont décrit dans la pathogenèse de la rosacée et le syndrome cardio-métabolique. A l'issue de notre étude, nous signalons l'intérêt d'évaluer les facteurs de risque cardiovasculaire chez tous patients consultant pour rosacée avec un suivi à long terme.

Lichen plan pigmentogène : profil épidémiologique, morphologique et histologique

Imane Bahbouhi, Houda Tadili, MaryemAboudourib, OuafaHocar, Said Amal

Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction

Le lichen plan pigmentogène est considéré comme une entité distincte du lichen plan.

Nous décrivons à travers cette série hospitalière ses caractéristiques épidémio-cliniques, histologiques et thérapeutiques.

Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique colligeant tous les cas de lichen plan pigmentogène confirmés histologiquement sur une période de 8 ans, entre 2014 et 2022.

Résultats

27 cas de lichen plan pigmentogène ont été colligés, 25 femmes (82%) et 2 Hommes (17%). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 34 ans, avec des extrêmes allant de 4 à 70ans. Le délai diagnostic moyen était de 2,3 ans. Une malade avait également un lichen plan et un lichen unguéal. Une sarcoïdose était associée chez une patiente, et une neurofibromatose de type I l'était chez une autre. Un prurit était rapporté par la majorité des patients, soit 63 %. Le schéma de pigmentation le plus observé était tacheté (59%), suivi du schéma en nappes (33%), puis du réticulé (7%), périfolliculaire (7%) et linéaire (7%). Le visage et les membres étaient les plus touchés (51%), suivis du cou (48%), du tronc (44%) et enfin les plis (14%).La surface cutanée atteinte moyenne était de 9,3 % de la surface corporelle totale. L'étude histologique trouvait un infiltrat lymphocytaire (92%), une kératose orthokératosique (92%), une incontinence pigmentaire ainsi que des mélanophages (85%), une vacuolisation de la basale (66%), une atrophie épidermique (62%) et une

hypergranulose (18%). La sérologie de l'hépatite C a été demandée chez 48 % des malades et elle était négative dans tous les cas. Sur le plan thérapeutique, les dermocorticoïdes étaient largement prescrits (77%), ainsi que les agents dépigmentants (48%), suivis de la corticothérapie systémique, administrée per os dans 18% des cas et par voie intramusculaire dans 14% des cas, puis de l'acide tranexamique (14%), l'isotrétinoïne (7%) et enfin du tacrolimus (7%).

Discussion

Le lichen plan pigmentogène est une dermatose rare, qui a principalement été rapportée en Inde, de physiopathologie encore obscure. Cependant, des études suggèrent le rôle de certains facteurs tels que les infections virales, les rayons UV ou l'application de certaines huiles. Cette pathologie prédomine chez l'adulte de sexe féminin. Elle a rarement été décrite chez l'enfant et sa prévalence varie selon les séries de 2,8 à 4%. Six enfants étaient atteints dans notre étude, soit 22% des cas.

Il s'agit d'une dermatose inflammatoire acquise caractérisée par des macules pigmentées brunes ou ardoisées localisées dans les zones photoexposées, notamment le visage, le cou et les bras mais qui peut également toucher exclusivement les plis. Cette localisation est rare, et il s'agit dans ce cas d'un lichen plan pigmentogène inversé. Notre étude en a relevé trois cas. La pigmentation peut être distribuée selon un schéma diffus (en nappes), tacheté, linéaire, périfolliculaire ou réticulé, mais tous peuvent coexister chez le même patient. Le schéma tacheté était dominant dans notre série. La forme blashkolinéaire très rare, a été notée dans un cas.

Le prurit, considéré par certains comme un marqueur d'activité du lichen plan pigmentogène est inconstant, il n'était retrouvé chez nos malades que dans 63% des cas.

Le traitement de cette variante de lichen est particulièrement difficile et décevant, et n'obéit à aucun consensus.

Lichen plan actinique avec atteinte des lèvres traité avec succès par hydroxychloroquine

O.K.Idrissi, F.Hali, F.mernissi, S.Chiheb

Service de dermatologie véné

Service d'anatomopathologie, CHI Ibn Rochd, CAsablanca

Introduction:

Le lichen plan actinique, également connu sous le nom de lichen plan tropicus et de mélano dermatite lichénoïde, est considéré comme une variante rare du lichen plan. Il affecte principalement les enfants et les jeunes adultes. Nous rapportons un cas de lichen plan actinique avec atteinte des lèvres traité avec succès par hydroxychloroquine.

Observation:

Patient âgé de 56 ans sans antécédents pathologiques particuliers se présentant avec une éruption du visage, du dos des mains et des pieds évoluant progressivement sur 6 mois. Il n'y avait pas de prise médicamenteuse précessive. Par ailleurs, le patient était exposé au soleil de façon chronique. Le patient était de phototype IV, l'examen dermatologique retrouvait de multiples lésions papuleuses érythémato-violines, légèrement squameuses et infiltrées par endroit siégeant au niveau du visage, du décolleté, la face dorsale des mains et des pieds. L'examen des ongles et de la muqueuse buccale était normal.

L'étude histologique a montré un épiderme hyperkératosique acanthosique, une hypergranulose cunéiforme et focale avec des kératinocytes basaux apoptotiques. Un infiltrat inflammatoire en bande infiltrant le derme papillaire et envahissant les couches inférieures de l'épiderme avec liquéfaction des cellules basales. Le tout associé à une incontinence pigmentaire. Le diagnostic de lichen plan actinique a été posé. Le bilan biologique n'a pas révélé d'anomalies, notamment pas de syndrome inflammatoire. Le bilan immunologiques était négative ainsi que les sérologies virales hépatiques.

Le patient a reçu des dermocorticoïdes associés à de l'hydroxychloroquine avec une bonne photo protection. Ses symptômes se sont partiellement améliorés au bout de 2 mois.

Discussion:

Le lichen plan actinique est une variante clinique rare du lichen plan, qui affecte principalement les zones exposées. Il existe quatre sous-types : les formes annulaire, dyschromique, classique de type plaque et pigmentée.

Le diagnostic différentiel du lichen plan actinique comprend le lichen plan pigmentogène, la lucite polymorphe, le lupus érythémateux discoïde, la sarcoïdose et l'hyperpigmentation post-inflammatoire.

Les options théécrans solaires à large spectre, des stéroïérivés de l'acide rétinoïque. La rémission spontanée peut se produire en hiver dans certains cas, mais ils peuvent rechuter au cours de l'été suivant.

Profil épidémio-clinique du psoriasis chez l'adulte : une série de 275 patients

S.Essaddouki, F Z.Elfatoiki, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie
Hôpital universitaire CHU Ibn rochd Casablanca

Introduction

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire, concernant 3 % de la population, avec cependant des variations raciales et géographiques. Le but de ce travail est de décrire le profil épidémiologique et clinique des patients atteints de psoriasis au service de dermatologie de Casablanca.

Matériels et méthodes

Une étude rétrospective descriptive a été réalisée entre janvier 2012 et décembre 2021 au service de dermatologie et vénérologie du CHU IBN ROCHD de CASABLANCA. Pour tous les patients, ont été recueillis les données anamnestiques, cliniques, histopathologiques et thérapeutiques.

Résultats

Nous avons colligé 275 cas, dont 140 femmes et 135 hommes (sex ratio : 0,96). L'âge moyen était de 39,85 ans (17 ans ,88ans) avec une prédominance de la tranche d'âge de 35 et 45 ans. L'âge médian au moment des premières manifestations était de 4,31 ans. Un psoriasis familial a été retrouvé chez 30 patients. La notion de syndrome métabolique était

notée chez 92 patients. Les facteurs déclenchants étaient dominés par la prise de corticothérapie dans 75 cas, l'infection dans 35 cas, le stress dans 29 cas et l'ingestion ou l'application de plantes médicinales dans 16 cas. Les formes cliniques ont été dominées par le psoriasis en plaque chez 131 cas, le psoriasis en gouttes a été noté chez 45 cas et le sébopsoriasis dans 22 cas. La KPP a été objectivée chez 53 malades. L'atteinte unguéale chez 186 patients et l'atteinte du cuir chevelu chez 176 patients. Les formes graves étaient notées chez 93 patients (érythrodermie : 35, psoriasis pustuleux : 29 et le psoriasis arthropathique chez 28 cas). Le prurit était rapporté chez 79% des cas. Un traitement topique à base de dermocorticoïdes et des émollients était indiqué chez tous les patients. La balnéo-photothérapie a été indiquée chez 42 % des patients. Un traitement systémique a été instauré chez 63 % des patients : 112 patients ont reçu du méthotrexate, 38 sous rétinoïdes, 12 sous cyclosporine et 8 sous biothérapie.

Discussion

Le psoriasis est une dermatose fréquente également dans notre contexte. Les formes classiques non compliquées sont prédominantes. Le caractère prurigineux du psoriasis est également fréquent dans notre contexte. Les formes graves sont dues surtout à la mauvaise adhérence au traitement et à l'automédication aux corticostéroïdes. Le traitement peut être strictement local dans les formes bénignes localisées voire difficile et parfois décevant dans les formes graves.

Maladie de Verneuil, corrélation entre la sévérité et les comorbidités

H.Chagraoui. F.Hali. H.Rachadi. S.Chiheb

Introduction :

La maladie de Verneuil ou Hidradénite Suppurative (HS) est une maladie inflammatoire chronique des glandes apocrines . Sa prévalence est de 1 à 4%, toutefois, elle reste souvent mal diagnostiquée et sous-estimée. En plus du retard diagnostic, son association à de nombreuses comorbidités entraine souvent une altération de la qualité de vie aussi bien qu'une difficulté de sa prise en charge. Le but de notre travail est d'analyser les comorbidités pouvant avoir un lien significatif avec une présentation sévère, ainsi qu'une évolution défavorable de la maladie.

Matériels et Méthodes :

Étude transversale analytique sur 38 patients chez qui le diagnostic de maladie de Verneuil a été retenu entre 2011 et 2021 dans un service de dermatologie. Le seuil de significativité était de 5%.

Résultats :

Nous avons colligé 38 cas d'HS. La moyenne d'âge était de 41,6 ans (14-66), avec un âge médian de début de 32,5 ans. Le sex ratio (H/F) était de 2,16, avec 68 % d'hommes et 32% femmes. La durée médiane d'évolution était de 7,5 ans allant de 6 mois à 24 ans. 13,15% des cas avaient un antécédent familial d'HS. La sévérité de la maladie a été jugée à partir du stade Hurley et du nombre des sites atteints. 63,15% avaient un stade III, 18,42 % avaient un stade II, et 18,42% avaient un stade I. L'atteinte de plus de deux sites était notée chez 73,68% des cas : plis axillaires dans 52,3%, plis inguinaux dans 44,7%, la région péri-anale dans 44,7%, la région fessière dans 55,26%, et la région périnéale dans 34,12%. L'association à un diabète était présente dans 26,31%, une hypertension artérielle dans 13,15%, une dyslipidémie dans 23,68%, un syndrome métabolique dans 36,84%, une obésité dans 52,63%, un tabagisme dans 73,68%, les MICI dans 28,94%, un antécédent d'acné dans 39,47%, alcoolisme dans 34,21%, une dépression dans 47,36%, un sinus pilonidal dans 4 cas, le SAPHO dans 1 cas, OPK dans 2 cas, un psoriasis dans 1 cas. La dégénérescence en carcinome épidermoïde a été notée dans 2 cas. Nous avons noté une corrélation significative entre la sévérité de la maladie et la présence de diabète (p=0,03), dyslipidémie (p=0,05), obésité (p=0,01), tabagisme (p=0,001), et dépression (p=0,012). Il n'y avait de différence statistiquement significative pour l'alcoolisme (p=0,44), l'acné (p=0,59), et la présence de MICI (p=0,68). Une Antibiothérapie a été indiquée chez tous les malades, le recours à la chirurgie chez 2 patients, un laser épilatoire chez 3 patients, l'isotrétinoine chez 5 patients, et la metformine chez 7 patients. L'évolution était marquée par la résistance thérapeutique chez 26,3 % (10 cas), et une poussée rémission chez 73,68% (28 cas)

Discussion :

L'HS est associée à un large éventail de comorbidités systémiques par rapport à la population générale. Notre étude met la lumière sur un profil à risque notamment les

patients diabétiques, tabagique, dyslipidémiques, obèses, et dépressifs à développer une expression plus sévère de la maladie, d'autant plus, que l'âge moyen de prédilection est celui de l'adulte jeune. Ces corrélations suggèrent des mécanismes physiopathologiques spécifiques encore inconnus. Une plus grande sensibilisation aux comorbidités de l'HS est essentielle afin d'optimiser la reconnaissance et la prise en charge de cette malade qui reste invalidante et souvent méconnue.

Maladie de Morbihan : Une complication méconnue de l'acné

Z.Mehsas, M.Asermouh, S.Sektaoui, 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 place de la maladie de Morbihan dans la nosographie est incertaine. Tantôt dénommée « œdème facial persistant solide »et considérée comme une complication rare d'acné, tantôt « rosacée lymphœdémateuse », c'est une entité rare et souvent méconnaissable, qui se manifeste par une apparition lente de lymphœdème persistant des deux tiers supérieurs du visage

Nous rapportons une observation d'un œdème de Morbihan chez un malade présentant une acné sévère.

Observation :

Un patient de 22 ans s'est présentée dans notre service avec un œdème et un érythème du visage persistants et asymptomatiques évoluant depuis 2 ans. Il avait reçu précédemment plusieurs traitements mais sans amélioration.

L'examen dermatologique a objectivé un œdème solide érythémateux des paupières, du nez et des joues surmonté de lésions papulo-pustuleuses et de comédons sur tout le visage, avec atteinte du dos. Il était par ailleurs en bonne santé et ne prenait aucun médicament. Le bilan biologique était

strictement normal, en particulier l'hémogramme ,la VS , les CPK ,les LDH et le bilan immunologique.

Ce qui a permis de récuser l'hypothèse de dermatomyosite. La TDM faciale a montré une infiltration étendue des parties molles crânio-faciales sans lésion suspecte.L'histopathologie a révélé un œdème dermique, un infiltrat lymphohistiocytaire périvasculaire et péri annexiel et une hyperplasie des glandes sébacées.

Devant le tableau clinique typique et les résultats histopathologiques, le diagnostic de maladie de Morbihan a été retenu. Le patient a été traité par Isotrétinoïne orale (20 mg/jour pendant 3 mois) sans régression de l'œdème solide et de l'érythème du visage mais on notait une amélioration de l'acné du dos, puis il a été perdu de vu .

Discussion :

La pathogenèse de la maladie de Morbihan est encore inconnue. Elle est considérée comme une variété clinique ou une complication de la rosacée ou de l'acné qui n'a pas tendance à régresser spontanément. On pense que l'inflammation chronique chez les patients atteints de DM est due à l'acné ou à la rosacée causant des dommages structurels aux vaisseaux sanguins et lymphatiques .

La maladie du Morbihan est un diagnostic d'élimination, avec un tableau clinique qui ne correspond pas parfaitement à une entitéétablie telle que le lupus érythémateux, la dermatomyosite, ou une dermatose granulomateuse bien définie. Cliniquement on retrouve un œdème et un érythème localisés sur la moitié supérieure du visage affectant le front, la glabelle, les paupières, le nez et les

joues.

La prise en charge reste difficile et surtout empirique. et seuls quelques cas de patients atteints de DM traités avec succès ont été rapportés . Cependant, il existe différentes alternatives thérapeutiques. Les corticoïdes et le métronidazole se sont

avérés efficaces. Le traitement par diurétique est une alternative thérapeutique intéressante dans les formes sévères de l'affection rapportée dans l'étude de Massikh. Compte tenu de l'énorme impact psychologique et socioprofessionnel de cette affection, une meilleure compréhension du mécanisme physiopathologique permettra d'en déduire des thérapeutiques plus prometteuses.

Conclusion :

Nous rapportons une nouvelle observation d'une maladie de Morbihan compliquant une acné sévère qui est une une affection rare et persistante, avec un retentissement psychique important , et présentant des difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

Pyodermagangrenosum révélant une tuberculose pulmonaire : une rare association méconnue

F.Amaaoune1 ,W.Zidan2 ; M.Aalaoui2; M. Aboudouraib1; O.Hokar1; S.Amal1

1: Service de Dermatologie, CHU med VI, Marrakech

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

Introduction

Le pyodermagangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique (DN) associée dans plus de 50 % des cas à une maladie inflammatoire, rhumatologique ou néoplasique. Plus rarement, il peut être lié à une infection chronique. Nous rapportons un cas de PG révélant une tuberculose pulmonaire.

Observation :

Patient de 48 ans, sans atcds pathologiques particuliers, qui s'est présenté pour des lésions cutanées ulcéreuses récidivantes depuis 5 ans, aggravées il y a 1 an par l'apparition des lésions au niveau des membres supérieur et le tronc évoluant dans un contexte d'AEG, fièvre, toux et expectoration.

L'examen dermatologique trouvait des ulcères multiples avec des bords décollés, « minés » sur leur versant interne par des clapiers pustuleux, siégeant au niveau des membres inférieurs, supérieurs et le tronc, le plus grand mesurait 20 cm. Le reste de l'examen somatique était sans

particularités. La biopsie cutanée confirmait le diagnostic de PG. La biologie sanguine montrait une neutrophilie a 8500/mm3. Le GeneXpert dans les crachats était positif. Une TDM thoracique montrait des lésions micronodulaires et nodulaires a distributions centro-lobulaires évoquant une tuberculose pulmonaire. Une quadrithérapie antituberculeuse a été introduite. L'examen direct et les cultures mycobactériologiques des biopsies étaient négatives. Il n'y avait pas d'immunodépression. Le patient a été mis sous corticothérapie 1mg/kg/jour avec légère amélioration d'où l'introduction de l'Azathioprine 100mg/j avec une régression totale des lésions.

Discussion :

L'incidence de PG est rare (3 à 10 cas par millions d'habitants par an). En l'absence de marqueur biologique, le diagnostic de PG est exclusivement clinique et doit faire exclure toute autre étiologie d'ulcération cutanée, notamment infectieuse. Un examen histologique standard complété par une recherche d'agents infectieux bactériens pyogènes et mycobactériens, mycosiques et viraux par un examen direct avec colorations, anticorps monoclonaux et mise en culture est indispensable. Le PG ulcéreux est la variante clinique la plus fréquente. Comme illustré ici, un PG peut révéler une tuberculose pulmonaire. Seuls 7 cas de PG associés à une tuberculose toute localisation confondue ont été rapportés dans la littérature.

Conclusion :

Devant des lésions évocatrices de DN à type de PG chez des patients originaires de zones d'endémie, une tuberculose sous-jacente doit être recherchée.

Pyodermagangrenosum : Étude du profil épidémio-clinique et des associations pathologiques à travers une série de 23 cas.

I.El Modafar[1, 2], M.Aboudourib[1, 2], O.Hocar[1, 2], S.Amal[1, 2.]

[1]Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

[2] Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Pyodermagangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique rare dont le diagnostic est difficile. Un diagnostic erroné peut entrainer une escalade thérapeutique et un retard diagnostique d'une pathologie sous jacente, d'où l'importance de la connaissance approfondie de cette maladie. Peu d'études ont été consacrées au PG. L'objectif de notre travail consiste à explorer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques ainsi que les associations pathologiques du PG.

Il s'ait d'une étude rétrospective et descriptive menée sur une période de 7 ans (2014-2022) durant laquelle nous avons colligé 23 dossiers de patients présentant un PG. Tous les patients ont validé les critères diagnostiques de Su et al.

L'incidence du PG était de 3 cas par an. L'âge moyen était de 41 ans, les deux sexes étaient touchés équitablement. Nous avons noté la survenue du PG chez 3 patients de la population pédiatrique. Le PG ulcéreux était la forme clinique la plus fréquente et la localisation préférentielle était le membre inférieur. Nous avons objectivé une localisation génitale du PG chez 3 patients. Les lésions étaient multiples dans 65% des cas. Le phénomène de pathergie était retrouvé dans 60% des cas. Seize patients (70% des cas) avaient une pathologie associée, y compris une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (4 patients), la maladie de Behçet (4 patients), un diabète (4 patients), une hémopathie maligne (3 patients), une infection virale (3 patients), une maladie rhumatismale (2 patients), un cas de syndrome de Turner, un cas de cancer de sein et un cas de maladie de Basedow.

Dans notre étude, PG affecte généralement les patients entre 20 et 50 ans comme il a été rapporté par ailleurs. La survenue de PG chez l'enfant est rare (4 % des cas). La plupart des études ont rapporté une prédominance féminine du PG alors que dans notre étude le PG a atteint les 2 sexes de manière équitable. La localisation préférentielle du PG était les membres inférieurs comme il a été rapporté précédemment. Le taux de prévalence plus élevé de PG associé par rapport au PG idiopathique a été constaté comme dans la majorité des études. Toutefois, notre travail rapporte une nouvelle association non décrite dans la littérature « association de PG au syndrome de Turner » chez une fille de 17 ans. De même, notre étude a mis en évidence 3 cas de localisation génitale du PG qui reste très rare dans la littérature. Par ailleurs, nous avons constaté un taux plus élevé d'association du PG à la maladie de Behçet, qui reste exceptionnelle dans la littérature.

La réalisation d'un bilan exhaustif est incontournable devant un PG.

Pyodermagangrenosum génital : un diagnostic trompeur.

I.El Modafar[1,2], M.Aboudourib[1,2], O.Hocar[1,2], S.Amal[1,2] .

[1]Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

[2] Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le pyodermagangrenosum (PG) est une dermatose inflammatoire neutrophilique rare dont le diagnostic est difficile. Le PG génital est une entité encore plus rare mimant des maladies infectieuses, néoplasiques ou inflammatoires. Dans plus de 50 % des cas, le PG est associé à une maladie systémique sous-jacente. Un diagnostic erroné de cette affection peut entraîner une escalade thérapeutique source d'iatrogénie et un retard

diagnostique d'une maladie sous-jacente, d'où l'importance de la connaissance de cette pathologie.

Nous rapportons une série de 3 cas de PG génital associé à des maladies systémiques.

Observation :

Ø**Cas 1 :**

Il s'agit d'un homme de 46 ans ayant des antécédents de diabète de type 2, ayant subi une orchidectomie droite il y a 12 ans et ayant des rapports sexuels non protégés, qui présentait une lésion pénienne bourgeonnante ulcérative indolore détruisant le gland et impliquant le méat urétral, associée à une fistule urétrale. Le diagnostic de PG génital a été retenu sur la base des critères de Su et al. Le patient n'avait pas de maladie systémique associée en dehors du diabète. (Figure 1)

Ø**Cas 2 :**

Il s'agit d'une femme âgée de 54 ans ayant des antécédents d'uvéite et d'aphtose buccale et génitale récurrente depuis 2 ans qui présentait une large ulcération douloureuse intéressant l'ensemble de l'appareil génital externe à fond rosé et bordure irrégulière, polycyclique par endroits, non indurée et non malodorante, aggravée après l'application d'une infusion de plantes le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de détérioration de l'état général (perte de poids estimée à 25 kg en deux mois). Sur la base des résultats cliniques et histologiques, le diagnostic de PG ulcéreux génital a été retenu révélant plus tard une association sous-jacente de ce dernier à la maladie de Behçet et une infection à VIH. Malheureusement, la patiente est décédée suite à une encéphalite à CMV et à HSV. (Figure 2)

Ø**Cas3 :**

Il s’agit d’un homme de 63 ans, ayant un antécédent de lymphome malin non hodgkinien traité par chimiothérapie et qui présentait de multiples ulcérations scrotales douloureuses mesurant moins de 1 cm, à fond propre et contours réguliers. Une biopsie cutanée à 3 fragments a été réalisée, les cultures bactériologiques et mycologiques étaient négatives, l'histologie était en faveur de pyodermagangrenosum. (Figure 3)

Tous les cas ont bien répondu à la corticothérapie locale.

Discussion

Le pyodermagangrenosum est une dermatose neutrophilique rare cliniquement caractérisée par des nodules ou des pustules érythémateuses qui tendent à évoluer vers de larges ulcérations aux bords violacés et surélevés. Il survient généralement sur les membres inférieurs. Cependant, sa localisation dans la région génitale est rare.

Le PG vulvaire est extrêmement rare et facilement diagnostiqué à tord comme une maladie sexuellement transmissible ou une néoplasie vulvaire. À notre connaissance, il n'y a eu que 23 cas documentés de PG vulvaire .De rares cas de PG impliquant le pénis et le scrotum ont également été signalés. L'association entre le PG et maladie de Behçet est exceptionnelle avec seulement 16 cas rapportés dans la littérature.

L’originalité de notre série réside dans 2 faits :

1) La localisation rare et exclusive du PG au niveau de la muqueuse génitale.

2) L’association exceptionnelle du PG et la maladie de Behçet.

Conclusion

Ces cas sont présentés pour souligner l'importance de conserver le PG comme diagnostic différentiel des ulcères génitaux réfractaires aux modalités de traitement habituelles.

Prurigo pigmentosa : une maladie sous diagnostiquée.

I. El Modafar[1, 2], S. Belguenani[1, 2], M.Aboudourib[1, 2], O.Hocar[1, 2], S.Amal[1, 2.]

[1]Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

[2] Laboratoire bioscience et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction

Décrite pour la première fois en 1971 par Nagashima et al, comme une dermatose prurigineuse avec une pigmentation réticulée caractéristique, le prurigo pigmentosa est une dermatose inflammatoire rare dont la plupart des cas ont été rapporté au japon. Cependant quelques cas ont été rapportés à travers le monde.

Nous rapportons, à travers cette observation, le 3ème cas de prurigo pigmentosa noté au Maroc.

Observation

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 23 ans, admise en réanimation pour des vomissements incoercibles sur une grossesse estimée à 13 semaines d'aménorrhée et 5 jours (G1P0), qui a présenté une éruption papulovésiculeuse prurigineuse au niveau du tronc, deux semaines précédant son hospitalisation, survenant dans un contexte d'anorexie et d'altération de l'état général (amaigrissement chiffré à 5kg en 1 mois) dues aux nausées gravidiques. L'examen dermatologique a noté la présence de lésions d'âge différent faites de lésions papuleuses et vésiculeuses prurigineuses reposant

sur un fond érythémateux au niveau du thorax et du dos et des lésions hyperpigmentées cicatricielles d'aspect réticulé (Figures 1). L'image dermoscopique a montré des zones sans structure brun-rouge et un voile bleu-blanc sur un fond d'érythème.

Au bilan, on a noté une acidocétose avec des bicarbonates à 16, une hypokaliémie à 2,8 et une cétonurie positive à la bandelette urinaire. L'examen histologique a montré une kératose ortho et parakératosique, une spongiose modérée ainsi qu'un infiltrat inflammatoire modéré à PNN, lymphocytes et plasmocytes de disposition essentiellement périvasculaire réalisant des lésions d'exocytose intra-épidermique. Le diagnostic de prurigo pigmentosa était retenu. La prise en charge était basée sur le traitement de l'acidocétose et l'introduction d'un régime hyperprotidique hypercalorique après l'arrêt des vomissements. L'évolution était marquée par la régression spontanée des lésions une semaine plus tard.

Discussion

Le prurigo pigmentosa(PP) est une dermatose inflammatoire rare, peu connue et qui prédomine chez les jeunes femmes. L'aspect clinique est celui d'une éruption papulovésiculeuse extrêmement prurigineuse laissant place à une pigmentation d'aspect réticulé, localisée essentiellement au niveau du tronc. Cette entité a été rapporté sur un terrain de diabète, de jeûne intense, d'anorexie et durant le premier trimestre de grossesse.

La cétose était considérée comme un facteur commun important dans ces conditions, l'éruption étant corrélée aux taux de cétonémie et cétonurie. Cependant, la relation entre la cétose et la pathogenèse du PP est encore incertaine.

Histologiquement, l'aspect est variable selon le stade de la lésion. Initialement, l'aspect est celui d'une atteinte vésiculeuse avec une spongioseet un infiltrat inflammatoire pouvant comprendre des éosinophiles,

l’épiderme, plus tard, devient acanthosiqueet recouvert de parakératose. Après l’éruption, on a une incontinence pigmentaire, et un infiltrat résiduel.

La régression spontanée des lésions a été rapportée chez plusieurs patients après une correction de la cétonémie par un régime alimentaire adapté, comme c’est le cas pour notre patiente. Cependant, la maladie répond bien à la dapsone, le sulfaméthoxazole, la minocycline, la doxycycline ou les macrolides avec un succès variable. Les corticoïdes topiques et systémiques et les antihistaminiques sont inefficaces.

Conclusion

En conclusion, bien que le prurigo pigmentosa soit une dermatose inflammatoire rare, elle peut être facilement reconnue par ses caractéristiques clinicopathologiques distinctives.

Psoriasis unguéal : série de 29 cas.

N.bennouna, S.Chiheb

Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Le psoriasis est une maladie chronique et auto-immune. L’atteinte de l’appareil unguéal est fréquente et peut survenir dans le cadre d'une atteinte cutanée, d'une atteinte articulaire mais peut également être la seule manifestation de la maladie.

Il résulte de l'atteinte du lit ou de la matrice unguéale et peut se manifester cliniquement par un polymorphisme lésionnel rendant le diagnostic difficile. Ainsi l´objectif de notre étude est de tracer le profil épidémiologique, clinique et dermoscopique de l'atteinte unguéale dans le psoriasis.

Matériel et méthodes

Une étude rétrospective menée dans notre service de Dermatologie sur une période de 4 ans, entre janvier 2018 et décembre 2021. 29 malades atteints de psoriasis unguéal étaient inclus puis ont été classés selon le « Nail Psoriasis Severity Index » (NAPSI) et le « Psoriasis Area and Severity Index » (PASI). Un examen dermoscopique de tous les ongles a été effectué.

Résultats

L'âge de nos patients variait entre 2 et 75 ans avec une moyenne d'âge de 36,7 ans, ils étaient répartis en 7 hommes et 22 femmes (sex-ratio H/F de 0.31). La période moyenne d'évolution de l'atteinte unguéale était de 5,83 ans (11 jours-20 ans).

Parmi les 29 patients 18 présentaient un psoriasis unguéal isolé, 2 avec psoriasis cutané associé, 7 avec atteinte du cuir chevelu, 2 cas de psoriasis arthropathique. Le score PASI moyen était de 16,4 et le NAPSI moyen de 45,4.

Les facteurs déclenchants retrouvés étaient une corticothérapie générale dans un cas, un état de stress dans 6 cas, post traumatique dans 4 cas.

L'atteinte unguéale concernait les mains dans 16 cas, les pieds dans 5 cas et les deux dans 8 cas. Les caractéristiques dermoscopiques les plus observées étaient à type d'onycholyse dans 16 cas, dépressions ponctuées dans 11 cas, amincissement de la lame unguéale dans 9 cas, hyperkératose sous unguéale dans 10 cas, pachyonychie dans 7 cas, xanthonychie dans 5 cas, striations dans 4 cas, leuconychie dans 3 cas, et périonyxis dans 3 cas.

DISCUSSION

L'atteinte de l'appareil unguéal est très fréquente dans le psoriasis, avec une prévalence qui varie entre 47,4 % et 78,3 %.

Le psoriasis unguéal est caractérisé par un grand polymorphisme lésionnel, surtout quand l'atteinte unguéale est isolée.Dans notre série, l'atteinte était répartie avec une prévalence élevée de l'onycholyse puis des dépressions ponctuées. Néanmoins Il existe des corrélations anatomo-cliniques qui guideront le traitement, la matrice proximale est à l'origine des dépressions ponctuées, trachyonychie et des sillons de Beau. La matrice distale est responsable de l'aspect marbré de la lunule et la leuconychie. Le lit et l'hyponychium peuvent révéler une onycholyse, les taches d'huile ou une hyperkératose sous-unguéale.

Ainsi une approche globale et multidisciplinaire prenant en compte, la dermoscopie peut améliorer la précision du diagnostic afin d'adapter le traitement pour améliorer la qualité de vie des patients.

Quand deux dermatoses granulomateuses rares se retrouvent chez la même patiente !

S. Zakaryaa, F. Hali, H. Rachadi, H. Alatawna, S. Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca.

Mots clés : Dermohypodermites- vascularites- granulomes.

Introduction

Les dermohypodermites chroniques touchent avec prédilection les membres inférieurs ; elles se manifestent par des lésions nodulaires pouvant être inflammatoires douloureuses et nécessitent des examens complémentaires vu la diversité des étiologies causales, principalement l'étude anatomopathologique. Selon le siège de l'atteinte, on distingue les dermohypodermites lobulaires ou septales, avec ou sans atteinte vasculaire.

Nous rapportons un cas de dermohypodermite chronique dont l'étiologie est représentée par deux dermatoses rares.

Observation

Patiente de 67 ans diabétique présente depuis 1an des nodules sous cutanés confluant en plaques érythémateuses douloureuses circonférentielles au niveau des jambes. La biopsie cutanée était en faveur d'une nécrobiose lipoïdique traitée il y a 1an par les antipaludéens de synthèse associés à une corticothérapie locale. L'évolution a été marquée par des récidives à évolution centrifuge sans régression complète.

Un bilan à la recherche d'une étiologie auto-immune, infectieuse, tumorale ou paranéoplasique est revenu négatif motivant à refaire une biopsie cutanée révélant une dégénérescence du collagène dermique avec palissades histiocytaires en faveur d'une nécrobiose lipoïdique associée au niveau dermique à une hypodermite lobulaire et septale avec atteinte vasculaire artérielle (vasculite nodulaire) en faveur d'un érythème induré de Bazin. La patiente a été mise sous dapsone avec bonne amélioration.

Discussion

La nécrobiose lipoïdique est une dermatose granulomateuse rare chez 0.3% à 1.2% des diabétiques à prédominance féminine, souvent localisée au niveau des régions prétibiales. Elle se manifeste par des nodules confluant en plaque érythémateuse à centre jaunâtre atrophique. Elle se manifeste histologiquement par un infiltrat inflammatoire granulomateux nodulaire à bordure palissadique. La corticothérapie locale est prescrite en 1ère intention. Quant aux formes graves, la corticothérapie générale, les antipaludéens de synthèse, les immunosuppresseurs et la chirurgie peuvent être proposés. La Puvathérapie a également donné de bons résultats dans certaines études.

L’érythème induré de Bazin est une vasculite nodulaire rare touchant souvent les femmes et se manifeste par des nodules fermes, peu inflammatoires des jambes. Il s’agit histologiquement d’une hypodermite mixte avec atteinte vasculaire, avec foyers de nécrose graisseuse et inflammation lymphocytaire granulomateuse, des histiocytes épithélioïdes spumeux et des cellules géantes. Ces granulomes sont riches en histiocytes langerhansiens évoquant l'intervention d'une hypersensibilité de type IV. Le meilleur traitement à proposer est ladapsone. L'origine tuberculeuse est encore discutée.

Sarcoïdose cutanée : profil épidémio clinique et comorbidités à travers une série de 52cas

O.K.Idrissi, F.Hali, S.Chiheb

Département de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd, Maroc

Introduction :

La sarcoïdose est une maladie multi systémique caractérisée par une inflammation granulomateuse épithélioïde à l’histologie. La peau est l'organe le plus accessible et le deuxième organe le plus souvent touché.

Beaucoup d’études sur la sarcoïdose cutanée ont été tirées de populations atteintes d'une maladie pulmonaire définie. Ici, nous rapportons une série de cas de 52 patients atteints de sarcoïdose cutanée vus dans un service de dermatologie.

Matériels et Méthodes :

Étude rétrospective sur 8 ans, de l'an 2015 à Avril 2022, sur les cas de sarcoïdose cutanée recensé au Département de Dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Les patients chez qui l'histopathologie a montré la présence de granulomes épithélioïdes sans nécrose caséeuse ont été inclus.

Nous avons recueilli les données démographiques des patients, la durée d'évolution de la maladie, les caractéristiques des lésions, l'atteinte extra cutanée, la présence d'une comorbidité et le traitement utilisé.

Résultats :

42 patients (11 hommes, 41 femmes), âge médian de 51,1 ans, extrêmes (30–70 ans) ont été inclus dans l'étude. La durée moyenne d'évolution était de 4 ans (2 mois à 18 ans).

Les lésions prédominantes étaient les papules 20/52 (38,5 %) et les plaques 17/52 (32,6%), suivie des nodules 14/52 (27%). Le lupus pernio chez 8/52 (15 %) et l'érythème noueux 1/52 (1,9 %) a été observé dans une plus faible proportion. une sarcoïdose sur une lésion cicatricielle et sur tatouage a été retrouvé chez 1 patient.

La majorité (61 %) des patients présentaient une atteinte du visage; 45 % avaient des lésions du nez, et 34 % avaient des lésions au niveau des joues. Deux patients (5,7%) avaient une sarcoïdose du cuir chevelu. Les autres sites fréquemment impliqués comprenaient les membres supérieurs (23% %), le tronc et cou (13,5 %) et les jambes (9,6 %). Trois patients (5,7%) avaient présenté une atteinte unguéale.

65% des patients présentaient une atteinte systémique. La sarcoïdose pulmonaire était la plus fréquente (61,5%). L'atteinte ORL venait en deuxième (27%). L'atteinte osseuse, ganglionnaire et ophtalmologique représentait 13,5%, 7,7% et 3,8% respectivement.

32 patients avaient une comorbidité au moment du diagnostic. Les comorbidités signalées par fréquence décroissante étaient le terrain d'atopie chez 13/52 (25%), le diabète de type 2 chez 11/52 (21%), l'HTA chez 4 patient et une dysthyroïdie chez 3 patients. Deux cas d'hypothyroïdie et 1 cas de goitre multi nodulaire. Une patiente avait une hépatopathie type cytolyse hépatique non étiquetée. Aucun cas de néoplasie n'a été noté. Aucune des comorbidités n'était associée à la distribution des lésions ou à l'atteinte extra cutanée.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement local à base de dermocorticoïdes. Les antipaludéens de synthèse représentaient le médicament systémique le plus fréquemment utilisé chez 51 patients; seuls chez 18 patients et associés à la corticothérapie orale chez 32 patients. Le traitement systémique de deuxième intention, dans le cas échéant l'azathioprine, n'était utilisé que chez un patient.

En termes de réponse au traitement, nos données sont limitées, car les dossiers, en particulier documentant la réponse au traitement, étaient parfois incomplets.

Discussion :

Dans notre étude, on a observé une incidence annuelle importante de 6,5 cas/an comparé aux régions voisines par exemple au centre tunisien avec 2,4 cas/an.

Notre étude a permis de mettre en évidence l'existence d'une affection associée à la sarcoïdose dans près de 61 % des cas. Compte tenu du caractère rétrospectif de ce travail, les associations fortuites ne peuvent pas être exclue.

On a également observé un taux élevé d'atteinte systémique chez les patients qui se présentent pour une sarcoïdose cutanée, ce qui est comparable aux données de la littérature. Il est donc nécessaire de rechercher de façon systématique une atteinte extra cutanée devant toute sarcoïdose d'apparence cutanée isolée.

Facteurs influençant la sévérité des cicatrices d'acné

K.Mejjati (1),I .Chakri (2) M.Soughi (1),S. El Ammari(1) ,I.Kacimi Alaoui(1), Z.Douhi (1) ,

S.Elloudi (1), H.Baybay (1), FZ .Mernissi(1)
1: Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

2: Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique et de médecine communautaire

Introduction

Les cicatrices constituent une complication fréquente des lésions d'acné, pouvant avoir un impact esthétique et des répercussions psychologiques et sociales importantes. Lorsqu'elles sont graves , elles
constituent un vrai challenge thérapeutique. La prévention primaire est alors primordiale. Le but de notre étude était d'étudier les facteurs influençant la sévérité des cicatrices d'acné.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique sur une période de 31 mois s'étendant de novembre 2019 à juin 2022 portant sur les patients présentant des cicatrices d'acné suivis en consultation spécialisée. Les données épidémiologiques et cliniques ,étaient recueillies à l'aide d'une fiche d'exploitation informatisée. Nous avons évalué la sévérité de l'acné en séparant deux groupes de sévérité selon l'échelle d'évaluation globale de l'acné (GEA) et la sévérité des cicatrices d'acné en 2

groupes selon les grades de sévérité de Goodman et Baron . Enfin, nous avons recherché une corrélation entre ces données et la sévérité des cicatrices d'acné.

Résultats :

220 patients étaient colligés dont 80,7% étaient des femmes et 19, 30% étaient des hommes. Une nette prédominance féminine était notée avec un sexe ratio F/H à 3,48 . L'âge moyen était de 24,80 ans avec des extrêmes allant de 13 à 48 ans, l'écart type était de 5,6 .Le niveau socio-économique était moyen chez 86,3% de nos patients, tandis que 30,5% de nos patients n'avaient aucune couverture sociale.

L'antécédent familial d'acné était retrouvé chez 54 ,7% des cas. 58,5% des patients avaient un phototype IV suivi du phototype III dans 31,6% des cas. Les cicatrices type macules pigmentées étaient prédominantes chez 83,3% des patients suivies des cicatrices atrophiques en pic à glace dans 70,9% des consultants. La localisation au niveau des joues était la plus fréquente (96,7%) suivie de la localisation mandibulaire chez 84,6% des patients et au niveau du front chez 68,5% des cas .

Concernant la sévérité des cicatrices, le grade 2 était le plus fréquent avec un pourcentage de 52,5% par contre le grade 4 n'était observé que chez 5,6% des patients.

La sévérité des cicatrices d'acné avait montré une corrélation significative avec le sexe masculin (p=0,000), les antécédents maternels des cicatrices (p=0 ,014) et les antécédents des cicatrices dans la fraterie (p=0,024). En ce qui concerne les habitudes du patient, nous avions noté une association significative entre l'application de produits cosmétiques et la sévérité des cicatrices d'acné. Pour ce qui est de la clinique, il semble que les cicatrices sont plus sévères en présence de nodules (p=0,017) , d'abcès (p=0,013) ou si la localisation des lésions est au niveau du front (p=0,041)

Discussion :

Peu d'études visant à décrire les facteurs influençant la sévérité des cicatrices d'acné étaient réalisées.

Devant la difficulté du traitement et l'amélioration souvent imparfaite ,suite au niveau socio- économique moyen de la majorité de nos patients, l'accent devrait être mis sur la prévention, qui reste le meilleur atout du dermatologue face à ce problème.

Yee-How Say et al. et Layton et al . avaient rapporté que le sexe masculin était un facteur prédictif de

survenue des cicatrices plus sévères (1). Ceci serait expliqué majoritairement par le facteur racial et
génétique (2) (3) .
Toutefois , il n'y'avait pas une association significative entre les antécédents parentaux et la sévérité des cicatrices (1). Ceci ne rejoignait donc pas nos résultats, où la génétique était susceptible de jouer un rôle dans le développement de cicatrices sévères.
La particularité de notre travail était l'étude de la corrélation entre la gravité des cicatrices d'acné et les habitudes cosmétiques du patient, particulièrement, l'application de fond de teint, de BB crème et de masques traditionnels. Ces derniers modifient la barrière cutanée et déséquilibrent le microbiote de la peau en activant ainsi l'immunité innée déclenchant l'inflammation et ainsi le phénomène de cicatrisation pathologique.
Par ailleurs , il semble que chez nos patients , les formes sévères d'acné étaient corrélées à des cicatrices aussi sévères. Ce qui rejoignait la revue de la littérature réalisée par J.TAN et al , où les formes d'acné sévères étaient prédisposantes à des cicatrices aussi graves (4), en raison d'une inflammation plus importante. Une étude cas-témoins a montré que les patients présentant des cicatrices avaient une réponse immunitaire spécifique accrue avec une inflammation prolongée (5) .
Cette association entre la gravité des lésions inflammatoires d'acné et les cicatrices indique qu'un traitement rapide et efficace reste le meilleur moyen de réduire les cicatrices .

Conclusion :

Les cicatrices d'acné sont une complication redoutable à long terme qui peut toucher jusqu'à 39 à 95% des patients atteints d'acné vulgaire . Notre travail avait révélé un lien entre la sévérité des cicatrices d'acné et le sexe masculin , l'application de produits cosmétiques et les formes graves d'acné inflammatoire. Ces résultats permettraient ainsi de développer une approche rapide et efficace contre la survenue des cicatrices sévères d'acné.

Érythème polymorphe post piqueur d'araignée

S. Chhiti, S. Elloudi, O.Bouraqqadi, Z. Douhi, M.Soughi, H. Baybay, FZ. Mernissi .service de dermatologie CHU Hassan II Fès.

Introduction :

L'érythème polymorphe (EM) est une éruption cutanéomuqueuse à médiation immunitaire caractérisée par des lésions ciblées polymorphes reparties symétriquement sur les parties distales des extrémités. Elle survient le plus souvent dans le cadre d'une infection ,des tumeurs malignes, des médicaments ou idiopathique. Nous rapportons la cas d'une patiente présentant des lésions EM suite à une morsure d'araignée avec une évolution favorable.

Discussion :

La plupart des araignées domestiques ne sont pas substantiellement toxiques pour les humains [1] car elles provoquent généralement des changements cutanés légers et transitoires [2]. Cependant, des réactions locales et systémiques plus graves peuvent survenir, notamment des réactions toxiques et anaphylactiques potentiellement mortelles [3,1]. Les piqures d'araignées peuvent provoquer différentes réactions cutanées loin du site de la morsure comme c'était le cas chez notre patiente.
Dans environ 5 à 32 % des cas publiés de loxoscelisme, la survenue d'une fine éruption maculopapuleuse sur tout le corps a été signalé [1,3]. Des formes pustuleuses et de pustuloseexanthématique aiguë généralisée (PEAG) après des morsures d'araignées ont également été publiées [3,5]. Ainsi que des cas de lupus induit par morsure d'araignée ont été rapporté. Un cas de syndrome DRESS (réaction médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques) et quelques cas de manifestations cutanées des lupus systémiques attribués à une morsure d'araignée ont également été rapportés [6,7].

La prise en charge générale et le traitement de toute morsure d'araignée inconnue doivent être conservateurs et viser à atténuer les symptômes. Il doit comprendre le nettoyage de la plaie, l'élévation de l'extrémité mordue, l'application de compresses froides, la prophylaxie antitétanique et l'administration d'analgésiques et d'antihistaminiques comme c'était le cas de notre patiente (ou de corticostéroïdes).

L'EM est très probablement une manifestation cutanéo-muqueuse d'une réaction immunitaire distincte à médiation cellulaire dirigée vers la peau qui se produit principalement dans le cadre d'une infection hérpetique ou à Mycoplasma pneumoniae, mais il peut également être idiopathique, ou suite aux médicaments, dermatophytes dermatite de contact allergique, dermite de contact [13].

Dans notre observation, le diagnostic de l'érythème polymorphe post piqueur d'araignée a été retenu sur l'histoire clinique associée aux lésions cutanées typiques ainsi que biologique. À notre connaissance, il s'agit du troisième cas rapporté d'EM induit par une morsure d'araignée. Nous suggérons que les piqûres d'araignées peuvent provoquer un érythème polymorphe.

Conclusion :

Ce cas souligne l'incidence grandissante des morsures d'araignées, probable impact inattendu du réchauffement climatique. Il est important de rapporter ce type d'effet indésirable afin de mieux suivre les modifications et les différents tableau clinique.

Psoriasis localisé induit par hijjama à sec : un phénomène de koebner

S. Chhiti, H. Baybay, FZ .Hashas, S.Elloudi, Z. Douhi, M.Soughi , FZ.Mernissi ,
Dermatologie CHU HASSAN II Fès. Maroc

Introduction :

L'apparition de lésions de type psoriasis sur une peau saine de patients atteints de psoriasis, à la suite d'un traumatisme, connu sous le nom de phénomène de Koebner (PK). Le PK associé aux ventouses est rarement observé. Nous rapportons le cas d'un homme qui présentait des lésions de type psoriasis au niveau du tronc après une ventouse et qui a finalement été diagnostiqué comme un psoriasis.

Observation :

Patient de 52 ans, sans antécédent, consultait pour des lésions érythémateuses prurigineuses du tronc évoluant depuis 1mois en post thérapie par ventouse. L'examen clinique trouvait des papules érythémateuses de 1 mm à disposition linéaire et regroupées en ilots localisées au niveau de la zone d'application de la ventouse sur le dos, le grattage méthodique de Brocq était positif ainsi que la dermoscopie montrait des vaisseaux en point homogène évoquant le diagnostic d'un psoriasis. Le reste de l'examen somatique objectivait des plaques de psoriasis au niveau des jambes et du cuir chevelu méconnues par le patient.

Discussion :

La National Psoriasis Fondation définit le PK comme « des plaques de psoriasis qui se forment sur le site d'une lésion cutanée ». La pathogénie du phénomène de Koebner est inconnue, cependant, il existe des théories immunologiques, vasculaires, dermiques, neurales, génétiques, hormonales et infectieuses. De même, des facteurs de croissance, des médicaments, des cytokines, des protéines de stress, et des auto-antigènes peuvent également être impliqués.

Il existe quelques rapports de cas de PK associés à des ventouses chez des patients atteints de psoriasis. Sharquie et Al-Jarallasept ont observé que 16 patients atteints de psoriasis avaient de nouvelles lésions au site de ventouse environ 2 semaines après la procédure. L'apparition de PK suggère que la thérapie par ventouses doit être considérée comme un comportement traumatique potentiel. Notre cas ajoute à ces preuves et montre que la thérapie par ventouse peut être une option de traitement nocive au stade instable du psoriasis (1,2,3).

Conclusion :

Ce cas souligne que les ventouses, qui sont utilisées fréquemment de nos jours, peuvent également être une cause de PK d'où l'intérêt d'un examen clinique et dermoscopique minutieux qui pourrait apporter de l'aide au diagnostic.

Eruption végétante chez un enfant de 3 ans:

Penser à la pyodermite pyostomatitevégétante !

Imane KACIMI ALAOUI, Hanane BAYBAY, Sara ELAMMARI, Zakia DOUHI, Meryem SOUGHI, Sara elloudi, Fatima Zahra MERNISSI

Introduction :

La pyodermatite-pyostomatitevégétante (PPV) est une dermatose inflammatoire chronique rare, de cause inconnue, rarement décrite dans la population pédiatrique.(1)

Nous rapportons une nouvelle observation d'un garçon de 5 ans suivi pour un déficit immunitaire primitif sans antécédents de maladie intestinale inflammatoire.

Observation :

Il s’agit d’un patient de 5 ans, suivi pour un déficit immunitaire primitif en pédiatrie, qui présentait à l’âge de 3 ans des papulo-pustules confluentes en larges plaques, végétantes par endroit, intéressant le tronc et les membres inférieurs, avec une pachyxanthonychie et une onychomadèse des doigts des mains, associées à un muguet buccal. 8 mois plus tard, il a présenté une extension des lésions prenant le visage et le reste du corps, associée à des épisodes de rectorragies intermittentes.

Le bilan biologique a révélé une anémie ferriprive associée à une hyperéosinophilie, un dosage sérique des IgE élevé. Le dosage des anticorps ASCA était positif , les cANCA et pANCA étaient négatifs.

L’histologie cutanée et l'immunofluorescence directe ont confirmé la PD-PSV, associée à un granulome épithélioide giganto-cellulaire.

Une FOGD a montré une œsophagite à éosinophiles, et une colite ulcérative a été objectivée en coloscopie. Une maladie de crohn n’a pas été retenue, vue la carence en critères, mais elle reste fortement suspectée.

Le patient a reçu des perfusions d’immunoglobulines par les pédiatres devant la suspicion d’un déficit immunitaire primitif avec une amélioration de ses rectorragies.

Après un prélèvement mycologique de l’ongle objectivant une surinfection à candida albicans, le patient a été mis sous Diflucan pendant 3 mois, avec bonne évolution.

Discussion :

La PPV décrite initialement par Hallopeau en 1989, fréquente chez l’adulte jeune, rarement rapportée chez l’enfant. (2) Son étiologie reste inconnue et sa pathogénie est toujours mal élucidée. Décrite comme un marqueur hautement spécifique des maladies inflammatoires de l’intestin. (1) (3) Elle se manifeste par une pyostomatite touchant les muqueuses, surtout buccale, faite d’un érythème gingival et des pustules confluentes, disposées en lignes serpentines et confluentes en « trace d’escargot », et par une pyodermite végétante (58 %) faite de plaque végétatnte érosive et annulaire, surmontée des croûtes centrales. (2)

L'histologie révèle une acanthose et des infiltrats de neutrophiles et d'éosinophiles formant des abcès intra-épithéliaux ou papillaires. L'hyperplasieépidermique et l'acantholyse sont occasionnelles, et l'immunofluorescence directe est généralementnégative. Divers agents

infectieux peuvent contribuer au développement de la PVV. Cependant, dans notre cas, le Candida Albicans a été objectivé sur un prélèvement mycologique.

En fonction de l'existence et de la gravité de la maladie sous-jacente, diverses stratégies thérapeutiques ont été utilisées (3) .Ceux-ci comprennent les corticostéroïdes, systémiques et topiques, considérés comme le traitement de première intention, ainsi que d'autres traitements biologiques ou immunosuppresseurs. (2)(3)

Dans notre cas, la présence d'un déficit immunitaire primitif associé à une candidose buccale et unguéale a consisté la mise en route de perfusions des immunoglobulines et d'une cure d'antimycosique avec une très bonne amélioration.

Conclusion :

La rareté de la PPV chez la population pédiatrique contribue à la complexité de son diagnostic précoce.

Un bilan complet et une consultation chez des spécialistes multidisciplinaires peuvent aider à reconnaître et à optimiser le traitement.

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%), notamment une spanioménorrhée, une oligoménorrhée et des cycles longs.

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 fait essentiellement de spanioménorrhée, une oligoménorrhée et des cycles longs.

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

L'acné dans le cadre d'un syndrome des ovaires polykystiques est souvent difficile à traiter. 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.

Phénomène de Koebner : lupus discoïde sur cicatrices de mutilation

L. Benchekroun ; H. Darghal ; O. Essadeq ; Z. Loubaris ; 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 phénomène de Koebner a été décrit pour la première fois par Heinrich Koebner en 1876, faisant référence à des lésions cutanées inflammatoires induites par un traumatisme cutané. Ce phénomène a été observé en premier dans la peau non atteinte du patient atteint de psoriasis. De nos jours, on sait que le phénomène de Koebner peut être présent dans une variété de dermatoses. Nous rapportons un cas de phénomène de Koebner survenant sur des cicatrices de mutilation chez un patient présentant des lésions de lupus discoïde.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 19 ans, avec antécédent de tabagisme et cannabisme chronique actif, qui a une histoire de lupus érythémateux chronique confirmé sur biopsie cutanée depuis 2019. Le patient a été mis sous hydroxychloroquine à la dose de 400 mg/j qu'il a arrêtée de lui-même suite à son incarcération. Perdu de vue, le patient reconsulte 2 ans après en poussée clinique de sa maladie. A l'examen clinique, il présentait des lésions érythémato-squameuses au niveau du visage et du tronc, des lésions atrophiques et dyschromiques au niveau des oreilles, ainsi qu'une plaque sur le membre supérieur gauche d'aspect géographique, avec en dessus et en dessous des lésions linéaires érythémato-squameuses suivant les lignes de cicatrices de mutilation remontant à sa période d'incarcération.

Discussion :

Le phénomène de koebner est fréquent dans plusieurs pathologies telles que le psoriasis, le lichen, le vitiligo, la maladie de darier. Cependant, Peu de cas de phénomène de Koebner survenant chez des patients atteints de lupus érythémateux ont été décrits. Dans ces rapports de cas, les lésions cutanées lupiques sont survenues en réponse à une dermatite de contact, des tatouages, un zona, et cicatrices chirurgicales ainsi qu'à des stimuli minimes, tels que des égratignures ou la pression de vêtements serrés. En ce qui concerne sa physiopathologie, il a été émis l'hypothèse que deux étapes peuvent être essentielles dans la survenue du

phénomène de Koebner. Dans la première étape, différents stimuli environnementaux induisent la production de plusieurs cytokines telles que IL-1, TNF-a, IL-6, IL-8, IFN γ. La deuxième étape est une réponse spécifique à la maladie impliquant des auto-anticorps ou des récepteurs spécifiques.

Concernant notre cas, les lésions de lupus cutané sont survenues sur des cicatrices de mutilation. Le patient a donc été informé de l'importance d'éviter tout type de traumatisme cutané et a été remis sous hydroxychloroquine, avec un suivi psychiatrique régulier.

Conclusion :

Le phénomène de Koebner se produit rarement dans le lupus érythémateux, mais peut être observé dans le lupus érythémateux chronique. Notre cas démontre que le phénomène de Koebner se voit de plus en plus dans la maladie lupique, d'où l'intérêt de prévenir les patients au moment du diagnostic des risques encourus en cas de grattage, mutilation, ou tout autre type d'altération cutanée.

Connaissances et pratiques des médecins généralistes marocains dans la prise en charge du psoriasis

Soumaya. Faras, Ibtissam. Boubnane, Meryem. Aboudourib, Ouafa. Hocar, Said. Amal

Service de dermatologie, CHU Mohammed VI Marrakech, Laboratoire bioscience et santé,

faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le psoriasis est l'une des dermatoses les plus courantes dans la population. Sa prise en charge se fait en partie par le médecin généraliste et la dermatologie dans son ensemble a une place de plus en plus importante dans la pratique quotidienne dans la médecine générale. L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des internes et des médecins généralistes vis-à-vis du psoriasis et d'étudier leurs besoins en formation en dermatologie.

Matériels et méthode :

Une enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne fait de 19 questions adressées aux internes et aux médecins généralistes, Le questionnaire comportait 3 parties : la première sur les informations générales sur la population étudiée, la seconde portait sur l'évaluation de leurs connaissances sur le psoriasis et la dernière sur leurs besoins en formations en dermatologie.

Résultats :

195 médecins des différentes régions de notre royaume ont répondu au questionnaire, 66,6% sont des internes dont 22,2% exercent aux centres hospitaliers universitaires, 44,4% exercent dans les hôpitaux provinciaux et régionaux de la santé publique et 33,3% sont des médecins généralistes repartis entre le secteur privé et public avec un ratio F/H 2,6.

La prévalence du psoriasis en consultation de médecine générale arrivait jusqu'à 5 patients par mois chez 54,3 % des médecins, 44,4% d'entre eux trouvent fréquemment des difficultés diagnostic et thérapeutique pour la prise en charges des patients psoriasiques, la majorité connaissent les formes cliniques du psoriasis, mais que 7% ont cité la forme pustuleuse, 53% connaissent les facteurs qui déclenchent le psoriasis ainsi que les médicaments qui l'aggravent.

Seulement 5,6% des médecins traitent les malades psoriasiques après un avis spécialisé par des dermocorticoïdes, les autres les adressent chez le dermatologue dont 61% des médecins interrogés dès la première consultation, la plupart pensent que leurs connaissances sur le psoriasis sont insuffisantes pour traiter un patient psoriasique et 66,7% souhaite avoir une formation dans ce sens.

Discussion :

Les médecins interrogés ont dans l'ensemble plutôt bien répondu aux questions portant sur les caractéristiques générales du psoriasis et sont capables de reconnaître la plupart des formes.

Mais leurs connaissances sur les traitements, les interactions médicamenteuses et les facteurs déclenchant sont plus limitées.

Dans cette étude, les connaissances sur le psoriasis étaient jugées insuffisantes, nos résultats Soulignent ainsi les difficultés rencontrées qui ne permettent pas aux médecins généralistes d'assurer une prise en charge adéquate des patients psoriasiques.

Rosacée granulomateuse : une entité trompeuse

Z .Mernissi ,S .Hazmiri , M .Aboudourib ,O.Hocar, S.Amal , A.Belbachir*

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI, Marrakech –Maroc.

*Laboratoire bioscience FMPM .

Introduction :

La rosacée granulomateuse ou lupoïde est une entité clinique rare de la rosacée qui peut présenter des symptômes similaires à d'autres maladies granulomateuses.

L'aspect clinique est souvent trompeur d'où l'importance d'une bonne corrélation anatomo-clinique. Nous rapportons un cas de cette entité observée chez une femme adulte.

Observation :

Une patiente âgée de 51 ans, sans antécédents pathologiques particuliers hormis des palpitations sous cardensiel, qui s'est présentée pour des lésions papuleuses prurigineuses du visage ,avec notion de photosensibilité ,évoluant depuis 10ans. À l'examencutané, on a noté des papules érythémateuses avec infiltration lupoide à la

vitropression ,reposant sur une peau non couperosique ,siégeant au niveau du front, de la glabelle et des joues . Une biopsie cutanée a été réalisée. L'histologie avait révélé une lésion granulomateuse épithélio-giganto-cellulaire non nécrosante sans signes de malignité .Le bilan de systématisation d'une granulomatose était sans anomalies .Le diagnostic de rosacée granulomateuse a été retenu devant une confrontationanatomo-clinique. La patiente a été mise sous doxycyclines associées à une photoprotection pendant 3 mois avec une bonne amélioration.

Discussion :

La rosacé granulomateuse est une dermatose faciale rare et atypique qui peut simuler cliniquement et histologiquement d'autres granulomatoses cutanées d'où la nécessité d'un examen complet avec recours à des examens complémentaires en cas de doute. Cliniquement, les papules ou nodules peu inflammatoires avec un aspectlupoide à la vitropression, siègentpréférentiellement au niveau des joues et enpériorificiel. Par ailleurs, l'association aux signes classiques de la rosacée (érythème et couperose) est inconstante, ce qui rend le diagnostic différentiel encore plus difficile. La biopsie cutanée peut montrer un granulome épithélioide (10 % des cas dans la littérature) et parfois giganto-cellulaire sans nécrosecaséeuse, mimant unesarcoidose. Cependant, d'autres entités cliniquement et histologiquement apparentées seront discutées.

La prise en charge de la RG n'est pas codifiée. Les molécules qui ont donné les meilleursrésultats dans la littérature sont : les cyclines ,le pimécrolimus topique, l'isotrétinoine et la dapsone.

Conclusion:

La rosacée granulomateuse est une forme clinique rare de la rosacée qui pose un vraiproblème diagnostique avec les autres granulomatoses cutanées. Une anamnèse minutieuse et un examen clinique méticuleux corrélés à une étude histopathologiquemènent souvent au bon diagnostic.

Paronychie chronique révélant une rétronychie

S. El Ammari ; H. Baybay; I Kacimi Alaoui, S. Elloudi; M. Soughi; Z. Douhi; F.Z. Mernissi

Service de dermatologie. CHU Hassan II. Fès

Introduction:

La rétronychie est un phénomène d'incarnation postérieure de la tablette unguéale, responsable d'une inflammation du repli sus-unguéal proximal. Nous en rapportons deux nouvelles observations. 193

Observations :

Cas n 1 :

Une femme de 25ans , sans antécédents pathologiques notables qui présentait 2 mois avant sa consultation, une inflammation douloureuse du repli proximal de l'hallux droit, avec arrêt de croissance de l'ongle. L'interrogatoire avait objectivé la notion de microtraumatismes répétés par le port de chaussures serrées. L'examen avait retrouvé un périonyxis douloureux du gros orteil droit avec xantonychie. Le diagnostic de rétronychie a été suspecté et l'avulsion de l'ongle avec mise en évidence de 2 générations d'ongles superposés a confirmé le diagnostic. La patiente n'a pas présenté de récidive à 1 an de recul.

Cas n 2:

Une femme de 27 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultait pour une inflammation périunguéale douloureuse de l'hallux gauche apparu suite à des micro-traumatismes répétés qui remonte à 6 mois. Son ongle ne repoussait plus. L'examen clinique retrouvait une paronychie douloureuse du gros orteil gauche avec un écoulement de sérosités à travers le repli proximal et une xantonychie distale. L'avulsion complète de la tablette révélait 3 ongles superposés. L'évolution a été marquée par une repousse normale de l'ongle. Le recul actuel est de 3ans sans récidive. 1230

DISCUSSION :

La rétronychie est une affection assez rare et méconnue. Le terme «retronychia», vient de «retro», signifiant vers l'arrière et «onychia», signifiant ongle. Elle touche fréquemment les femmes jeunes et affecte principalement le gros orteil de façon unilatérale. Elle est probablement due à des facteurs mécaniques notamment une pression antéropostérieure aigue appliquée contre le bord libre de l'ongle ou par des microtraumatismes répétés chroniques. Le diagnostic doit être évoqué devant la triade clinique : une paronychie chronique, un suintement à travers le repli proximal et l'arrêt de la croissance de l'ongle. D'autres signes peuvent être retrouvés comme la coloration jaunâtre de la tablette, les lignes de Beau, l'épaississement du repli proximal. La paronychie chronique est souvent confondue à tort avec une infectioncandidosique ou bactérienne à l'origine d'un retard diagnostique. Une prise en charge adéquate comprend l'élimination des facteurs de risque tels que les microtraumatismes, l'avulsion totale de l'ongle qui permet de confirmer le diagnostic en révélant plusieurs générations d'ongles superposées et représente le traitement curatif de la rétronychie, comme l'illustre nos cas, elle permet une repousse normale de l'ongle, sans rechute ni récurrence.

Conclusion :

La reconnaissance de cette entité pathologique sous diagnostiquée permet d'éviter les complications locales, la douleur et l'inconfort prolongés et les traitements antibiotiques inutiles. L'avulsion complète permet un traitement radical.

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

Imane Kacimi Alaoui* 1, Meryem Soughi1, Sara Elammari1, Zakia Douhi1, Sara Elloudi1, Hanane Baybay1,

Fatima Zahra Mernissi1 1Dermatologie, CHU HASSAN II, FES, Maroc.

Mots clés : acné hormonale, peristante, tardive.

Introduction :

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

Le but de cette étude est de décrire les profils cliniques et hormonaux des deux sous-types d’acné de la femme adulte : l’acné persistante (débutant à l’adolescence et se poursuivant à l’âge adulte) et l’acné tardive (apparaissant pour la 1ere fois au-delà de 25 ans).

Matériel et méthodes :

Il s’agit d’une étude descriptive rétro-prospective des patientes suivies pour une acné ayant des signes d’hyperandrogénie clinique et biologique, qui ont consulté au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès entre Janvier 2020 et Aout 2022.

Résultats :

Nous avons colligé 71 patientes, suivies pour une acné ayant des signes d’hyperandrogénie clinique ou biologique, dont 59 avaient une acné persistante et 12 une acné tardive.

L’âge moyen était de 26,85 ans. Des signes d'hyperandrogénie clinique étaientprésents chez 68 femmes adultes soit 95%. Des antécédents de cycles menstruels irrégulièrs, d’hyperséborrhée, d’hirsutisme et d’alopécie androgénétique ont été retrouvés respectivement chez 64 (88%), 71 (100%), 48 (40%) et 4(5%) des patientes. Le front était le siège le plus dominant chez les deux groupes (78%). Le bilan hormonal a été réalisé chez 51 patientes, objectivant une augmentation de la Testostérone seulement chez 40% du groupe d’acné persistante (AP), le 17-hydroxyprogestérone 17OHP a été élevé chez 47% du groupe AP contre 25% du groupe d’acné tardive (AT), par ailleurs, les sulfates de déhydroépiandrostérone SDHEA étaient élevés chez 32% du groupe AP contre 24% du groupe AT. L’échographie pelvienne a été réalisée chez 63 patients objectivant un syndrome d’ovaire polykystique SOPK chez 40 patientes, dont 35 étaient du groupe AP. 46 de nos patientes ont été mises sous un traitement hormonal, dont 33 étaient sous Acétate de cyprotérone et 13 étaient sous Ethinylœstradiol+ Drospirénone, tandis que 12 ont été mise sous spironolactone.

Discussion :

L'incidence de l'acné a augmenté chez les femmes au cours des dix dernières années, elle touche actuellement 20 à 30% des femmes adultes. La physiopathologie chez cette tranche d'âge se distingue de celle de l'adolescence par deux facteurs : hormonal et inflammatoire. Le facteur hormonal est caractérisé par des troubles hormonaux associés à des conséquences cliniques et biologiques.

L'hyperandrogénie (HA) clinique a été définie par la présence d'une acné, d'une hyperséborrhée, d'un hirsutisme, d'une alopécieandrogénétique et des cycles menstruels irrégulièrs. Alors que l'HA biochimique est caractérisée par des taux élevés de l'une des trois hormones: Testostérone (≥1,89 nmol / l), DHEAS(2,75 µg /ml) et l'indice d'androgène libre (FAI) (5).

Nous avons pu révélé que l'HA clinique est courante chez la femme adulte à raison de 71,67%, ce qui était similaire aux résultats de l'étude d'Uysal et coll.

Cependant, nous avons constaté que l'acné persistante est distinctement différente de l'acné tardive et qu'elle présente de profondes caractéristiques hyperandrogéniques notamment une augmentation des trois hormones : la Testostérone , la SDHEA et le 17OHP, tandis que chez le groupe d'acné tardive, une élévation que des SDHEA et 17OHP a été objective , par contre le taux de testostérone était normal ou à la limite supérieure, suggérant ainsi d'autres causes endocrinologiques en dehors du SOPK, nécessitant des investigations approfondies.

Le syndrome des ovaires polykystiques était plus élevé dans le groupe acné persistant (56%) ce qui rejoint les résultats de Kabiri et al, méritant une thérapie base des antiandrogènes.

Conclusion :

Devant une acné persistante chez la femme adulte, il faut penser à rechercher une origine ovarienne afin d'instaurer un traitement précoce et contrôler les rechutes.

Un Rhupus bulleux : A propos d'un cas

H. Darghal ; L. Benchekroun ; 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 coexistence de deux ou plusieurs connectivites chez un même patient est un phénomène rare, en particulier la coexistence de polyarthrite rhumatoïde (PR) et de lupus érythémateux systémique (LES). Elle est décrite pour la première fois par Shur en 1971 sous le terme de Rhupus.

Nous rapportons une observation particulière par le mode de révélation exceptionnel du rhupus sous forme de lupus bulleux.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 47ans ayant comme antécédents un diabète de découverte récente, et une polyarthrite érosive et séropositive suivie depuis 2004. Elle consulte pour une lésion de l'abdomen d'apparition aigue très douloureuse et chez qui l'examen retrouve une lésion linéaire bulleuse s'entendant du flanc gauche àl'ombilic mesurant 14x3cms avec polyarthralgie inflammatoire des coudes, poignets et genoux et un tableau neurologique fait de céphalées chroniques et de syndrome confusionnel. Le tout évoluant dans un contexte d'asthénie avec amaigrissement et altération de l'état général.

Le diagnostic de rhupus a été retenu devant la présence de 5 critères de l'ACR pour polyarthrite rhumatoïde et 4 critères de l'ARA pour le lupus érythémateux systémique.

La patiente a été traitée par corticothérapie à la dose de 10 mg/j en association avec des antipaludéens de synthèse et du cyclophosphamide pour le neurolupus avec bonne évolution.

Discussion :

Le rhupus est une entité clinique rare. Sa prévalence est de l'ordre de 0,09 %. Son étiopathogénie est un sujet de controverse et inclus des facteurs génétiques avec une fréquence élevée des allèles HLA DR1/ HLA RD2. Sur le plan clinique, les patients sont le plus souvent déjà suivis pour PR puis développent secondairement des signes de LES comme le cas de notre patiente. Les manifestations cliniques du LES qui se voient fréquemment dans le rhupus sont l'atteinte cutanée avec photosensibilité, l'érythème du visage, l'alopécie, l'atteinte hématologique avec leucopénie et thrombopénie et la sérite avec pleurésie ou péricardite. Les atteintes neurologique et rénale sont plus rarement rapportées.

A notre connaissance aucun cas de rhupus n'a été révélé par lupus bulleux qui demeure une entité elle-même rare puisqu'il représente moins de 5 % des lupus. Il s'agit d'une maladie hétérogène causée par des auto- anticorps dirigés contre la jonction dermo épidermique, principalement le collagène de type VII. Des similitudes histologiques et immunopathologiques existent entre le lupus érythémateux systémique bulleux (LESB) et d'autres dermatoses bulleuses, à savoir la dermatite herpétiforme (DH) et l'épidermolyse bulleuse acquise (EBA).

Conclusion :

Le lupus bulleux illustre le polymorphisme clinique de la maladie lupique. Son individualisation souligne l'intérêt des manifestations cutanées au cours des diverses maladies systémiques. Le cas de notre patiente qui présente une association de deux pathologies lourdes met l'accent sur l'environnement auto-immun inducteur des deux pathologies. La Dapsone demeure le traitement de choix pour les lésions de lupus bulleux mais dans notre cas son utilisation a été limitée par l'atteinte hématologique. Par ailleurs notre malade a bien répondu à une association de corticothérapie orale, antipaludéens de synthèse et cyclophosphamide.

L'Hidradénite eccrine neutrophilique au cours d'une leucémie aiguelymphoblastique(LAL)

Biygjoine I, HocarO, Amal S, Aboudourib M

Service de dermatologie et vénérologie

Laboratoire de biosciences et santé

CHU Mohammed VI Marrakech ; Maroc

Introduction :

L'hidradénite eccrine neutrophilique (HEN) est une dermatose neutrophilique rare survenant le plus souvent au décours d'une chimiothérapie. Nous rapportons une observation de l'HEN de localisation inhabituelle rencontrée au cours d'une leucémie aigue lymphoblastique sous chimiothérapie.

Observation :

Il s'agit d'une fille de 12 ans, suivie pour une LAL B2 sous polychimiothérapie : dexamethasone;Aracytine; Etoposide; Vincristine; triple chimiothérapie intrathécale à base d'hémisuccinate d'hydrocotrisone, méthotrexate et Aracytine ; et le facteur de stimulation des colonies de granulocytes (G-CSF). La patiente a developpé au treizieme jour post chimiothérapie des nodulaires et des placards inflammatoires au niveau des 2 membres supérieurs et inférieurs; surmonté de bulles hémorragiques et à centre nécrotique au niveau de la fesse droite; le tout évoluant dans un contexte de fièvre. La numération formule sanguine avait objectivé une pancytopénie. Le prélèvement bactériologique était négatif. La biopsie cutanée avait objectivé un infiltrat inflammatoire dermique polymorphe agressant par

place les glandes sudorales. La patiente a bénéficié d'une nécrosectomie et a été mise sous colchicine à la dose de 0.5mg par jour avec une régression complète des lésions en 3 semaines avec un recul de 3 mois.

Discussion:

L'HEN est rencontrée essentiellement au cours des leucémies aigues myéloblastiques ; son association avec la LAL est peu rapporté dans la littérature ; les molécules les plus incriminées sont l'Aracytine, l'Etoposide, les anthracyclines ; reçu également dans notre cas. Les lésions siègent essentiellement sur le tronc, au niveau palmo-plantaire et faciale ; à la différence de notre cas dont les lésions étaient inhabituellement observées au niveau des membres. L'étude histologique objective un infiltrat neutrophile eccrine associé à une nécrose de la portion épithéliale sécrétrice. L'HEN disparaît généralement spontanément. La corticothérapie systémique semble influencer favorablement l'évolution des lésions ainsi que la colchicine, dapsone, les dermocorticoides qui peuvent être proposés.

Conclusion :

Notre observation met en évidence une association rare et une localisation inhabituelle de l'HEN au cours d'une LAL.

Le Pityriasis lichénoïde varioliforme et aigu : une présentation atypique

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

Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction :

Le pityriasis lichénoïde varioliforme et aigu (PLEVA) est une dermatose inflammatoire rare du sujet jeune ,de survenue brutale et d'évolution le plus souvent spontanément favorable .

Nous rapportons une observation d'une patiente présentant un PLEVA de présentation atypique.

Observation

Mme R âgée de 51 ans , ayant comme antécédent une hypertension artérielle sous traitement et un vitiligo généralisé depuis 10 ans , ayant consulté pour une éruption généralisée évoluant en poussée rémission depuis 2 ans. L'interrogatoire ne trouvait pas de notion de prise médicamenteuse, d'infection ou de vaccination. L'examen dermatologique avait montré de multiples papules arrondies ombiliquées dont certaines étaient recouvertes de croutes hémorragiques , confluentes par endroit en petites plaques ,siégeant de façon symétrique au niveau des membres inférieurs ,des fesses, de l'abdomen et des membres supérieurs.

L'examen des muqueuses était sans anomalie. Les aires ganglionnaires étaient libres, sans hépatosplénomégalie, ni de signes infectieux ou d'altération de l'étatgénéral. La dermoscopie avait révélé un fond érythémateux, et des structures blanchâtres brillantes en faveur de stries de wickham.

La biopsie cutanée objectivait des cellules apoptotiques étagées surmontées d'une parakératose, et une exocytose lymphocytaire majeure dispersée sur toute la hauteur de l'épiderme. Le derme était le siège d'un infiltrat majoritairement lymphocytaire se disposant en éventail vers l'épiderme. Le complément immunohistochimique avait éliminé tout signe de mycosis fungoide .

Sur la base des données cliniques et histopathologiques, nous avions retenu le diagnostic de PLEVA. Une rémission complète était notée au bout de 3 semaines par dermocorticoides.

Discussion

Le pityriasis lichénoïde est un groupe d'affections cutanées inflammatoires qui comprend le pityriasis lichénoïde et varioliformisacuta (PLEVA) et le pityriasis lichénoïde chronique (1) .

Bien que l'étiologie du PLEVA soit inconnue, il s'agit probablement d'une réaction inflammatoire à des antigènes étrangers tels que les agents infectieux et les médicaments . (2)

Cliniquement, le PLEVA se manifeste par une éruption aiguë de petites macules érythémateuses à brunes évoluant en papules surmontées de croûtes hémorragiques, par poussée et rémission .

Les lésions en dermoscopie étaient divisées en deux: aspect précoce de zone brunâtre amorphe, de squames blanches ,et de vaisseaux en points en périphérie. Et des lésions en phase tardive avec un aspect de zones blanches sans structure au centre et une vascularisation périphérique en points et glomérulaire (3)

Chez notre patiente, un aspect atypique de stries de wickham était objectivé.

Les options thérapeutiques ne sont pas codifiées ; comprennent la photothérapie, les antibiotiques oraux, les dermocorticoides et les antihistaminiques (4) (5) Les traitements systémiques tels que les corticostéroïdes, le méthotrexate, la cyclosporine et les rétinoïdes peuvent être justifiés dans les manifestations sévères de PLEVA résistantes aux traitementsconventionnels.

La rémission est complète, toutefois, une évolution vers une hématodermie était rapporté, d'où l'intérêt d'un suivi prolongé des patients .

Conclusion :

Le PLEVA est une pathologie rare de diagnostic clinique difficile. La dermoscopie joue un rôleorientateur important. L'originalité de notre observation réside dans la présence d'un réseaulichénien non décrit auparavant. Des études supplémentaires de la dermoscopie du pityriasis lichénoïde peuvent être bénéfiques pour augmenter la confiance diagnostique.

Eczéma du visage : une série de 58 patients

S.Essaddouki, F Z.Elfatoiki, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie

Hôpital universitaire CHU Ibn rochd Casablanca

Introduction

L’eczéma du visage est une description topographique pratique qui englobe les cas d'eczéma qui affectent de façon persistante ou prédominante le visage uniquement. L’objectif de notre étude est d’évaluer la fréquence des dermatites allergiques de contact du visage et d’identifier les allergènes incriminés dans notre contexte.

Matériels et méthodes

Il s’agit d’une étude rétrospective menée sur une période de 5 ans au service de dermatologie CHU Ibn Rochd Casablanca portant sur 164 patients testés par batterie standard pour un eczéma du visage.

Résultats

Parmi les 164 patients testés, 58 soit 35,4 % des cas présentaient un eczéma de contact du visage. L’âge des patients était compris entre 7 et 65 ans avec une moyenne d’âge de 34,9 ans et une prédominance féminine 76,5% (sex-ratio : 0,30). Une notion d’atopie personnelle ou familiale a été retrouvée dans 41 % des cas. La durée d’évolution de l’eczéma variait de quelques jours à 10 ans avec une moyenne de 2,3 ans. L’eczéma était de type érythématosquameux chez 17 patients (29,3 %), érythémateux chez 15 patients 25,9, érythémato-vésiculeux chez 8 patients (13,8 %). Une chéilite isolée a été retrouvé chez 10 patients. La batterie standard a été utilisée seule chez tous nos patients. Le test était positif chez 49 patients, soit 84,5 % des cas. Le Fragrance Mix a été incriminé dans 25 cas (46,3 %), le nickel dans 17 cas soit 29,3%, et le cobalt dans 6 cas, l’IPPD chez 3 patients

La prise en charge de nos patients était basée sur l’éviction de l’allergène incriminé, associée à des antihistaminiques.

Discussion

Le visage constitue une zone exposée à de nombreux agents irritants ou allergisants. Les produits cosmétiques constituent une des principales

étiologies d'eczéma de contact à côté des autres produits tels que les topiques médicamenteux, les produits ménagers et industriels.

Devant toute suspicion d'eczéma de contact, il est nécessaire de mener une enquête et des examens allergologiques pour identifier tous les allergènes potentiels.

Acné et stress

Bouraqqadi O, Soughi M, Douhi Z, Elloudi S, Baybay H, Mernissi FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

L'acné est une affection dermatologique très courante chez les adolescents, mais aussi l'adulte, touchant plus de 95% des individus, tous les groupes ethniques confondus, constituant ainsi un motif fréquent de consultation dermatologique.

L'incidence élevée de l'acné est liée à des facteurs d'exposition multiples, aussi qualifiés comme exposome, tel que l'alimentation, la prise médicamenteuse, les polluants, les facteurs psychosociaux et le mode de vie. Ces facteurs contribuent à la pathogénèse de l'acné en agissant sur un ou plusieurs facteurs : l'hyperseborrhée, la prolifération bactérienne, l'altération de la kératinisation infundibulaire, et l'inflammation.

Nous présentons à travers notre étude l'impact du stress psychologique sur l'aggravation de l'acné chez un échantillon d'étudiants en médecine.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une cohorte prospective, portée sur un échantillon d'étudiants en médecine volontaires, réalisée en deux phases : une phase « High stress »

(durant la période des exams), et une phase « low stress » (hors période d'exams).

Deux formulaires étaient utilisés: le premier évaluant le degré de stress durant chacune des deux phases, l'autre évaluant le terrain du patient.

La sévérité de l'acné était évaluée chez tous les participants durant les deux phases en utilisant l'échelle de Leeds modifiée par Cunliffe, afin de chercher la corrélation entre le niveau de stress et la sévérité de l'acné

Résultats :

Nous avons colligé 80 patients, avec un sex ratio H/F de 0.56, avec un âge moyen de 21,54ans. 50 patients présentent des ATCD familiaux d'acné, avec un ATCD psychiatrique fait de dépression, anxiété ou TOC chez 20 patients.

78,75% de nos patients rapportent l'apparition de l'acné durant l'adolescence. L'acné mixte est la forme la plus dominante chez 52,5% des cas, suivie de l'acné rétentionnelle chez 38,8% puis inflammatoire chez 8,8%

Dans notre échantillon, 50% des patients rapportent une poussée d'acné suite au stress, tandis que 65% rapporte une aggravation des lésions préexistantes.

Durant la phase « low stress », 68,8% des patients avaient une acné minime, 17,5% avaient une acné modérée, avec acné modérée à sévère chez 1 seul patient, 12,5% n'avaient pas de lésions durant cette phase. Cependant, durant la deuxième phase, tous les patients présentaient une poussée d'acné, la forme modérée étant la plus fréquente (48,8%), suive de l'acné minime (30%) puis l'acné modérée à sévère (21,3%).

Le score moyen du PSS était de 15,7 durant la phase low stress, et 24,66 lors de la phase high stress.

Les résultats de corrélation entre l'acné et le stress s'est révélée statistiquement significative, avant et après ajustement en fonction de la qualité des repas et du sommeil, avec une valeur $p<0,001$.

Nous avons également trouvé une corrélation statistiquement significative entre la perception d'aggravation du stress et l'aggravation clinique entre la première et la deuxième phase $p<0,001$

Discussion :

Le stress est l'un des facteurs déclenchants de l'acné les plus rapportés chez les patients. Il existe des preuves solides que la corrélation entre le stress et l'acné est centrée sur l'axe hypothalamo-hypophysaire qui affecte la fonction des glandes sébacées.

La plupart des études se sont concentrées sur le retentissement psychologique de l'acné, or, il existe peu d'études évaluant le stress comme une cause possible de déclenchement ou d'exacerbation de l'acné. Pendant longtemps, cette influence était scientifiquement non prouvée jusqu'au deux dernières décennies où il a été retenu comme probable facteur pathogène de l'acné, or la majorité des études étant subjectives et peu convaincantes.[1,2]

Notre étude est la troisième de son type ou la corrélation entre l'échelle de stress perçu et la sévérité de l'acné a été recherchée.

A travers notre étude, nous avons pu établir le lien entre le stress et l'acné de façon objective, par la présence d'une corrélation statistiquement significative entre le stress et la gravité de l'acné ($r=0.404$, $ß=0.402$, $P<0.001$), ces deux paramètres étant évalués cliniquement durant deux phases différentes, l'une durant la période des examens, et l'autre lors d'une période de stress minime, ce qui rejoint les résultats de la littérature.

Conclusion :

L'acné constitue un motif fréquent de consultation dermatologique, son incidence élevée est liée à des facteurs d'exposition multiples, dont le stress, qui est identifié par plusieurs patients comme principal facteur aggravant l'acné, notamment chez la population estudiantine.

Il est de plus en plus évident que le stress psychologiqueest un facteur important dans la pathogenèse de l'acné, et doit être activement pris en charge dans le cadre d'un plan de traitement complet et holistique.

Syndrome métabolique et dyslipidémie chez les patients atteints de lichen : série de 101 cas.

J.Belcadi[a] ; S. Oulad Ali [a] ;Z. Zeghari[b] ; N. Ismaili[a] ; L. Benzekri[a] ; K. Senouci[a] ;

M. Meziane [a] .

[a]Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina

et[b] Département de santé publique, d'épidémiologie et de recherche clinique,

Faculté de Médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Université Mohammed V Souissi,

Introduction

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire chronique idiopathique qui peut toucher la peau, les cheveux, les ongles et les muqueuses et qui affecte moins de 0,5 % à 1 % de la population.

La prévalence du syndrome métabolique, de la dyslipidémie et de leur association avec le lichen plan varie selon les études publiées, et peu d'entre elles concernaient notre population où la prévalence des maladies cardiovasculaires est en augmentation[16].

Objectifs

Documenter la prévalence du syndrome métabolique et de la dyslipidémie chez nos patients atteints de lichen plan.

Méthodes

Nous avons effectué une étude transversale prospective sur une période de 18 mois de décembre 2020 à mai 2022 recrutant dans notre service de dermatologie les patients atteints de lichen diagnostiqué cliniquement et histopathologiquement.

L'âge, le sexe, le tour de taille, la glycémie à jeun, les triglycérides, le cholestérol total, les HDL et LDL ont été évalués ainsi qu'une échographie abdominale à la recherche d'une stéatose hépatique. Les critères 2001 de l'AdultTreatment Panel III (ATP III) ont été utilisés pour le diagnostic du syndrome métabolique[17].

Nous avons considéré comme dyslipidémie une élévation du cholestérol plasmatique (supérieur à 220 mg/dL), des triglycérides (supérieur à 150 mg/dL) ou par un taux bas de cholestérol à lipoprotéines de haute densité (inférieur à 40 mg/dL)[19].

Analyse statistique

L'analyse statistique des données a été effectuée à l'aide du logiciel Jamovi version 2.3.9.

Les tests statistiques utilisés étaient le test Chi2 d'association et le test de Fisher exact quand les conditions de validité du test de Chi 2 n'étaient pas réunies.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart type si elles étaient distribuées normalement autrement en médiane et intervalle interquartile. Les variables qualitatives l'ont été en effectifs et pourcentages.

Résultats

Nous avons colligé 101 patients durant la période de l'étude. L'âge moyen des patients était de 51,6 ± 14,2 et la durée médiane d'évolution de la maladie était de 36 mois [24 ;72]. Le sexe féminin était prédominant à 94,1 % (95 femmes).

Les patients avec hypertension artérielle étaient au nombre de 17 (16.8 %).

L'obésité abdominale était présente chez 20 patients soit 19.8 %des cas.

Des chiffres glycémiques élevées étaient retrouvés chez 17,8% des patients.

Concernant le profil lipidique : le cholestérol total était élevé chez 26.7 % des patients (27), le taux de C-HDL était bas dans 11.9 % des cas (12), le taux de C-LDL et TG était élevé dans 19.8 % (20) et 15.8 % (16) des cas respectivement. L'échographie abdominale a objectivé une stéatose hépatique chez 25 % des patients.

Le lichen pigmentogène était la forme la plus fréquente de lichen ; 34.7 % suivi du lichen plan dans sa forme classique 30.7 % puis de l'alopécie frontale fibrosante 26,7%.

Dans notre échantillon, les patients avec un lichen plan dans sa forme classique était corrélé à un plus haut risque de dyslipidémie tandis que le lichen pigmentogène était plus souvent associé au syndrome métabolique.

Discussion

L'âge moyen de nos patients correspond aux données de la littérature.

La prédominance féminine ressort dans la majorité des études, comme rapporté dans notre série, mais le sex ratio reste néanmoins variable en fonction de l'origine ethnique.

Seyhan et al[4] ont signalé que des chiffres glycémiques élevés et la fréquence du diabète augmentaient de manière significative chez les patients atteints de lichen par rapport au groupe témoin. Kuntoji et al[5] ainsi que Daye et al[1] n'ont pas retrouvé de différence significative entre les valeurs de glycémie chez le groupe étudié et le groupe témoin. Dans notre étude, 17,6% des patients présentaient des chiffres glycémiques élevés alors que chez notre population marocaine seul 9,9% des sujets présentent une perturbation des chiffres glycémiques[18].

La relation entre le lichen et le syndrome métabolique a été étudiée pour la première fois par Arias-Santiago et al[6] et aucune relation n'a été trouvée. Plus tard, Baykal et al[7] ont rapporté une prévalence de 26,6% du syndrome métabolique chez les patients atteints de lichen et Hashba et al 43,6%. Dans notre étude, 17,1% des patients présentaient un syndrome métabolique ce qui rejoint les résultats de l'étude menée en 2019 par Geetharani et al.[8] Les études portant sur la relation entre lichen et syndrome métabolique dans la littérature sont résumées dans le tableau 2.

Le lichen plan pigmentogène est considéré comme une variante rare du lichen plan par la plupart des auteurs. Il est caractérisée par une pigmentation maculaire chronique acquise, de couleur brun foncé à gris qui affecte non seulement les zones exposées au soleil du visage et du cou mais aussi les zones de flexion protégées du soleil, comme les aisselles et la région inguinale.

Le lichen pigmentogène survient chez les patients d'âge moyen de phototype foncé plus fréquemment chez les sujets de sexe féminin entre la 3e et la 5e décade.

Le LPP et le LP ont une immunopathogénie similaire, représentée par une réponse immunitaire cellulaire anormale médiée par les lymphocytes T, dans laquelle les lymphocytes T CD8+ reconnaissent et attaquent les kératinocytes épidermiques, provoquant une incontinence pigmentaire intense. Le LPP, considéré comme variante du LP, se caractérise par un infiltrat inflammatoire initial rapide, mais sans la prolifération kératinocytaire compensatrice observée dans le lichen plan et, enfin, une régression rapide de l'infiltrat inflammatoire avec dépôt dermique de mélanine persistant pendant des mois, voire des années.[2]

Contrairement aux données de la littérature, la forme pigmentogène du lichen plan était la plus représentée avec 35 patients soit 34,7% ceci pourrait être expliqué par la nette prédominance féminine et le phototype méditerranéen de nos patients.

Il existe un nombre limité d'études sur la relation entre syndrome métabolique et les différents sous-types de lichen. Krishnamoorthy et al[9] puis quelques années après Daye et al[1] ont suggéré que le syndrome métabolique était plus fréquent chez les patients présentant un lichen plan buccal, tandis que Baykal et al[7] l'on associé à une atteinte muqueuse et non seulement buccal. Dans notre étude, le syndrome métabolique était significativement associé au lichen pigmentogène.

Les lipides sont connus pour augmenter la production de cytokines inflammatoires, notamment le TNF-alpha, l'interleukine 6 et 1β et de ce fait la dyslipidémie dans le lichen plan est associée à l'induction d'une inflammation chronique, qui est également la voie de développement d'autres risques cardiovasculaires. Les études ont toujours établi une association claire entre la dyslipidémie et le lichen plan[3]. Saleh et al[10] ont signalé une augmentation des

niveaux des paramètres lipidiques (LDL, HDL, cholestérol total) et des triglycérides tandis que, Özkur et al[11] n'ont pas observé de différence significative dans tous ces paramètres. Chez nos patients, 20,7% présentaient une dyslipidémie et principalement ceux présentant un lichen plan dans sa forme classique.

Conclusions

Les patients souffrant de lichen plan devraient faire l'objet d'un dépistage systématique du syndrome métabolique et de ses composantes compte tenu de l'association significative de ce dernier avec cette dermatose de plus en plus fréquente.

Le lichen unguéal isolé de l'enfant : A propos de deux cas.

A.Lahrougui, Amaaoune F, M.Aboudourib,O.Hocar,S.Amal

Service de dermatologie- vénérologie,CHU Mohammed VI,Marrakech-Maroc.

Laboratoire bioscience FMPM.

Introduction

Le lichen unguéal isolé représente 2% des lichens plans, sa survenue est encore plus rare chez l'enfant.

Nous rapportons deux cas de lichens unguéaux chez deux enfants de 10 et 11 ans.

Observation

Il s'agit de deux patients âgés de 10 et 11 ans, sans antécédents, consultaient pour des onychopathies diffuses des ongles des mains et des pieds évoluant respectivement depuis 6 et 8 mois.

L'examen clinique retrouve la présence d'une onycholyse distale, trachyonychie et pachyonychie diffuse, sans signes cutanées associés.

Chez les deux patients, l'examen mycologique des ongles était négatif, les deux biopsies unguéales ont objectivé un infiltrat inflammatoire en bande à la jonction dermo-épidermique, avec présence de corps cystoïdes altérant la membrane basale, hypergranulose, acanthose et spongiose en faveur d'un lichen unguéal.

Le premier patient a été traité par de la corticothérapie orale pendant 6 mois, à la dose de 0.5mg/kg/J.

Le deuxième patient a été traité par des injections mensuelles acétonide de Triamcinolone intramusculaire pendant 6 mois.

L'évolution clinique était favorable chez les deux patients.

Discussion

Le lichen est une dermatose inflammatoire dotée d'un grand polymorphisme clinique, touchant la peau et les phanères, avec de rares cas décrits chez l'enfant.

Souvent associée à une atteinte cutanée, l'atteinte unguéale isolée est rare.

La sémiologie dépend du site de l'inflammation et de son intensité, l'atteinte de la matrice proximale est à l'origine de trachyonychielichénienne, elle est habituellement observée chez l'enfant, avec une évolution favorable non cicatricielle.

Toutefois, seule la biopsie permet d'affirmer le diagnostic, le traitement dépend de l'âge de la sévérité des lésions.

Chez l'enfant une efficacité a été prouvée pour la corticothérapie orale, les injections intramusculaires mensuelles d'acétonide de Triamcinolone, la griséofulvine, ainsi que des traitements locaux fait d'injections intramatricielles de corticoides et l'application locale de propionate de clobétasol.

L'évolution est imprévisible, pouvant aboutir à une rémission spontanée ou à des séquelles cicatricielles définitives.

Conclusion

Malgré sa rareté le lichen unguéal doit être évoqué devant toute onychopathie chronique indépendamment de la tranche d'âge.

La relation entre la rosacée et le syndrome métabolique dans la population marocaine : une étude rétrospective cas témoins

R. Ajaaouani ; F. Hali ;H.Rachadi; S. Chiheb

Service de dermatologie vénérologie
CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :

La rosacée et le syndrome métabolique sont associés à une inflammation chronique et à un phénotype pro-inflammatoire. Notre objectif est d'etudié la relation entre la rosacée et le syndrome métabolique dans notre population.

Matériel et méthode :

C'est une étude rétrospective cas témoins mené entre janvier 2021 mars 2022, incluant 25 patients atteints de rosacée et 12 patients témoins.
Les critères d'exclusion pour les deux groupes étaient : une maladie associée au métabolisme du glucose, un antécédent d'une

coronaropathie, des dermatoses inflammatoires chroniques. Les données épidémiologiques, cliniques, anthropométriques, les mesures de la tension artérielle et les résultats du bilan biologique étaient enregistrées et analysées par le logiciel SPSS et Excel.

Résultats :

Vingt –cinq patients atteints de rosacée (5 hommes et 20 femmes ; l'âge moyen était 50,8 ans ; extrêmes : 35-68 ans) et douze témoins (6 hommes et 6 femmes ; l'âge moyen était 49 ans ; extrêmes : 38-72 ans) étaient inclus dans l'étude. Sur 25 patients atteints de rosacée, les formes cliniques étaient une rosacée érythémato-télangiectasique (n=12), une rosacée papulo-pustuleuses (n=10) et rhinophyma (n=3). La répartition des lésions sur le visage était central (n=10), tout le visage (n=7), au niveau de joues (n=8). La durée moyenne d'évolution de rosacée était de 3,4 ans. L'analyse statistique a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les groupes rosacée et témoin concernant la présence du syndrome métabolique ($p>0,05$). Le taux de la glycémie à jeun, du cholestérol total, les niveaux de pression artérielle systolique et diastolique étaient significativement élevés dans le groupe rosacée que dans le groupe témoin ($p<0,05$). Il n'y avait pas de différences significatives entre les participants par rapport à l'âge, le sexe, le poids, la taille, le tour de taille, l'indice de masse corporelle, les antécédents de tabagisme, la consommation d'alcool, le taux du cholestérol HDL entre les groupes rosacées et témoins ($p>0,05$). La comparaison de la moyenne des paramètres entre les deux groupes a montré que le taux moyens du cholestérol LDL, les triglycérides, le cholestérol total, la CRP et la tension artérielle systolique et diastolique étaient significativement plus élevés dans le groupe rosacée que dans le groupe témoin ($p<0,05$).

Discussion :

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, et évoquent l'existence d'une relation entre la rosacée et certains paramètres liés au syndrome métabolique et aux facteurs de risque cardio-vasculaire. Cette relation peut s'expliquer par le fait que des facteurs similaires, tels que des niveaux accrus de cathélicidine LL-37, Endoplasmicreticulumstres, de cytokines inflammatoires et de stress oxydatif sont décrit dans la pathogenèse de la rosacée et le syndrome cardio-métabolique. A l'issue de notre étude, nous signalons l'intérêt d'évaluer les facteurs de risque cardiovasculaire chez tous patients consultant pour rosacée avec un suivi à long terme.

Etude épidemio-clinique de l'urticaire physique à propos de 30 cas

SokainaChhiti , Zakia Douhi, Meryem soughi, Sara Elloudi, Hanane BayBay, Fatima Zahra Mernissi. Service de dermatologie-vénérologie, CHU Hassan II Fès

Introduction :

L'urticaire physique (UP) constitue un groupe particulier d'urticaires survenant au site d'application d'un stimulus physique. Cependant, leur identification précisenécessite des tests de provocation ou de stimulation qu'il faut les standardiser actuellement.

Matériels et méthodes ;

Etude prospective et descriptive sur une période d'un an, incluant 30 patients atteints d'urticaire chronique ayant bénéficié des tests de stimulation physiques.

Résultats ;

L'âge moyen de nos patients était de 40,69 ans avec une prédominanceféminine. L'interrogatoire a révélé que 29 cas avaient un facteur déclenchant, un seul cas rapportait des signes systémiques, 24 cas étaient sous traitement avant leur 1ère consultation : antihistaminiques dans 18 cas, corticoïdessystémiques dans 2 cas, association des deux dans 4 cas. Le test physique étaitréalisé chez tous nos patient dont 24 cas étaient positifs (apparition d'une papule et/ou plaque érythémateuse prurigineuse au site de stimulation) et 9 cas étaientnégatifs. L'urticaire à la pression était la plus fréquente avec un taux de 48,2 %, suivi du dermographisme à 34,5 %, cholinergique à 17,2 %, chaleur 13,8 %, froid 6,9 %. Aucun cas d'urticaire vibratoire, solaire ou aquagénique. Dans notre étude, tous les patients ont été traités par des antihistaminiques de 2ème génération en première intention. L'antihistaminique de 1ère générationétait indiqué dans 2 cas. 9 cas étaient sous anti- leucotriènes avec un taux de réponse de 20,7 %. 08 patients ont bénéficié d'un soutien psychologique. Une amélioration partielle après un délai moyen de 3 mois a été rapportée chez 10 patients. Une rechute dans un cas et une rémissioncomplète chez 15 patients.

Discussion :

Les UP sont définies comme un groupe de maladies dans lesquelles les papules sont induites par des stimuli physiques externes. Parmi elles, le dermographisme, l'urticaire retardée à la pression (UPD), au froid, à la chaleur, solaire et vibratoire. L’UP représente 5% de la population générale. En fait, un seul patient peut présenter simultanément deux ou

plusieurs formes inductibles d'urticaire. Comme c'était le cas chez 10 de nos patients.

La forme la plus courante de UP est le dermatographisme, tandis que l'UPD est observée chez un tiers de tous les patients atteints de UC. La fréquence de l'urticaire au froid est comprise entre 5 et 30 % de PU. Les urticaires solaires, thermiques, vibratoires et de contact sont rares, ce qui concorde avec notre étude.

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire et l'examen physique du patient ainsi que les données de test de provocation spécifique.

Le traitement de première ligne comprend l'éviction de stimulus physique combiné aux antihistaminiques non sédatifs à dose conventionnelle qui peut être augmenter jusqu'à quatre fois si la réponse n'est pas satisfaisante. L'omalizumab et la cyclosporine constituent une meilleurs alternative thérapeutique.

L'Alopécie frontale fibrosante : Etude prospective de 24 cas

A.Kerouach, F.Hali, Z.Tazi Saoud, F.Marnissi, S. Chiheb

Service de Dermatologie, Service d'anatomie pathologique

CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

L'alopécie frontale fibrosante (AFF) est une alopécie cicatricielle lymphocytaire d'étiologie inconnue qui touche principalement la femme ménopausée. Il s'agit d'une variante particulière de lichen plan pilaire responsable d'un recul de la ligne d'implantation fronto-temporo-pariétale et parfois même occipitale du cuir chevelu.

L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects cliniques, trichoscopiques et évolutives de l'AFF.

Matériels et méthodes :

Une étude prospective sur une période de 3 ans a été menée, de janvier 2019 à janvier 2022. Incluant tous les patients avec un diagnostic clinique et/ou histopathologique de l'AFF, vus au service de dermatologie du CHU Ibn Rochd à Casablanca.

Résultats :

Vingt-quatre patients ont été recensés, tous étaient des femmes (100%). La moyenne d'âge était de 46 ans. Soixante pour cent d'entre elles étaient en pré ménopause. Un facteur émotionnel a été retrouvé dans 40% des cas et 45% des patientes ont rapporté l'utilisation de produits traditionnels à visée cosmétique.

Le prurit était le signe fonctionnel le plus rapporté dans 80% des cas. Sur le plan clinique, toutes les patientes (100%) présentaient un recul fronto-temporal de la ligne d'implantation des cheveux avec une atteinte pariétale ou occipitale dans 70 % et 50 % des cas respectivement .Une dépilation des sourcils était notée chez 20 patientes (83 %).Des micropapules au niveau du visage ont été retrouvées chez 13 patientes (54%), suivies d'un lichen pigmentogène chez 10 patientes (41%).

Les résultats trichoscopiques étaient dominés par une disparition des orifices pilaires (90 % des cas), un érythème périfolliculaire (80 % des cas) et une hyperkératose folliculaire (70 % des cas), des points bleu-gris dans 50 % des cas. La biopsie cutanée orientée par la dermoscopie, confirmait dans tous les cas le diagnostic de l'AFF, on objectivant un infiltrat lymphocytaire en bande en regard de l'isthme et de l'infundibulum.

Les dermocorticoïdes étaient prescrits chez toutes nos patientes associés à des traitements systémiques dans 30% des cas. L'évolution était favorable avec un

recul moyen de 1an, traduite par une stabilité de la maladiedans 60 % des cas et une repousse partielle dans 40 % des cas.

Discussion :

L'AFF est une alopécie cicatricielle de plus en plus décrite chez les femmes préménopausées. Notre étude, souligne le rôle des produits cosmétiques et des facteurs émotionnels dans l'étiopathogénie de l'AFF. La dermoscopie facilite le diagnostic, oriente la biopsie, évalue l'efficacité du traitement et estime le pronostic ; En effet, l'érythème, les points gris-bleus et la kératose péripilaire qui traduisent respectivement l'inflammation, l'incontinence pigmentaire et l'hyperkératose sont considérés comme des facteurs de bon pronostic, tandis que la disparition des orifices folliculaires et l'aspect blanc nacré correspondent à la fibrose, donc aux stades avancés non réversibles des lésions

Prurigo pigmentosa induit par le régime cétogène « le Keto Rush »

C. Ait khabba, M. Asermouh, M. Meziane, L. Benzekri , K. Senouci
Service de Dermatologie et de Vénérologie du CHU IBN SINA
Université Mohammed V Rabat, Maroc

Introduction :

Le prurigo pigmentosa est une dermatose inflammatoire rare, de cause inconnue, caractérisée par une éruption papuleuse principalement tronculaire et réticulaire suivie d'une hyperpigmentation. Les changements alimentaires, l'exercice vigoureux, l'acidocétose diabétique, la friction et l'atopie lui ont été associés.
Nous présentons un cas de prurigo pigmentosa pour mettre en évidence le rôle déclenchant des régimes amaigrissants.

Cas clinique :

Patiente âgée de 39 ans qui consultait pour une éruption très prurigineuse au niveau du tronc et du dos évoluant depuis 3 semaines. L'interrogatoire n'objectivait aucun

antécédent personnel ou familial d'atopie, pas de prise médicamenteuse ou d'application de nouveaux topiques avant l'apparition de l'éruption cutanée. Par ailleurs la patiente suivait un régime cétogène « Kétodiet » depuis deux mois avec perte de 5 kilogrammes et rapporte une légère amélioration du prurit après 3j d'arrêt du régime suite à l'éruption.

À l'examen, elle présentait des papules érythémateuses et hyperpigmentées confluentes en plaques réticulées au niveau du tronc et le haut du dos. Devant ce tableau clinique le diagnostic de prurigo pigmentosa induit par le régime cétogène était évoqué en premier lieu. Une biopsie cutanée a été indiquée pour appuyer le diagnostic mais la patiente a refusé sous prétexte qu'elle s'est améliorée à l'arrêt du régime.

Trois semaines après l'arrêt du régime cétogène, le prurit s'est amélioré avec persistance d'une hyperpigmentation marbrée.

Discussion :

Le prurigo pigmentosa est une dermatose inflammatoire rare, observée deux fois plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Il se présente généralement à un âge moyen de 25 ans.

C'est une dermatose prurigineuse caractérisée par des papules érythémateuses récurrentes réparties sur le dos, le tronc et le cou dans un schéma réticulaire. Des variantes vésiculaires ont été signalées et, dans la plupart des cas, l'éruption se résout avec une hyperpigmentation marbrée.

L'histologie montre à la phase initiale une infiltration superficielle et péri-vasculaire de neutrophiles. La deuxième phase montre une spongiose, des microabcès et une dégénérescence ballonisante des kératinocytes. La troisième et dernière phase objective un infiltrat lichénoïde composé d'éosinophiles et de lymphocytes.

La pathogenèse est inconnue, mais des facteurs déclenchant ont été proposés comme la transpiration, la friction des vêtements, l'acupuncture, la dermatite atopique et de contact, l'anorexie mentale, la grossesse, l'infection à Helicobacter Pylori et la cétose. La cétose peut être précipitée par un régime cétogène, le jeûne,

le diabète insulino-dépendant ou la chirurgie bariatrique. En effet les corps cétoniques pourraient induire une inflammation neutrophile péri-vasculaire et jouer un rôle dans le développement du PP.

19 cas de PP induits par un régime cétogène ont été identifiés entre les années 2015 et 2021. Les patients étaient âgés de 16 à 43 ans, avec un âge moyen de 24 ans. Il y avait une forte prédominance féminine (79%), ce qui pourrait être dû à une prévalence plus élevée de comportements alimentaires chez les jeunes femmes par rapport aux jeunes hommes. La majorité des patients étaient asiatiques (32 %) et moyen-orientaux (32 %), suivis des caucasiens (11 %). L'apparition de l'éruption variait de six jours à quatre mois après le début d'un régime cétogène (en moyenne 31 jours).

Le traitement comprend l'arrêt du régime cétogène, avec de la doxycycline orale, allant de 100 à 200 mg par jour pendant deux semaines à deux mois. Les autres traitements comprenaient la minocycline orale, les stéroïdes topiques, les antibiotiques topiques, les antihistaminiques oraux ou la prednisolone orale... Les lésions cutanées actives disparaissent après une moyenne de 18 jours de traitement avec une hyperpigmentation résiduelle dans 68 % des cas.

Conclusion

Le prurigo pigmentosa induit par un régime cétogène pourrait être une entité sous-diagnostiquée en raison du risque de confondre cette dermatose avec des affections plus courantes, telles que l'eczéma, la dermatite de contact…. Une enquête clinique concernant les habitudes alimentaires est imposée chez tous les patients présentant une éruption papuleuse érythémateuse prurigineuse réticulée sur le tronc.

Dégénérescence maligne de la maladie de Verneuil : Observations rarissimes.

A. Abbour-F.Z. El Fetoiki-F. Hali-F. Mernissi-S. Chiheb

Introduction :

L'hydradénite suppurative, également appelée maladie de Verneuil, est une maladie inflammatoire chronique, suppurative et fistulisante, d'évolution cicatricielle intéressant les régions cutanées comportant des glandes apocrines. Sa dégénérescence demeure rare.
Nous rapportons 2 cas de dégénérescence en carcinome épidermoïde d'une maladie de Verneuil.

Cas n°1 :

Patient de 56 ans, suivi pour maladie de Crohn depuis 12 ans et insuffisance cardiaque sévère sous TTT. Admis pour des lésions ulcéro-nodulaires suppuratives de la région péri-anale évoluant depuis 9 ans. A l'examen dermatologique, il s'agissait d'un placard nodulaire infiltré et polyfistulisé des régions fessières et péri-anales ainsi que des lésions ulcéro-bourgeonnantes au niveau sacré et fessier. Un bilan complet a été réalisé revenant en faveur d'une dégénérescence maligne en carcinome épidermoïde d'une maladie de Verneuil (stade III de Hurley) avec un bilan d'extension objectivant une atteinte osseuse et musculaire par contiguïté sans atteinte à distance. Le patient a bénéficié de cures de radiothérapie/chimiothérapie en association avec l'infliximab devant la contre-indication chirurgicale (Insuffisance cardiaque sévère).

Cas n°2 :

Patient de 57 ans, tabagique et cannabique chroniques, ayant un passé de maladie de Verneuil (stade III de Hurley) évoluant depuis 30 ans avec mauvaise coopération et traitement irrégulier par Cyclines et Metformine, ayant consulté pour l'apparition d'un bourgeonnement douloureux de la fesse droite qui aurait débuté 9 mois auparavant. À l'examen dermatologique, il s'agissait d'une lésion ulcéro-bourgeonnante arrondie infiltrée rosée de 10 cm de grand axe. Il n'y avait pas d'adénopathies palpables. Le bilan d'extension était négatif. Le patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale large avec à l'histologie un aspect de multiples carcinomes épidermoïdes bien différenciés infiltrants et kératinisants, avec présence d'engainementpérinerveux et une limite profonde (périostée) à ras (moins de 1mm). Le patient a bénéficié d'une greffe cutanée pour couvrir la perte de substance.

Discussion :

La dégénérescence de la maladie de Verneuil en carcinome épidermoïde demeure une complication rare. Cette complication n'apparaît généralement que sur les localisations périnéales, péri-anales et fessières de la maladie, avec une nette prédominance masculine. Le délai d'évolution de la maladie de Verneuil avant dégénérescence est de 20 ans en moyenne avec un âge moyen au moment du diagnostic de carcinome qui varie de 51 à 57 ans selon la littérature.
Cette transformation néoplasique semble ne pas être directement liée à la maladie de Verneuil, mais plutôt à l'inflammation et aux ulcérations chroniques qu'elle engendre avec la participation de radicaux libres qui sont relargués par les cellules inflammatoires : Polynucléaires neutrophiles, éosinophiles, et macrophages.

Une fois la dégénérescence maligne confirmée, une approche thérapeutique radicale est essentielle. Ainsi une exérèse chirurgicale large est recommandée en association avec une radiothérapie et/ou chimiothérapie.

Conclusion :

Nous espérons que nos cas contribueront à sensibiliser les cliniciens à la possibilité de cette dégénérescence même si la probabilité demeure infime. Ainsi, une surveillance rigoureuse est primordiale chez les patients atteints de maladie de Verneuil.

Une présentation inhabituelle de lichen pigmentogène

Dr Zeggwagh Zineb

Introduction

Le lichen pigmentogène (LPP) est une variante rare du lichen plan, caractérisée par une hyperpigmentation acquise chronique. Il se manifeste par des macules brunes foncées à grises, situées sur les zones photo exposées : visage, cou et plis de flexion. Il peut toucher les muqueuses mais épargne le cuir chevelu et les ongles. Dans cette observation nous rapportons un cas de LPP du cuir chevelu isolé.

Observation

Un homme de 37 ans, sans antécédents particuliers , de phototype IV rapporte l'apparition de macules hyperpigmentées asymptomatiques au niveau du cuir chevelu évoluant depuis 3 mois. L'évolution a été marquée par l'apparition de nouvelles macules sur le cuir chevelu ainsi que

l'extension jusqu'au cou. Il ne prenait aucun médicament et n’utilisait pas de cosmétiques. Il n'a rapporté aucune notion de traumatisme au niveau de la lésion ni de photo-exposition excessive.

L'examen physique a révélé de multiples macules brunes foncées sans alopécie du cuir chevelu avec extension au cou. Nous n'avons observé aucune autre lésion cutanée et les muqueuses buccale, génitale et les ongles n'étaient pas atteints.

La dermoscopie a montré des points et des globules gris brunâtre.

Le bilan sanguin y compris la NFS, la biochimie et la sérologie pour l'hépatite B et C était normal. La biopsie cutanée était compatible avec un LPP. Le patient a été traité avec un dermocroticoide de la classe forte.

Discussion

Le terme LPP a été inventé en Inde par Bhutani et al. en 1974.

Il affecte généralement les adultes jeunes, d'âge moyen qui ont la peau foncée, en particulier ceux d'origine indienne, latine ou venant du moyen-orient.

La cause sous-jacente du LPP est actuellement inconnue. Cependant, des études suggèrent que la maladie peut être déclenchée par des infections virales, les UV ou l'application de certaines huiles sur les cheveux ou la peau.

Cliniquement, le LPP se caractérise par des macules et des plaques ovales ou irrégulière brunes à grises sur les zones photo exposées telles que le front, les tempes et le cou. Cependant, ces lésions hyperpigmentées peuvent également se développer sur le tronc ou les zones de frottement (aisselle,aine). Le cuir chevelu n'est normalement pas affecté. Bien qu'il n'y ait généralement pas d'autres symptômes, certaines personnes peuvent ressentir de légères démangeaisons et/ou brûlures, ou développer d'autres lésions de lichen plan.

Le LPP peut être associé à d'autres variantes du lichen plan, ou à des maladies auto-immunes ou l'infection par le virus de l'hépatite C.

Le diagnostic de LPP est généralement suspecté sur la présence de signes et de symptômes caractéristiques. Une biopsie cutanée peut alors être réalisée pour confirmer le diagnostic.

Le traitement de la LPP repose sur des dermocorticoides, du tacrolimus, des agents dépigmentants, une photoprotection, de l'acide tranexamique et un laser Nd-YAG Q-switch. La localisation isolée du cuir chevelu n’a jamais été rapporté dans la littérature.

Conclusion

Le LPP est une forme rare de lichen plan. La cause est généralement inconnue et la localisation du cuir chevelu est exceptionnelle

Génodermatose :

Syndrome de Netherton:A propos d un cas

Introduction :

Le syndrome de Netherton est une maladie rare, transmis par héritage autosomique récessif et défini par la triade caractéristique de la dermatose ichtyosiforme, des troubles de la tige du cheveu et des troubles immunologiques1,2 . Il a été récemment démontré que la maladie est due à des mutations dans le gène Gène SPINK5 situé sur le chromosome 5q323. Nous présentons un cas de syndrome de Netherton, qui est extrêmement rare au Maroc .

Observation :

Il s'agissait d'une jeune de 26 ans ayant comme ATCD une dermatite atopique depuis la petite enfance, adressée à notre service pour un érythème et une desquamation généralisée depuis l'âge de 03 mois, avec une évolution flamboyante et intensément prurigineuse. Elle a été diagnostiquée plus tard par une biopsie qui était de maladie Darier à l'âge de 20 ans traite par des corticostéroïdes topiques.

L'examen physique a révélé une érythrodermie sèche avec des zones de desquamation polycyclique et serpigineuse, qui, et une double bordure desquamative était visible en périphérie. Les cheveux étaient incoiffables avec des plaques alopéciques.

La trichoscopie a été utilisée pour visualiser les poils typiques de bambou ou trichorrhexis invaginata et a été d'une importance capitale pour diagnostiquer le syndrome de Netherton

La patiente présentait donc la triade faite de : Ichtyose linéaire circonflexe, trichorrhexis invaginata et une dermatite atopique, caractéristique du syndrome de Netherton.

L'examen physique était normal sans retard de croissance trouve, le bilan biologique n'a révélé aucun résultat anormal.

Un traitement a été instauré avec de l'acitrétine orale, 10 mg/jour, et utilisation fréquente des émollients avec une bonne réponse clinique.

Discussion*:*

Le syndrome de Netherton est une maladie rare, héréditaire autosomique récessive.

La maladie se déclare généralement à la naissance ou peu après la naissance, de manière non spécifique, avec érythrodermie et desquamation, conduisant à de fréquentes erreurs de diagnostic.

La plupart des patients développeront des lésions plus spécifiques définies comme une ichtyose linéaire circonflexe. Ces lésions consistent en des plaques érythémateuses polycycliques ou serpigineuses qui changent progressivement de forme et de taille et présentent une double bordure squameuse. En ce qui concerne la tige pilaire, les troubles se développent généralement dans l'enfance et la plupart des patients se plaignent de cheveux clairsemés, fragiles et à croissance lente. Bien que de multiples troubles puissent être observés au microscope optique, comme les pili torti, le trichorrhexis nodosa ou le monilethrix, un trouble de la tige du cheveu consistant en des fractures transversales de la tige du cheveu où la partie distale s'invagine dans la partie proximale, appelé trichorrhexis invaginata, est considéré comme pathognomonique du syndrome de Netherton. Les altérations de la tige du cheveu s'améliorent généralement avec l'âge. La diathèse atopique complète la triade caractéristique du syndrome de Netherton, bien que de nombreux auteurs préfèrent parler de troubles immunologiques en général, avec des réactions allergiques, une élévation significative des IgE, des infections fréquentes, de l'urticaire .

Epidermodysplasie verruciforme acquise chez le VIH positif : à propos d'une rare observation

F.Amaaoune; A.Lahrougui; C.Fikri; M.Aboudouraib; O.Hokar; S.Amal1

A.Hamdaoui²

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Med VI, Marrakech-Laboratoire de bioscience et santé-FMPM-Université QuadiAyyad

2.Laboratoire Zohor El Hadika El Kobra

Introduction:

L'épidermodysplasie verruciforme (EV) est une génodermatose rare caractérisée par une susceptibilité anormale à l'infection par certains génotypes du virus HPV. La découverte récente de phénotypes acquis d'EV chez des sujets immunodéprimés tel que les séropositifs et les transplantés d'organe suggère le rôle d'un déficit acquis de l'immunité. Nous rapportons une observation d'EV acquise chez un patient VIH positif.

Observation :

Patient de 64 ans, suivie pour l'infection rétroviral depuis 10 mois sous traitement, qui s'est présenté pour des lésions cutanées indolores et non prurigineuses diffuses au niveau du tronc et le dos évoluant depuis 4 ans.
L'examen général trouvait un patient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique. L'examen dermatologique trouvait des papules plates, érythémateuses et jaunâtres, millimétriques, bords réguliers, bien limitées, à surface lisse et brillante, indolores, confluentes par endroit en plaques, diffuses au niveau du thorax, l'abdomen et le dos associées à une papule pigmentée, a surface rugueuse, filiforme, indolore en sous mammaire gauche évoquant une verrue et papule pigmentée, indolore au niveau du thorax évoquant un naevus dermique.
L'étude histopathologique des papules lisses a confirmé le diagnostic de l'épidermodysplasie verruciforme en montrant une lésion intra-épithéliale délimitée de part et d'autre par un revêtement sain. Elle montrait une acanthose avec une forte kératose orthokératosique. Les cellules du corps muqueux montraient des lésions koïlocytaires avec un halo périnucléaire et de rares cellules binucléées ou dyskératosiques. Les cellules profondes montraient des noyaux volumineux hyperchromatiques avec un rapport cytonucléaire élevé. Il existait au niveau des couches superficielles des cellules de grande taille à cytoplasme bleu-gris, parfois vasculaire. Le derme était fibreux.
Le patient a été mis sous isotrétinoine 20mg/j, par défaut d'acitrétine, après un bilan hépatique et lipidique normal associé au traitement adjuvant.
Discussion :
L'épidermodysplasie verruciforme (EV) ou maladie de Lutz-Lewandowski est une génodermatose rare, le plus souvent autosomique récessive, caractérisée par une sensibilité anormale à l'infection par certains types de PVH.
Seuls quelques cas de l'EV acquise ont été décrits dans la littérature, dont la plupart sont des rapports de cas surtout chez les sujets immunodéprimés tel que les séropositifs comme c'était le cas chez notre patient, les transplantés d'organe, en cas de maladie de Hodgkin et de lupus érythémateux disséminé.

Conclusion :

L'EV acquise est une entité qui mérite une attention particulière chez les sujets immunodéprimés, comme les séropositifs. Le risque de cancers cutanés est élevé. Il est important de poser un diagnostic précoce et de recommander une photoprotection optimale et un suivi régulier.

Le déficit en vitamine D chez les enfants ichtyosiques

K.OUJENNANE1.3, M.ABOUDOURIB1.3 , S.AMAL1.3 , O.HOCAR1.3 , L. DARFAOUI2,3, S. ABOULMAKARIM 2,3

1 service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

2Service de biochimie , CHU Mohammed VI, Marrakech

3 Laboratoire Bioscience et santé , FMPM université CaddiAyyad, Marrakech

Introduction:

Les ichtyoses héréditaires reproupe un ensembe de maladies chroniques qui ont en commun un trouble génétique de la cornificationqui entraîne des mécanismes compensatoires à type d'hypermétabolisme et de prolifération cellulaire à l'origine d'une hyperplasie épidermique avec une couche cornée squameuse avec une hyperkératose. Toutes ces anomalies peuvent être à l'origine de problème métabolique surtout un déficit en vitamine D qui est synthétisée en grande partie par la peau. Les données sont limitées en ce qui concerne le statut de la vitamine D chez les patients atteints d'ichtyose. Ainsi, le but de notre étude était d'évaluer le statut de la vitamine D et les facteurs qui peuvent influencer cette vitamine chez des patients atteints d'ichtyose

Matériel et méthodes :

C'est une étude prospective menée au service de dermatologie pédiatrique de l'hôpital universitaire Mohammed VI Marrakech incluant 20 enfants suivis en consultation pour ichtyose et ayant un dosage de la vitamine D et 20 enfants saines ont été recrutées pour servir de témoins.

Résultats :

L'âge moyen des patients était 4ans avec un sexe ratio de 3 (H/F), pour le groupe témoin l'âge moyen était de 7ans. Concernant la forme clinique de l'ichtyose, 35% des patients étaient atteints d'une ichtyose vulgaire , 60% avaient une ichtyose lamellaire et un patient avait un syndrome de Netherton. Aucun antécédent de fracture osseuse n'avait été rapporté. 45% des patients avaient déjà pris ou prenaient un traitement systémique par acitretine.

Pour le taux de la vitamine D chez les patients ichtyosiques: 23,52 % des patients avaient une carence ; 47,05% avaient une insuffisance et seulement 29,41% des patients avaient un taux normal.

Le nombre de patients qui avait une carence (taux vitamine D x<10) était de 4 patients , l'âge moyen était 5 ans, tous de sexe masculin, le retard staturo pondéral est retrouvé dans 2 patients , une infirmité motrice cérébrale avec hydrocéphalie est retrouvée chez un seul patient , la notion de bébé collodion était présente chez un seul enfant, 75% des patients avaient une ichtyose lamellaire et 25 % ichtyose vulgaire. L'ichtyose est jugée sévère chez 3 patients avec indication à l'acitrétine chez les 3 , mais par manque de moyens seulement 2 patients étaient sous acitrétine. Le nombre des patients ayant une insuffisance en vitamine D (10 ≤ x < 20) était de 8 patients , sexe ratio de 1,66. Un seul patient avait un retard staturo pondéral, le syndrome de Netherton est diagnostiqué chez un seul patient et tous les autres patients avaient une ichtyose lamellaire. Seulement 37.5 % de ce groupe était mise sous acitrétine

Pour le groupe témoin: seulement 15 % des témoins avaient une carence et 17% avaient une insuffisance et 40% des cas avaient un taux normal.

Cette étude confirme donc que les personnes atteintes d'ichtyose sont à risque d'avoir un manque de vitamine D (70.57% ont un manque, contre 32% dans le groupe témoin), surtout si il s'agit une ichtyose lamellaire sévère, associée à un retatdstaturo pondéral avec indication a l'acitrétine

Discussion:

Les données sur le taux de la vitamine D chez les patients atteints d'ichtyoses héréditaires sont rares. Notre étude est la première au Maroc, en Afrique ayant évalué le statut de la vitamine D chez des patients atteints d'ichtyose héréditaire.

Dans la littérature une étude française portant sur 53 patients a révélé que plus de 80 % des patients n'avaient pas un statut optimal en vitamine D. L'étude a montré que trois facteurs de risques ont été identifiés comme indépendamment associés à la carence en vitamine D; ces facteurs étaient : la sévérité globale de l'ichtyose, un phototype foncé, et la réalisation du dosage de la vitamine D en hiver et au printemps. Mais L'absence d'un groupe témoin est une limitation de cette étude

Les faibles taux de la vitamine D observés chez les patients atteints d'ichtyose pourraient avoir plusieurs explications: Tout d'abord, la sévérité des squames est un facteur de risque car elle est associée à une augmentation de l'épaisseur cutanée. Or une peau plus épaisse réduit probablement la pénétration des UVB dans la peau. Ensuite, le déficit intrinsèque de la fonction barrière de la peau dans l'ichtyose pourrait directement perturber la synthèse du précurseur de la vitamine D dans la peau. Enfin le manque de l'exposition solaire, du fait de la stigmatisation liée à leur maladie, il est bien connu que les patients atteints d'ichtyose cachent leur peau, y compris l'été. Au cours de l'été ces patients ont également tendance à éviter la chaleur du soleil qui accroît la douleur cutanée et le prurit. Ainsi, leur surface de peau exposée au soleil pourrait être plus basse que pour la population générale, réduisant ainsi la pénétration des photons UVB et la synthèse cutanée de la vitamine D.

Conclusion :

Nous recommandons donc un dosage systématique de la vitamine D chez les personnes atteintes d'ichtyose (il faut doser la 25OHD). A fortiori, si l'ichtyose est sévère, la peau foncée et que l'on est en hiver et au printemps, le risque est encore plus fort.

Ce dépistage permettra de prescrire aux personnes un traitement à base de la vitamine D et de mettre en place un suivi. Ceci permettra de retrouver un taux normal de vitamine D et d'éviter dans le futur des complications osseuses comme des fractures.

Maladie de « Rendu Osler » : Rôle du dermatologue

Choukri Souad, Douhi.Z; Kalmi.N ; Baybay.H ,Elloudi.S ; Soughi.M ; Mernissi.FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès ; Maroc

Introduction :

La maladie de **« Osler-Weber-Rendu »** est une pathologie génétique autosomique dominante rare, caractérisée par des télangiectasies muco-cutanées et viscérales dues à des anomalies des structures vasculaires. (1)

Malgré les progrès récents dans la compréhension des mécanismesgénétiques de la maladie et l'établissement des critères diagnostiques, le diagnostic est souvent retardé, au stade de complications. (2)

Observation :

Patient âgé de 23 ans, consultait pour des lésions rouges palmo-plantaires évoluant depuis l'enfance associées à une dyspnée intermittente à l'effort et d'épistaxis récidivantes, ainsi qu'une symptomatologie similaire non explorée chez le père.

L'examen clinique objectivait une dyspnée stade I, avec la présence de télangiectasies en mottes palmoplantaires.
Un angioscanner thoracique a été réalisé objectivant une malformation artério-veineuse (MAV) pulmonaire.
Ainsi, le diagnostic de la maladie de **« Osler-Weber-Rendu »** a été retenu, et le patient a bénéficié d'une embolisation de la MAV pulmonaire, et d'un bilan de systématisation qui n'a pas objectivé d'autres atteintes viscérales.

Discussion :

La maladie de **« Osler-Weber-Rendu »,** appelée également **« Télangiectasie hémorragique héréditaire»**est due à une perturbation de la régulation de l'angiogenèse, ce qui est à l'origine de multiples télangiectasies cutanéo-muqueuses et malformations artérioveineuses viscérales touchant principalement les poumons, le foie, le tractus digestif et le cerveau. (1)
Le diagnostic de cette pathologie est basé sur des critères cliniques, notamment la présence d'épistaxis spontanées récidivantes, de télangiectasies cutanéo-muqueuses, de malformations vasculaires viscérales et d'antécédents familiaux.
Ainsi, la présence de trois critères sur quatre confirment le diagnostic.(1-2)Notre patient avait donc assez de critères pour retenir le diagnostic.
Les atteintes extra cutanées peuvent entrainer des complications graves. Notamment Des accidents cérébraux emboliques et des accidents ischémiques transitoires qui surviennent souvent chez des patients atteints de MAV pulmonaires ou cérébrales cliniquement silencieuses, indiquant la nécessité d'un diagnostic et d'une PEC précoces. (2)

Conclusion :

Bien que les manifestations cutanées de cette pathologie sont considérées comme bénignes, le rôle du dermatologue reste indispensable dans le dépistage précoce de la pathologie afin de permettre une prise en charge multidisciplinaire, préventive et curative en temps opportun.

Observance thérapeutique en matière de photoprotection chez les patients atteints de Xeroderma pigmentosum

M.Benkaraache1.S .Aouali N. Zizi 1,2. S.Dikhaye 1,2 .

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

Introduction :

Le Xeroderma Pigmentosum est une génodermatose secondaire à un défaut dans les gènes du système de réparation de l'ADN.
La protection solaire stricte reste actuellement le seul moyen de prévention des cancers cutanés chez ces patients, pouvant améliorer le pronostic de la maladie.
L'objectif de notre étude est d'évaluer l'observance thérapeutique en matière de protection solaire chez les patients atteints de XP.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur dix patients sur une durée de 3 mois allant de Juin 2020 au Janvier 2022. Pour la réalisation de ce travail nous avons établi un questionnaire pour évaluer les convictions ainsi que le comportement de ces patients vis-à-vis du soleil.

Résultats :

Dix patients ont répondu au questionnaire. Le sexe ratio H/F est de 1. L'âge moyen de nos patients était de 16,5 ans, le nombre moyen d'hospitalisations pour chaque patient était de 2 hospitalisations. Le carcinome épidermoïde était observé chez 40 % des cas , le carcinome baso cellulaire était retrouvé chez les dix patients et le Mélanome de Dubreuil et la maladie de Bowen étaient présents 30 % des patients .La moitié des patients considérait la photoprotection un acte préventif, primordiale par 40 % des et accessoire pour 20 % des patients. Aucun patient n'était conscient des effets néfastes des UV artificiels. Les mesures utilisées pour lutter contre les UV chez nos patients étaient réparties comme suit : les écrans solaires chez 60% des cas, les casquettes et les lunettes anti UV chez 40% et les vêtements à manches longues chez 30%, et une seule patiente de 12 ans utilise une tenue adaptée faite de visière et d'un haut anti UV et des gants.

Chez 60 % des patients c'est l'entourage qui tenait le plus à la photo protection (mère, père, frère et sœur).Tous nos patients rapportaient qu'ils retrouvaient la motivation

pour les mesures de protection solaire après une consultation chez leurs dermatologues.

Discussion :

La prévalence est de 1/100000 cas aux pays du Maghreb et au Moyen-Orient. Il n'existe actuellement aucun traitement permettant de guérir définitivement cette maladie. Le seul moyen de prévenir les complications est d'éviter au maximum et en permanence l'exposition à la lumière du jour. Il faut également savoir que certaines lumières artificielles, émettent un rayonnement UV nocif dont la majorité des patients ignorent, et c'est le cas de nos patients, rejoignant ainsi les résultats de la littérature.
Notre étude affirme la méconnaissance de l'intérêt de la protection solaire n'est pas négligeable, la plupart des patients ignorent le vrai impact des UV sur leur pathologie.
Heureusement, dans notre série, que tous nos patients se motivent pour la photoprotection après une consultation chez leurs dermatologues.

Conclusion :

Seule la protection stricte contre les UV permet de limiter la survenue de cancers cutanés chez les patients atteints de XP.
Des dispositifs ont été mis en place pour lutter contre les conséquences dramatiques et pour d'améliorer la qualité de vie de ces patients en Occident, cependant la disponibilité et le cout restent de réels contraintes dans notre contexte maghrébin.

Tumeurs malignes au cours du xeroderma pigmentosum

S.Essaddouki, F Z.Elfatoiki, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie

Hôpital universitaire CHU Ibn rochd Casablanca

Introduction

Le xeroderma pigmentosum est une génodermatose rare, de transmission autosomique récessive. Il est caractérisé par une photosensibilité extrême et la survenue précoce de multiples cancers oculocutanés. Le but de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques des tumeurs cutanées au cours du xeroderma pigmentosum au Maroc.

Matériels et méthodes

Une étude monocentrique rétrospective a été réalisée dans le service de Dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca, incluant tous les cas hospitalisés ou suivis pour XP. Tous les dossiers ont été inclus. L'étude anatomopathologique a été réalisée dans tous les cas de tumeurs cutanées.

Résultats

Deux trente huit patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 14,70 ans. Le sex-ratio H/F était de 0,94. La consanguinité était notée dans 68,90% des cas. La majorité de nos patients ne connaissaient pas la maladie et ne respectaient pas les mesures de photoprotection en particulier avant leur premier consultation Le délai moyen de survenue des premiers signes cutanés était de 18,20 mois. La moyenne d'apparition de la première tumeur était de 7,9 ans. Deux cent tumeurs cutanées ont été diagnostiquées chez 94 malades: 51 cas ont présenté qu'une seule atteinte tumorale et 43 cas ont présenté des lésions multiples allant de 2 à 6 atteintes tumorales. Les lésions intéressaient pratiquement toutes les unités de la face à des proportions différentes avec une prédominance au niveau de la région nasale 26% puis les paupières et la région frontale. Ces tumeurs étaient surtout représentées par les carcinomes basocellulaires 46,7% et épidermoides 42,5% et les mélanomes 10,5%. Des tumeurs oculaires ont été observées dans 31 cas et buccales dans 8 cas. Des métastases ganglionnaires cervicales ont été notées dans 3 cas. L'exérèse chirurgicale d'une ou de plusieurs tumeurs a été réalisée dans tous les cas. Les limites d'exérèse variaient selon le type histologique et le siège de la tumeur (1 cm pour les carcinomes épidermoïdes, 1 à 2 mm pour les carcinomes basocellulaires, et selon l'indice de Breslow pour le mélanome. Les récidives cutanées après chirurgie ont été notées dans 55 cas.

Discussion

Le xeroderma pigmentosum est une génodermatose grave et toujours mal connue dans notre contexte. Le pronostic redoutable de cette affection est lié à la survenue dès l'enfance de cancers cutanéo-muqueux qui vont rapidement se multiplier. Notre série se caractérise par une grande fréquence des tumeurs cutanées. Ces tumeurs étaient surtout représentées par les carcinomes basocellulaires et épidermoides avec une survenue à un âge précoce. Les métastases en matière de XP sont rares. L'ensoleillement dans les pays du Maghreb en général et au Maroc en particulier, le niveau socio-économique défavorable, la négligence de conseils de photoprotection, l'absence de visites de contrôle régulières aboutissent à la

survenue précoce de ces tumeurs et à la prolifération des tumeurs de grande taille rendant tout geste thérapeutique dépassé.

Dysplasie ectodermique : A propos de 2 cas

I.BOUBNANE, K.MACHICHI ,M.ABOUDOURIB, O.HOCAR , S.AMAL

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU ER-RAZI, Marrakech, Maroc

Laboratoire bioscience et santé , FMPM

Introduction :

Les Dysplasies ectodermiques (DE) correspondent à un groupe très hétérogène d'alopécies héréditaires qui ont en commun une anomalie d'au moins deux structures ectodermiques à savoir le poils, ongles, glandes sudoripares, dents, partie antérieure de l'œil et le système nerveux central. Les 2 dysplasies ectodermiques les plus caractéristiques sont : La dysplasie ectodermique hypo/anhidrotique (syndrome de Christ-Siemens–Touraine) et La dysplasie ectodermique hidrotique (syndrome de Clouston). Nous rapportons deux cas cliniques illustrant la forme anhidrotique et hypohidrotique des DE.

Observations :

Cas 1 : Nourrisson de 18mois, issu d'un mariage consanguin de 1er degré et d'une grossesse gémellaire avec un frère sain. Consultait pour une dysplasie pilaire. L'examen clinique notait la présence d'une hypotrichose faite de cheveux blonds, fins et clairsemé avec une xérose cutanée diffuse et des ongles fragiles associé à une anodontie. L'interrogatoire de la maman révélait une notion d'intolérance à la chaleur.

Cas 2 : Enfant de 3ans, issu d'un mariage non consanguin. Consultait pour une dysplasie pilaire. L'examen clinique objectivait une hypotrichose faite de cheveux secs, clairsemé, incoiffable associés à des zones alopéciques au niveau du cuir chevelu et des sourcils. Par ailleurs l'examen des ongles et des dents étaient sans anomalie. L'interrogatoire notait la présence d'une hypohidrose.

Discussion :

Dysplasies Ectodermiques hypohidrotiques et anhidrotiques sont des affections rares due à une mutation du gène EDA1 localisé sur le chromosome Xq12-q3, les autres gènes impliqués sont le gène EDAR, EDARADD et IKBKG. La mutation de ces différents gènes entraine une anomalie de la voie de signalisation de l'ectodysplasine (protéine membranaire). L'atteinte pilaire des DE associe une alopécie diffuse avec des cheveux fins clairs et cassants, une raréfaction voire une absence de cils et sourcils et une pilosité corporelle fine hypopigmentée et raréfiée. Les différents signes trichoscopiques décrits dans la littérature sont : l'hypotrichose, la présence d'un seul poil par orifice pilaire, cheveu coudé ou en queue de cochon et l'anisotrichie. S'y associe une hypodontie ou anodontie, une dystrophie unguéale, une dysmorphie faciale avec un front bombé, des yeux cernés, un nez étroit et une hyperpigmentation péri-orificielle. L'hypohidrose ou l'anhidrose entraînent des troubles de la thermorégulation et peuvent être responsables d'atteinte du système nerveux central lors d'hyperthermie, rarement létale. Il peut également exister une hyposécrétion des glandes salivaires, lacrymales et des muqueuses, une xérose et une dermatose eczématiforme. Des anomalies de l'ostéogenèse ont également été

rapportées. Lorsque le gène IKBKG est impliqué, il existe un déficit immunitaire avec une susceptibilité aux infections bactériennes.

Chez nos patients nous avons retenu le diagnostic de la DE anhidrotique dans le 1er cas devant l'atteinte pilaire, dentaire et unguéale associé à l'anhidrose et la DE hypohidrotique dans le 2e cas devant la dysplasie pilaire et l'hypohidrose.

La prise en charge est multidisciplinaire dépend essentiellement du type de l'atteinte associé au soutien psychologique. Un conseil génétique est souvent bénéfique en cas de projet parental.

Conclusion :

La particularité de nos observations réside dans la rareté de l'entité décrite, qui mérite d'être connu par le clinicien afin d'éviter les retards diagnostic et de PEC.

Aplasie cutanée congénitale des extrémités : à propos d'un cas

H.Douma, M.Aboudourib , O.hocar ,S.Amal

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Med VI

Faculté de médecine et de pharmacie, université CADI AYYAD, Marrakech, Maroc

Laboratoire biosciences et santé,FMPM

Introduction

L'aplasie cutanée congénitale est définie comme une absence congénitale localisée du revêtement cutané. Il s'agit d'une malformation rare, pour laquelle moins de 500 cas ont été décrits dans la littérature jusqu'à présent. Son diagnostic, principalement clinique, est rendu difficile par le polymorphisme des lésions. Les mécanismes en cause ne sont toujours pas élucidés.

Nous rapportons le cas d'une aplasie cutanée congénitale des extrémités.

Observation

Nouveau-né à H12 de vie, de sexe masculin, issu d'un mariage consanguin 1er degré, ayant comme antécédents une grossesse mal suivie avec un accouchement à domicile et notion de décès dans la fratrie par la même symptomatologie.

Il présente une aplasie cutanée au niveau de la moitié médiane du pied droit étendue à la cheville homolatérale et au niveau de la cheville gauche, avec une érosion post bulleuse au niveau de la face linguale de la lèvre inférieure.

Il n'y a pas de lésions bulleuses ni d'atteinte unguéale, ni de syndrome malformatif associé.

Pas d'atteinte de la muqueuse génitale.

Nous avons conclu à une aplasie cutanée congénitale au stade VII de Frieden. Le traitement a consisté en une cicatrisation dirigée (CD) avec des soins locaux et a permis une cicatrisation en vingt jours. Le pronostic était bon à cause de l'absence d'anomalie associée et du caractère superficiel de l'aplasie cutanée.

Discussion

L'aplasie cutanée congénitale (ACC) est une anomalie congénitale rare, qui touche préférentiellement le scalp médian et plus exceptionnellement le tronc ou les membres.

Les principales étiologies sont le syndrome du fœtus papyracé, les anomalies chromosomiques, les prises médicamenteuses durant la grossesse et les viroses acquises in utero.

Le traitement symptomatique fait appel à des soins locaux comprenant des pansements antibactériens, des hydrocolloides, des greffes de peau mince et des greffes allogéniques.

Conclusion

En conclusion, bien que le diagnostic clinique d'ACC soit en général aisé, Il est important d'identifier dès la naissance les anomalies associées afin d'orienter la prise en charge.

Cutis verticisgyrata primitif essentiel : cas clinique et revue de la littérature

H.Douma,M.aboudourib, O.Hocar,S.Amal

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Faculté de médecine et de pharmacie, université CADI AYYAD, Marrakech, Maroc

Laboratoire biosciences et santé FMPM

Introduction

Le cutis verticisgyrata (CVG), ou pachydermie vorticellée du cuir chevelu, est une maladie rare et lentement évolutive de la peau du scalp. Elle est caractérisée par une hypertrophie et une hyperlaxité cutanée formant des plis semblables aux gyri du cortex cérébral. Ces plis peuvent être à l'origine de macération, de complications cutanées infectieuses et d'une gêne sociale et esthétique importante. Il existe deux formes de CVG : primitif (essentiel ou non essentiel) et secondaire. Seuls 15 cas opérés sont rapportés dans la littérature.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 16 ans, présentant une forme primitive essentielle de CVG ayant débuté à la naissance. Le malade présente une déformation du scalp avec de nombreux plis longitudinaux du vertex et transversaux occipitaux. Il n'existe pas de complication cutanée. Sa demande est motivée par une gêne sociale et esthétique.

Le traitement repose sur l'exérèse de l'excédent cutané dans un plan transversal et longitudinal.

Discussion

La pachydermie vorticellée primaire du cuir chevelu est une maladie cutanée progressive affectant surtout les hommes et caractérisée par une hypertrophie et un épaississement de la peau du cuir chevelu, formant des sillons convolutés avec des replis cutanés cérébriformes profonds et douloureux. Les cheveux sont généralement normaux au niveau des sillons et clairsemés au niveau des plis.

Il existe deux types

CVG secondaire à des pathologies chroniques métaboliques, inflammatoires, paranéoplasiques ou encore iatrogène suite à un traitement par le Minoxidil.

CVG primitif a une origine génétique de transmission indétérminée.il peut être essentiel ou non essentiel.

- La forme non essentielle est une forme associant le CVG à d'autres anomalies neurologiques, ophtalmologiques
- La forme primitive essentielle est la forme la plus fréquente, c'est une forme dont le CVG est la seule manifestation

Notre patient présente une forme rare de CVG, dite primitive essentielle

L'histologie montre un épaississement du derme, une hyperplasie des glandes sébacées, un épaississement fibreux des cloisons inter-lobulaires, une hyperplasie du tissu graisseux sous-cutané.
Les aires affectées au niveau du scalp peuvent être différents d'un individu à l'autre. Les lésions sont souvent développées au niveau du vertex, tandis que les régions temporale, frontale, et occipitale sont occasionnellement atteintes, avec possibilité d'atteinte de l'ensemble du scalp dans certains cas. Le CVG ne concerne pas uniquement le scalp, mais d'autres localisations ont été décrites dans la littérature comme la face. Varun. H et al a rapporté un cas de CVG de la région glabellaire, la racine du nez. L'aire atteinte est asymptomatique dans la majorité des cas. Les symptômes associés dépendent de la cause sous-jacente dans le CVG secondaire. Les trois formes du CVG sont lentement évolutives et ont un caractère récidivant après chirurgie. Un traitement médical par isotrétinoïne a été proposé mais s'est avéré de faible efficacité. La chirurgie est le traitement morphologique de choix de cette affection, mais ne prévient pas de la poursuite évolutive de la maladie.
Le traitement est essentiellement chirurgical. Il repose sur l'ablation du tissu plicaturé et remise en tension du scalp. Il s'agit d'une chirurgie lourde avec un risque de récidive.

Conclusion

Le CVG du cuir chevelu est une affection rare et évolutive responsable d'un handicap social et esthétique. Un bilan clinique et paraclinique sont primordiales pour éliminer la forme secondaire et primitive non essentielle. Le traitement de choix est la chirurgie par l'excision des zones cutanées les plus hypertrophiques et remise

en tension du scalp dans le plan longitudinal et transversal. Les excisions doivent tenir compte de l'anatomie vasculaire du scalp et du caractère itératif de la chirurgie.

Rare cas d'aplasie cutanée congénitale (ACC).

Lahrougui A, Amaaoune F, Aboudourib M, Amal S, Hocar O

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc

Laboratoire bioscience FMPM

Introduction :

L'aplasie cutanée congénitale est une malformation rare, définit par l'absence de tissus cutanés pouvant être localisée ou étendue.

Nous rapportons un cas d'aplasie cutanée des deux coudes.

Observation :

Nouveau-né de sexe masculin, J1 de vie, issu d'un mariage non consanguin, accouchement à terme par voie basse sans notion de prise de toxique pendant la grossesse ni de traumatisme obstétricale ni de pathologies génétiques familiales.

Admis pour des lésions cutanées congénitales suspectes au niveau des deux coudes sans autres signes associés.

L'examen clinique objectivait un nouveau-né, stable avec un fasciés normal qui présente une aplasie cutanée localisée, circulaire et symétrique au niveau des deux coudes, sans autres signes malformatifs associés, émission méconiale faite, l'épreuve à la sonde était négative.

Un bilan malformatif a été fait et s'est avéré normal comportant, une échographie cérébrale, cardiaque et abdomino-pelvienne ainsi qu'une radiographie de thorax.

Le patient a été traité par des pansements quotidiens aux tulles gras stériles ainsi que par une antibiothérapie locale prophylactique.

L'évolution après une semaine était favorable avec début de cicatrisation, néanmoins le patient est décédé après 1 mois suite à une surinfection herpétique.

Discussion :

L'aplasie cutanée congénitale est une malformation rare, considérée comme une situation d'urgence du fait de son risque infectieux et hémorragique élevé, on note également le risque de dégénérescence carcinomateuse à long terme.

Son diagnostic est clinique, néanmoins son étiopathogénie n'est pas totalement élucidée, bien que plusieurs études décrivent son association fréquente à des anomalies chromosomiques, des prises médicamenteuses durant la grossesse et à des viroses acquises in utéro, ainsi que son association à de nombreux syndromes notamment le syndrome du fœtus papyracé, Sd de BART, Sd de Dellman, Sd de Johansson Blizzard.

La prise en charge est pluridisciplinaire et dépend de la sévérité de l'atteinte, comprenant des pansements antibactériens, des hydrocolloides, des greffes de peau mince, des greffes allogéniques et autogreffes.

Conclusion :

Devant toute malformation cutanée congénitale, une prise en charge pluridisciplinaire ainsi qu'un conseil génétique est nécessaire.

Aplasie cutanée congénitale : caractéristiques cliniques et évolutives à travers une série de cas

M. SIDKI, S. IBZER, M. ABOUDOURIB, S. AMAL, O. HOCAR Service de Dermatologie Vénérologie, CHU Mohammed VI de Marrakech Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction L'aplasie cutanée congénitale, ou aplasia cutis congenita (ACC), est une anomalie congénitale rare. Elle se caractérise chez un nouveau-né par l'absence de tissu cutané, localisée ou étendue et atteignant une ou plusieurs zones. Le but de ce travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'ACC.

Matériel et méthodes Etude rétrospective colligeant tous les cas d'ACC suivis dans notre formation entre 2010 et 2021. Nous avons recueilli les données épidémiologiques, cliniques et évolutives.

Résultats Neuf patients ont été inclus, avec un sex-ratio H/F de 0,8. Dans notre étude la découverte était essentiellement en période néonatale (88,9%). L'âge au moment de la consultation variait de 1 jour à 5 mois. Deux de nos patients étaient des jumeaux chez qui un antécédent familial d'ACC était retrouvé. Trois étaient issus de mariage consanguin. L'examen cutané montrait une plaque superficielle translucide (4 cas), cicatricielle (1 cas), ulcérée (1 cas), ou fibrineuse (3 cas). Le siège des lésions était principalement au niveau des membres (55,6%). La taille des lésions variait de 1,5 cm à 15 cm. Des malformations étaient associées chez 3 de nos malades. Elles étaient à type de déformation des pieds (1 cas), pied bot talus bilatéral (1 cas), fente labiale (1 cas). L'ACC était dans le cadre d'un syndrome de Bart chez 4 de nos patients. Le traitement a consisté en une cicatrisation dirigée avec des soins locaux dans 8 cas. La guérison était observée dans 33,4% des cas. Deux décès étaient notés par choc septique.

Discussion L'ACC est une anomalie congénitale rare. Elle touche préférentiellement le scalp mais peut également toucher de façon plus exceptionnelle le tronc ou les membres. Son mécanisme reste inconnu et plusieurs hypothèses ont été avancées : génétiques, vasculaires et toxiques. Dans la série tunisienne de Kammoun une prédominance féminine a été notée ce qui rejoint nos

résultats. Contrairement à la littérature où l'atteinte du vertex était la plus fréquente, dans notre série l'atteinte des membres était prédominante. La prise en charge de l'ACC doit d'abord tenir compte d'éventuelles anomalies associées. L'ACC des membres pourra bénéficier d'un traitement conservateur par cicatrisation dirigée, voire des greffes cutanées si cela est nécessaire.

Conclusion Bien que l'ACC soit une situation rare, son diagnostic clinique est souvent aisé. La prise en charge est multidisciplinaire et dépend de la localisation, des causes sous-jacentes et des anomalies associées.

Pseudoxanthomeélastique ,un diagnostic à connaitre : une série de 10 cas

K. Mejjati, H.Baybay , G.Sqalli , Z.Douhi, M.Soughi ,S.Elloudi,Fz.Mernissi

Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction

Le pseudoxanthomeélastique (PXE) est une maladie métabolique héréditaire systémique due à une mutation du gène ABCC6 , caractérisée par une fragmentation des fibres élastiques ,responsable de manifestations cutanées ,oculaires ,cardiovasculaires et autres . Le but de notre travail était de préciser les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de cette pathologie rare.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude observationnelle prospective incluant tous les cas de PXE diagnostiqués dans notre service entre Octobre 2021 et Mars 2022.

Résultats

Notre série comprenait 10 patients, 9 femmes et 1 homme.

L'âge moyen était de 55 ans.

Le délai de consultation variait de 1 mois à 30 ans.

Un cas similaire chez un parent de premier degré était signalé dans 3 cas.

Les signes cutanés étaient constants .Tous les patients présentaient des papules jaunâtres, siègeant au niveau du cou .La localisation au niveau des plis du coude était notée chez 4 patients et au niveau axillaire chez un autre .

La dermoscopie avait objectivé des globules jaunâtres (9 cas) et une structure blanche (1cas).

La biopsie avait révélé des fibres élastiques basophiles épaissies plus abondantes que la normale, avec une surcharge calcique de ces dernières marquée par la coloration Vonkossa.

Tous nos patients avaient bénéficié d'un examen ophtalmologique , objectivant la présence de stries angioïdes dans 4 cas traités par anti VEGF . Quant à l'examen cardiovasculaire, il était normal chez tous les patients.

A la lumière de ces résultats ,le diagnostic était définitif chez 2 patients présentant deux critères majeurs n'appartenant pas à la même catégorie, par contre le diagnostic était jugé probable chez le reste des patients, qui présentaient deux critères majeurs pour la peau.

Discussion

Le PXE est une maladie génétique ,autosomique récessive, du tissu conjonctif, caractérisée par une minéralisation et une fragmentation des fibres élastiques de la peau, de la membrane de Bruch de la rétine et des parois artérielles de moyen calibre se manifestant par des atteintes cardiaques,oculaires et endocriniennes .

Le diagnostic de PXE est confirmé par l'association de lésions cutanées évocatrices, d'un élastorrhexis histologique , d'une atteinte rétinienne au fond d'œil et d'une mutation pathogène du gène ABCC6.

Les lésions cutanées sont généralement les premières à apparaître, le dermatologue est ainsi le premier à poser le diagnostic de PXE . Cependant , l'atteinte oculaire peut être le premier signe alarmant , lorsque les lésions cutanées sont négligées par le

malade ; ce qui était le cas de 2 patients de notre série Aucun traitement étiologique n'est actuellement disponible ,néanmoins, les mesures prophylactiques et des ajustements du style de vie peuvent probablement minimiser le risque de complications (1) (2).

Conclusion

Le PXE est désormais une maladie génétique bien caractérisée qui affecte la peau, les yeux et les vaisseaux sanguins. Elle est associée à un risque de cécité, d'atteinte vasculaire périphérique et d'altération de la qualité de vie.

Profil épidémio-clinique et génétique des Xeroderma Pigmentosum : expérience du service de dermatologie

S. Chhiti, H. Baybay, FZ .Hashas, S.Elloudi, Z. Douhi, M.Soughi , FZ.Mernissi ,
Dermatologie CHU HASSAN II Fès. Maroc

Introduction :

Le Xeroderma Pigmentosum (XP) est une génophotodermatose rare et handicapante, caractérisée par une sensibilité aux rayons ultraviolets, due à des altérations de la voie de réparation par excision-resynthèse de nucléotides pour les sept premiers groupes génétiques. Il associe une atteinte cutanée, oculaire et parfois neurologique. Notre objectif est de Préciser le profil épidémio-clinique et génétique notamment pour les gènes XPC et XPA qui semblent les plus fréquentes dans notre contexte.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective – transversale, descriptive et analytique sur une durée de 5ans portant sur 50 cas atteints d'XP appartenant à 44 familles non apparentées dont on a exploré la mutation non-sens (c.682C> T, p.Arg228X) siégeant au niveau du gène *XPA*, et une délétion de deux paires de bases (c.1643_1644delTG ou p.Val548Ala fsX25) au niveau du gène *XPC* par la technique de biologie moléculaire PCR-séquençage, puis on a étudié le lien entre le groupe génétique retrouvé et les particularités cliniques et évolutives.

Résultats :

On avait 27 patients XPC, 11 XPA et 10 cas négatifs (XPC et XPA). Le taux de consanguinité était de 85%. Le sex-ratio était de 1,08. L'âge à la première consultation était à la première décade. Tous nos patients avaient des lentigines aux zones

photoexposées associées à une xérose cutanée et photophobie. 37 patients (74%) de notre série ont développé des tumeurs cutanées malignes avec un total de 320 tumeurs dont des carcinomes basocellulaires (79%), carcinomes épidermoïdes (15%), mélanomes (5%). La moyenne d'âge d'apparition de la 1ère tumeur maligne était de 12,35 ans. Une patiente du groupe XPC avait une tumeur phyllode du sein, un patient XPC avait un kérathoacantome, et 12 patients avaient un goitre multinodulaire. Des manifestations neurologiques étaient présentes chez 6 patients XPA dont un syndrome de « Scheuermann ».

Discussion :

L'XP est une génodermatose rare dont le mode de la transmission est autosomique récessif. Les gènes XPC et XPA sont décrits comme les plus fréquemment mutés chez les patients XP dans les pays du Maghreb dont le Maroc avec une prévalence de 1/80 504, supérieure à celles observées en Europe et aux États-Unis, en raison d'un taux de consanguinité élevé dans notre population.

L'étude de la corrélation entre le génotype et le phénotype dans notre série a mis en évidence que l'atteinte neurologique et la survenue de réaction aigue après exposition solaire étaient significativement plus fréquentes chez les patients du groupe XPA. Par contre, la prédilection de lentigines au niveau des régions photoexposées était retrouvée de façon significative chez les patients du groupe XPC qui est la cause majeure d'XP dans notre population (1).

La prise en charge de ces patients est essentiellement préventive et symptomatique : elle repose sur la photoprotection totale et rigoureuse, le conseil génétique et le diagnostic prénatal dans les familles à risque. La thérapie génique représente une perspective d'avenir. Le pronostic du XP reste à ce jour sombre et l'espérance de vie de ces patients est d'autant plus réduite que leur niveau socioéconomique est bas (2).

Conclusion :

Nous décrivant les aspects épidemio-cliniques et génétiques des patients XP de notre formation et leurs corrélation phénotype/ génotype surtout chez les XPA et XPC.

Kératodermie palmoplantaire jaune à caractère familial : Penser au Mal de Meleda

Bouraqqadi O, Baybay H, Douhi Z, Soughi M, Elloudi S, ,Mernissi FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

Le mal de Meleda (MDM) est une forme rare de kératodermie palmoplantaire (KPP) congénitale à transmission autosomique récessive, traduite par une hyperkératose palmoplantaire symétrique, à extension transgrediens et progrediens caractéristique, mais pouvant néanmoins prêter à confusion avec d'autres KPP

Observation :

Nous rapportons le cas d'un enfant de 6ans, issue d'un mariage consanguin, présentant depuis l'âge de 4mois une atteinte palmoplantaire. L'examen dermatologique a trouvé une KPP jaune paille érosive et malodorante, débordant au niveau de la face dorsale des doigts et des orteils, et la face antérieure du poignet, associée à une chéilite angulaire, une trachyonychie diffuse, ainsi que quelques plaques érythémateuses légèrement squameuses au niveau des membres inferieur faisant évoquer un phénomène de koebner. La dermoscopie a objectivé une vascularisation en point homogène.

Vu l'association de multiples symptômes faisant évoquer à la fois un mal de Meleda mais aussi un psoriasis palmoplantaire, la patiente a été mise sous dermocorticoïdes de classe forte. Devant la non-amélioration de la symptomatologie et la présence d'un tableau similaire chez la sœur, le diagnostic de Méléda a été retenu

Discussion

Le mal de Meleda est une génodermatose rare dont la prévalence est estimée à 1 sur 100 000 individus, également connue sous le nom de KPP transgrediens de Siemens, dont la mutation responsable a été identifiées dans le gène ARS B sur le chromosome 8q24.3, qui code pour SLURP-1. [1]

SLURP1 est un marqueur tardif de la différenciation épidermique impliqué dans la régulation de l'apoptose kératinocytaire, pouvant expliquer les lésions hyperkératosiques retrouvées lors de cette pathologie, dues à l'altération de l'homéostasie épidermique suite à l'instabilité de ce marqueur.

Le SLURP1 est également corrélé au récepteur nicotinique a-7 de l'acétylcholine. Un récepteur présent dans les glandes et les canaux sudoripares eccrines, dont les sécrétions sont régulées par le système cholinergique. Il est intéressant de noter que les patients

atteints du Mal de Meleda souffrent généralement d'hyperhidrose et présentent une hypertrophie des glandes sudoripares.[2]

C'est une pathologie qui présente une morbidité élevée et altère considérablement la qualité de vie, et qui devrait faire partie du diagnostic différentiel des kératodermies palmoplantaires.

En raison de la rareté de la maladie, il n'y a pas de lignes directrices établies pour la prise en charge, mais l'approche acceptée tend à inclure l'acitrétine orale et un traitement kératolytique topique. Un conseil génétique doit également être proposé.

Conclusion :

Le mal de Meleda est une génodermatoses rare qui présente une morbidité élevée et altère considérablement la qualité de vie, et qui devrait faire partie du diagnostic différentiel des kératodermies palmoplantaires.

Acrokératoélastoïdose de Costa : à propos de 2 cas

M.Asermouh[1], F.EL Hadadi[1], C. Ait Khabba[1], K.Znati[2], M.Meziane[1], N.Ismaili[1], L.Benzekri[1], K.Senouci[1].

([1]) Service de Dermatologie-Vénérologie- CHU Ibn Sina, Université Mohammed V- RABAT- MAROC

([2]) Service d'anatomopathologie –CHU Ibn Sina, Université Mohammed V- RABAT- MAROC

INTRODUCTION

L'acrokératoélastoïdose (AKE) de Costa est une génodermatose rare autosomique dominante décrite en 1952 par Oswaldo Costa. Il s'agit d'une forme de kératodermie palmoplantaire type III (KPP), caractérisée par des anomalies de la kératine et des tissus élastiques. Nous rapportons 2 cas vus en consultation dermatologique.

OBSERVATIONS

Cas 1:patiente de 35ans, de phototype IV, qui présente depuis 2 ans des papules blanchâtres à surface lisse, prurigineuses et localisées sur les bords latéraux des deux pieds.

Cas 2:patiente de 40ans, de phototype III, qui présente depuis 6 ans des papules érythémateuses confluentes prurigineuses localisées sur les faces latérales des deux pieds.

Chez nos 2 patientes il n'y avait pas de notion d'exposition solaire ni d'hyperhidrose, mais on retrouvait le port de chaussures mal adaptées. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic objectivant une hyperkératose avec hyperplasie de la couche granuleuse ainsi qu'une diminution des fibres élastiques du derme réticulaire à la coloration à l'Orcéine. Des rétinoïdes locaux 0.025% sous occlusion ont été initiés, sans nette amélioration après 3mois.

DISCUSSION

L'AKE est une KPP héréditaire dont le gène est localisé sur le chromosome 2. Elle a également été décrite chez les patients atteints de sclérodermie.

Cliniquement, il s'agit de papules fermes asymptomatiques arrondies, jaunâtres, de surface rugueuse ou lisse, cratériforme ou ombiliqué. Elles sont situées sur les faces latérales des mains et/ou des pieds ou de la région pré-tibiale, de façon bilatérale et symétrique.

A la dermoscopie on retrouve des amas focaux de patrons jaunâtres dont certaines ombiliquées, entrecoupées de zones sans structure.

Les diagnostics différentiels sont la kératoélastoïdose marginale, l'acrokératodermiepapulotranslucente héréditaire, l'acrokératose verruciforme de Hopf, la calcinose papuleuse digitale, l'amylose cutanée primitive et le lichen nitidus.

Histologiquement on retrouve une hyperkératose, une hypergranulose, une acanthose légère, une homogénéisation du collagène et de multiples fibres élastiques fragmentées dans le derme superficiel et réticulaire mieux visualisées sur la coloration à l'Orcéine.

CONCLUSION

L'AKE de Costa pose un problème de prise en charge esthétique. Il n'y a pas de consensus thérapeutique codifié. Différents traitements ont été proposés (kératolytiques, dermocorticoïdes, azote liquide, laser Erbium Yag…) afin de diminuer l'aspect hyperkératosique et d'en limiter l'extension. Mais tous restent décevants.

Kératose pilaire atrophiante de la face ou ulérythèmeophriogène

C. Aït Khabba ; J.Benahmed ;M. Asermouh; 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 kératose pilaire atrophiante faciei (KPAF) est une maladie folliculaire héréditaire rare , c'est un sous-type atrophique de la kératose pilaire avec une perte de cheveux, en particulier au niveau des sourcils. Elle apparaît d'abord dans la petite enfance et principalement diagnostiquée chez les enfants et les adolescents.
Elle est parfois associée à des anomalies génétiques entrant dans le cadre de certains syndromes tel le syndrome de Noonan, le syndrome de Rubinstein-Taybi…

Observation :

Il s'agit d'un adolescent de 16 ans, sans antécédents particuliers, qui consulte pour un érythème photo-aggravé du visage apparu depuis 4 ans,

L'examen clinique objective un érythème du visage avec présence de papules spinulosiques , kératosiques au niveau des joues , des sourcils , du tronc et des membres . Par ailleurs on note une dépilation de la queue des deux sourcils. Le reste de l'examen somatique était sans particularité notamment pas de retard staturo-pondéral, pas de retard mental et pas de dysmorphie faciale.

Devant ce tableau clinique plusieurs hypothèses diagnostiques ont été posées notamment le lichen spinulosique , la dermatite atopique , la kératose pilaire …

Une biopsie cutanée a été faite confirmant le diagnostic de kératose folliculaire et un traitement à base de kératolytiques avec une photo-protection ont été indiqués avec une bonne évolution.

Discussion :

La kératose pilaire rouge est aussi appelée ulérythèmeophryogène : ulérythème signifie « cicatrice avec rougeur » et « ophryo » fait référence au sourcil.
Elle survient généralement de façon sporadique; cependant, une transmission autosomique dominante et autosomique récessive a été décrite .
La kératose pilaire atrophicansfaciei est causée par une kératinisation anormale de l'infundibulum folliculaire. Les squames remplissent le follicule et obstruent la tige du cheveu, provoquant une inflammation. Au fil du temps, l'inflammation chronique entraîne une atrophie et une alopécie.

Certains cas de kératose pilaire sont dus à une mutation autosomique récessive du gène desmogléine 4 (DSG4) . La rare association de la kératose pilaire atrophiante faciei avec certains syndromes congénitaux ;comme le syndrome de Noonan, le syndrome de Rubinstein-Taybi, le syndrome de Cornelia de Lange et le syndrome cardiofaciocutané ; suggère également que le bras chromosomique 18p pourrait contenir des gènes de kératinisation folliculaire et être impliqué dans la pathogenèse de la maladie .
Cliniquement, elle se présente sous forme de papules folliculaires et cornées entourées d'un halo érythémateux des joues, du front, du menton et des sourcils, suivie d'une perte progressive des cheveux. Ces manifestations cutanées apparaissent séquentiellement : les papules folliculaires érythémateuses de la face sont généralement le premier signe, suivies d'une chute progressive des cheveux sur la partie latérale des sourcils et enfin d'une atrophie folliculaire cicatricielle.
Il existe généralement aussi une kératose pilaire généralisée sur les membres et le tronc .

Les caractéristiques histopathologiques comprennent un infundibulum élargi, un follicule pileux bouché, une perte de follicule pileux, un infiltrat lymphocytaire périvasculaire superficiel et une fibrose dermique .

Le diagnostic différentiel comprend un large éventail de maladies allant de l'érythème habituel, de la rosacée, de la dermatite atopique,du lichen spinulosique, de l'acné comédonienne, aux sous-types de KP, y compris la kératose pilaire rubra de la face , l'érythromélanose folliculaire , l'atrophodermievermiculatum, la maladie de Darier-White et pityriasis folliculorum .
Le traitement repose sur la photoprotection associée aux kératolytiques contenant de l'urée, de l'acide salicylique ou de l'acide alpha-hydroxy, ou aux rétinoïdes topiques. Le laser à colorant pulsé ou la lumière pulsée intense (IPL) peuvent réduire temporairement l'érythème, mais il a tendance à se reproduire .

Conclusion :
La kératose pilaire atrophiante de la face est une entité rare responsable non seulement d'un préjudice esthétique secondaire à l'atrophie et l'alopécie permanentes, elle peut être révélatrice d'un syndrome génétique plus grave.

Maladie de Fabry : à propos de 4 cas

R.KAOUA[1], N.IMAD[2], O.KHADIRI[1], M.ABOUDOURIB[1], S.AMAL[1], I.AIT SAB[2], O.HOCAR[1],
Service de Dermatologie et vénérologie, CHU Mohammed VI, Marrakech[1] ,
Service de Pédiatrie, CHU Mohammed VI, Marrakech[2]
Laboratoire Biosciences et santé, FMPM université CaddiAyyad, Marrakech

Introduction

La maladie de Fabry est une sphingolipidose, de transmission récessive liée au chromosome X, due à un déficit en une enzyme lysosomale : l'α-galactosidase A.

Ce déficit conduit à l'accumulation de glycosphingolipides non dégradés dans les tissus et le plasma.

L'atteinte dermatologique représente l'une des premières manifestations. Par la suite, se développe une maladie de la microvascularisation avec atteinte cardiaque, neurologique et rénale et ophtalmologique qui font la gravité de la maladie.

Nous rapportons les observations de 4 patients ayant une maladie de Fabry.

Observation :

Il s’agit de quatre patients, tous de sexe masculins, âgés de 20 à 27ans, dont deux frères, issues de mariage non apparentés, chez qui l’atteinte cutanée était le principal motif de consultation en dermatologie.

L’examen dermatologique a objectivé des macules et papules rouges violacées de tailles variables regroupées en nappes, s’effaçant partiellement à la vitro pression, au niveau du dos, de l’abdomen en péri ombilical, au niveau de région génitale et cuisses évoquant des angiokératomes.

Le reste de l’examen objective des polyarthralgies inflammatoires, des acroparésthésies des mains et des pieds aggravés par la chaleur. Une cataracte polaire postérieure et sous capsulaire débutante, ainsi que des opacités cornéennes sus épithéliale ont été retrouvés chez 2 des quatre malades.

Les examens complémentaires ont objectivé une anémie normochrome normocytaire et thrombopénie ; ainsi qu’une insuffisance rénale au stade d’hémodialyse chez deux des quartes malades.

Sans atteinte cardiaque.

Une biopsie cutanée a été réalisée chez deux malades ayant objectivé un aspect compatible avec la maladie de Fabry.

Le déficit en APHA-galactosidase a été retrouvé chez tous nos chez nos malades, confirmant le diagnostic de maladie de Fabry.

Un traitement par FABRAZYME à la dose de 1 mg/kg en perfusion bimensuelle à vie a été instauré chez tous nos patients.

Discussion :

La maladie de Fabry est une Maladie métabolique lysosomale, due à un déficit en alfa-galactosidase A, qui conduit à une accumulation de globotriaosylcéramides, dépôts non dégradés de glycosphingolipides, dans de multiples cellules de l'organisme.

Les manifestations dermatologiques sont généralement précoce et peuvent être révélatrices, leur absence est source de difficulté diagnostic.

Ils se traduisent par des angiokératomes, qui sont des dilatations vasculaires (papules télangiectasiques) dont la surface est kératosique à la palpation, se vidant

en grande partie lors de la vitropression, ils se disposent sur les lombes et le scrotum en « culotte », en « bermuda », ils touchent aussi bien les coudes, les mains et les pieds, le nombril.

D'autres signes dermatologiques peuvent être retrouvés comme une l'hypohidrose, l'anhidrose, ou plus rarement une hyperhidrose, cheveux fins, dépilation, érythème palmaire ou une acrocyanose.

Les autres symptômes sont des paresthésies des mains et des pieds, des céphalées, de la fièvre. Si présents, Les marqueurs oculaires aident également au diagnostic.

À un stade plus tardif, on retrouve des atteintes cardiaque (cardiomyopathie hypertrophique et rythmique), rénale (protéinurie, insuffisance rénale chronique), et neurologique (AVC, surdité), osseuses.

Le traitement de substitution enzymatique par l'agalsidase bêta, alfa-galactosidase A humaine recombinante a montré son efficacité et sa sécurité.

Une dyskératose impressionnante !

M. Asermouh ; C. Aït Khabba ; Z. Mehsas ; M. Meziane ; N. Ismaïli; L.Benzekri ; K. Senouci
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina , Université Mohammed, Rabat, Maroc

INTRODUCTION

La pachyonychie congénitale est une maladie héréditaire autosomique dominante rare, caractérisée majoritairement par une onychodystrophie hypertrophique et une kératodermie palmo-plantaire, responsables d'une altération de la qualité de vie. Nous rapportons le cas d'une fille de 11ans avec une présentation clinique impressionnante.

OBSERVATION

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 11ans, mauritanienne d'origine, issue d'un mariage consanguin et deuxième d'une fratrie de trois. Elle présente une onychogryphose des dix doigts et des dix orteils associée à une importante kératodermie plantaire

bilatérale et douloureuse, localisée aux zones d'appui. Elle avait également une kératose folliculaire au niveau du tronc, des genoux et des coudes, ainsi qu'une leucoplasie linguale et de multiples petites formations kystiques diffuses sur tout le visage, d'apparition récente. Les parents et sa fratrie n'ont, par ailleurs, aucun de ces symptômes.
Le diagnostic de pachyonychie congénitale a été porté sur l'aspect clinique très évocateur. Un traitement symptomatique a été prescrit pour soulager la malade, à base d'émollient et de kératolytique.
Par ailleurs un examen ophtalmologique, ORL et une radiographie thoracique ont été demandés à la recherche des anomalies pouvant être associées. Mais la patiente a malheureusement été perdue de vue.

DISCUSSION

La pachyonychie congénitale est une génodermatose rare. Sa prévalence est inconnue, mais près de 1000 cas ont été recensés dans le monde.
Il en existe quatre types selon le type de kératine concerné par la mutation. Le type I, encore appelé syndrome de Jadassohn-Lewandowski, étant celui qui correspond le plus au cas de notre patiente.
Sa présentation clinique est très variable, elle apparaît généralement à un âge très précoce avec des dents néonatales. Les principales manifestations dermatologiques sont une pachyonychie, une kératodermie palmopantaire, généralement douloureuse, des kystes sébacés diffus, une leucokératose buccale, une kératose du tronc et des zones de friction ainsi qu'une hyperhidrose inconstante.
Elle peut s'associer à une surdité ou à une cataracte. Un cas associant une sténose idiopathique de l'artère rénale et une dilatation des bronches a été rapporté à Oujda.
Le traitement est symptomatique reposant sur les émollients et les kératolytiques voire un meulage des ongles, avec des stratégies pour limiter les frictions et traumatismes du pied. Les résultats restent à ce jour insatisfaisants. Néanmoins, de nouvelles perspectives thérapeutiques sont en cours d'évaluation, telles que les stratégies par les petits ARN interférents, les inhibiteurs de la voie mTOR et l'injection de toxine botulique.

CONCLUSION

La pachyonychie congénitale est une dyskératose héréditaire rare, liée à des mutations affectant les kératines K6a, k6b, K16 ou K17. Le diagnostic est clinique. Il faut savoir l'évoquer devant une kératodermie palmoplantaire et une pachyonychie débutant durant la petite enfance.

Hyperplasie pseudo-épithéliomateuse : une complication rare et méconnue du syndrome de Netherton

Dr Zeggwagh Zineb

Introduction :

Le syndrome de Netherton (SN) est une maladie rare liée à une mutation du gène SPINK5 (5q31-q32) responsable d'un déficit en LEKTI, un inhibiteur de protéase dont l'absence entraîne une altération de la barrière cutanée. La maladie est caractérisée par une érythrodermie ichtyosiforme congénitale, une anomalie capillaire (trichorrhexisinvaginata), des manifestations atopiques, un déficit immunitaire et un retard de croissance. Nous rapportons un nouveau cas de SN compliqué de lésions papillomateuses, rarement décrites dans ce contexte au niveau des 2 mamelons.

Observation :

Il s'agissait d'une patiente de 35 ans, suivi depuis 10 ans au service de dermatologie pour un SN qui présentait depuis plusieurs années des lésions papillomateuses lentement évolutives des mamelons.

L'association d'une érythrodermie congénitale, d'anomalies capillaires, d'un retard de croissance, de manifestations allergiques sévères et précoces à type d'asthme faisait rapidement poser le diagnostic

de syndrome de Netherton. L'examen clinique était marqué par la présence de lésions papillomateuses au niveau des 2 mamelons recouvertes de croûtes jaunâtres. Les diagnostics évoqués étaient: des lésions tumorales ou réactionnelles à type d'hyperplasie pseudo-épithéliomateuse (HPE). La biopsie montrait un aspect d'HPE sans argument pour une lésion tumorale. Le diagnostic d'HPE dans un contexte de SN était retenu.

Discussion :

Les lésions papillomateuses semblent rares dans le SN. A notre connaissance, seulement 13 cas de SN présentant une ou plusieurs lésions de ce type ont été rapportés. Les lésions étaient principalement décrites chez des hommes avec un sex-ratio à 2,25 d'un âge moyen de 26 ans (15-36). Parmi les lésions 17 étaient décrites comme des lésions papillomateuses et 5 comme des verrues sans autre précision. Il ne semblait pas y avoir de localisation spécifique. Il n'y avait que peu de données sur le traitement et le devenir de ces lésions. On suppose que ces lésions pourraient être liées à une inflammation chronique sur l'altération de la barrière cutanée impliquant également un rôle de l'irritation chronique (frottements, phénomènes de macération).

Nous rapportons une description supplémentaire d'une complication peu connue du SN à type d'HPE.

Le risque de transformation carcinologique est inconnu mais la description de quelques cas de carcinomes épidermoïdes liés à HPV chez des patients atteints de SN fait discuter une surveillance rapprochée de ces lésions.

Dermoscopie :

Trichoscopie des connectivites : lupus ou dermatomyosite ?

FZ.Hashas, S. Elloudi, Z. Douhi, M.Soughi, H. Baybay, FZ. Mernissi .
Service de dermatologie CHU Hassan II Fès.

Introduction :

le lupus érythémateux discoide (LED) et ladermatomyosite (DM) sont deux connectivites avecatteinte du scalp fréquente ,et caractéristiques cliniquessimilaires. Le but de cette étude est d'évaluer et decomparer les résultats trichoscopiques chez les patientsatteints de DM, de LED, ainsi que de déterminer les signesspécifiques de chaque pathologie pouvant aider audiagnostic différentiel.

Matériels et méthodes :

Etudedersciptive analytique et comparative des imagestrichoscpiques appartenant à 32 patients (18 lupus et 14dermatomyosite) avec un total de 70 lesions, sur uneduree de 2 ans. Tous les patients ont été examinéspar le dermoscope digital Dermlite DL4 , les données ontété saisies sur EXCEL,analyser par SPSS v26, et comparés par le test X2.

Résultats :

18 cas de lupus discoide (1 homme, 17 femmes); Sex ratioH/F:0,05; Age moyen: 40 ans ; Formes
cliniques : plaque alopecique unique (22 %) ,plaquesalopéciques multiples (78 %) ; Durée d'évolution moyenne7 ans.
14 cas de dermatomyosite (hommes : 3, femmes : 11);Sex ratio: 0,27; Âge moyen: 50 ans; Formes cliniques:alopécie diffuse 50% , en plaques 14 %, pasd'alopécie 36%; durée d'Évolution moyenne : 6 ans.
Les différents caractéristiques trichoscopiques des deupathologies sont résumés dans le tableau 1.
Les anomalies des ouvertures folliculaires, les troublespigmentaires, les structures blanches et les cheveuxduveteux étaient plus fréquents en cas de lupus ,lespatrons vasculaires, les cheveux dystrophiques etcirculaires étaient plus importants en cas dedermatomyosite.
L'étude analytique a révélé que l'absence ou nombreréduit d'ouvertures folliculaires (p=0,024), la présence degaine coulissante (p=0,048) étaient des signes significatifsen faveur de lupus ; et la présence d'érythèmespérifolliculaire (p=0,0001), vaisseaux fins linéaires ettélangiectasie (p=0,031) ainsi que les structures enpseudo-lac (p=0,002) étaient associé à la dermatomyosite.

Discussion :

L'atteinte du scalp est fréquente au cours desconnectivites avec retentissement sur la qualité de vie.
Dans cette localisation, les signes cliniques peuvent sechevaucher et constituer un défi diagnostique. Latrichoscopie peut être d'une grande utilité et fournir desindices

diagnostiques distinctifs. Les résultats de notreétude étaient concordants avec ceux de la littérature (1);les structures vasculaires en pseudo-lac (définies commedes structures vasculaires ectasiques remplies deglobules rouges) rapportées dans l'étude de Julio C.étaient associé à la dermatomyosite dans notre étude(2). L'absence ou nombre réduit de d'ouverture folliculaireétaient en faveur de lupus discoïde.

Conclusion :

le lupus érythémateuxdiscoïde (LED) et ladermatomyosite (DM) sont deux connectivites avec
atteinte du scalp fréquente, et caractéristiques cliniquessimilaires. Notre etude a permis de de déterminer des signes specifiques de dc

Syndrome de NETHERTON : Quand le dermoscope facilite le diagnostic

K.OUJENNANE[1.2], K.EL MACHICHI[1.2], S.AMAL[1.2], M.ABOUDOURIB[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 syndrome de Netherton (SN) est une génodermatose autosomique récessive, caractérisée par un terrain atopique, une érythrodermie ichtyosiforme congénitale sèche (EIC) et des anomalies de la pilosité (1) . nous rapportons deux cas de syndrome de Netherton dont de diagnostic était basé sur l'aspect trichoscopique

Observations:

- Le premier cas : Il s'agit d'un enfant de 5 ans , issu d'un mariage non consanguin , qui avait depuis la première semaine de vie une érythrodermie non bulleuse . L'évolution de la maladie demeurait fluctuante, marquée tantôt par des récidives graves de l'érythrodermie desquamative, tantôt par l'apparition de lésions érythémateuses annulaires, soulignées par une double collerette. Un retard staturo-pondéral, ainsi qu'un aspect anormal des cheveux (secs, fins et cassants) étaient notés vers l'âge de 2 ans. Ceux-ci étaient examinés au dermoscope qui a avait montré une diminution de la densité avec un aspect particulier en trichorrhexis nodosa et trichorrhexis invaginata ou cheveux bambous au niveau de cuir chevelu et des sourcils. Le diagnostic de Syndrome de Netherton était retenu devant: Erythrodermie desquamative à la naissance avec desquamation figurée en double collerette, dysplasie pilaire à type de « cheveux bambous» ou trichorrexis invaginata et le retard staturo-ponderal

- Le deuxième cas : garçon de 8 ans, issu d'un mariage consanguin avec notion de bebe collodion à la naissance , s'est présenté à la consultation pour des lésions érythérmato-squameuses diffuses sur tout le corps , avec des cheveux fins et cassants , à l'examen demoscopique de cuir chevelu et des sourcils avait montré : cheveux bambous, trichorrhexis nodosa et un état squameux de cuir chevelu . Le diagnostic de syndrome de Netherton était retenu en se basant sur la trichoscopie.

Discussion :

Le syndrome de Netherton est défini par la triade: Erythrodermie à présentation variable (érythrodermie se manifestant 1 à 2 jours après la naissance et qui peut persister ou évoluer vers une ichtyose), anomalies de la tige pilaire aux cheveux et sourcils (trichorrhexis invaginata), Diathèse atopique (asthme, urticaire, angioedème, rhinite allergique, allergies alimentaires, élévation quasi constante du taux d'IgE et hyperéosinophilie).
La dermatoscopie des cheveux , ou, mieux, sur les sourcils permet de poser le diagnostic en retrouvant des anomalies pilaires à type de : Pili torti (des cheveux plats présentant des torsions à intervalles irréguliers) , trichorrhexis nodosa (petits nodules de long de la tige pilaire) et **trichorrhexis invaginata ou cheveux bambous** (des poils qui s'invaginent en plusieurs endroits et des structures nodulaires le long de son axe). Cette anomalie est pathognomonique, mais elle peut être absente au cours des premières années de vie, comme le cas de notre patient
Ces anomalies structurelles sont pathognomoniques du syndrome de Netherton, sont responsables d'une grande fragilité et de ruptures transversales des cheveux qui sont secs, ternes et cassés

Conclusion :

La dysplasie pilaire à type de trichorrhexis invaginata est pathognomonique du syndrome de Netherton ; mais d'autres anomalies à type de pili torti ou de trichorrexis nodosa peuvent être trouvées . D'où l'intérêt de mettre le dermoscope sur les cheveux de tout enfant présentant une érythrodermie. La difficulté de mettre en évidence la dysplasie pilaire dans les premiers mois de vie retarde souvent le diagnostic.

Dermoscopie du mycosis fongoïde

S.Bouabdella 1 ; S.Aouali1 ; S.Sefraoui1; 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 d'Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction :
Le mycosis fongoide (MF) est le lymphome cutané primitif le plus courant qui dérive des lymphocytes T. À travers cette série, nous avons voulu étudier l'apport de la dermoscopie dans le diagnostic positif du MF.
Matériel et méthodes :
C'est une étude rétrospective réalisée au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda, entre janvier 2016 et janvier 2022, incluant tous les cas de MF confirmés sur biopsie cutanée et immunohistochimie et chez qui un examen dermoscopique a été effectué.
Résultats :
Nous avons colligé 11 cas : 6 femmes et 5 hommes avec un âge moyen de 48,8ans. Neuf patients correspondaient à des stades précoces (patchs ou plaques) et deux patients correspondaient à un stade de MF tumoral. Le patron vasculaire le plus fréquent était les vaisseaux en points (53 %), les vaisseaux linéaires courts (38 %) et les vaisseaux glomérulaires (28 %). La vascularisation spermatozoïde-like était notée uniquement chez 1 cas. Les zones jaunes orangés ont été observées chez 40 % des patients, des squames blanches géométriques dans 35% des cas, des écailles blanches diffuses dans 32% des cas et des squames blanches périfolliculaires dans 27 % des cas. Des pseudo-comédons étaient présents dans un cas de mycosis fongoïde pilotrope.
Discussion :
Le diagnostic du MF peut être difficile en raison de ses diverses manifestations cliniques [1]. Les caractéristiques dermoscopiques du MF au stade précoce ont été décrites, mais les données sur le stade avancé ainsi que sur les sous-types de MF plus rares sont limitées [2]. Les patrons dermoscopiques du mycosis fongoïde les plus fréquemment décrits dans la littérature sont les vaisseaux fins linéaires et les vaisseaux en points associés à des zones jaune orangé [3]. Notre série rejoint ces résultats. Il a également été rapporté la présence d'une structure vasculaire caractéristique ressemblant à des spermatozoïdes, en tant que marqueur hautement spécifique de mycosis fongoïde [3]. Ce marqueur était retrouvé chez un de nos patients. Des structures polygonales faites de lobules et de stries blanches avec des septa et des points pigmentés ont été rapportés dans le MF poikilodermique [4]. La dermoscopie peut également aider à différencier le MF de l'eczéma, en particulier au stade précoce. Les vaisseaux fins linéaires ainsi que ceux « spermatozoïde-like » et les zones jaune orangé sont plus fréquents lors du MF, alors que les squames blanches et jaunâtres et les vaisseaux en points sont plus fréquents au cours de l'eczéma [1].
Conclusion :
La connaissance des patrons dermoscopiques du MF pourrait faciliter la précision diagnostique, surtout dans les stades de début.

Dermoscopie de vitiligo : à propos de 30 patients

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

Introduction :
Le vitiligo est une maladie idiopathique acquise, caractérisée par des macules dépigmentées circonscrites avec ou sans leucotrichie, cette dépigmentation de la peau est la conséquence de la destruction des mélanocytes. La dermoscopie est un outil non invasif qui permet la visualisation des caractéristiques de la lésion dépigmentée mais aussi d'évaluer la stabilité de la lésion et la réponse au traitement.
Matériel et méthodes:
Étude transversale incluant 30 cas de vitiligo suivis au service de dermatologie Mohammed VI Marrakech
Résultats:
Nous avons colligé 30 patients, 23 femmes et 7 hommes, l'âge moyen était de 43,96 ans avec des extrêmes d'âge allant de 2 ans à 72 ans. 8 patients avaient des lésions de vitiligo segmentaire tandis que 22 patients avaient un vitiligo généralisé, les lésions étaient stables cliniquement chez 47% et évolutives dans 53%. La repigmentation des lésions est retrouvée dans 63% des patients ayant un vitiligo stable. Pour les signes dermoscopiques , la bordure de la plaque était nette : dans 58% des vitiligo stables et seulement 31% des patients instables , mal définie dans 14% des patients stables et 75% chez les vitiligo instables .

Pour le vitiligo stable, le réseau pigmenté au sein de la lésion était absent dans 57%, et 21% pour l'aspect réticulaire et réduit. Par contre le vitiligo instable avait un réseau absent dans 75%, réticulaire dans 18% et réduit dans 6%.
L'hyperpigmentation périlésionnelle était présente dans 50% des vitiligo stables et dans 25 % des instables, et périfolliculaire dans 28% des cas stables et 37% des cas instables. Les lésions en confettis étaient présentes chez 14% des vitiligo stables et 37% des vitiligo instables. Le phénomène de Koebner était retrouvé chez 35% des cas stables et 50% des cas instables

Discussion :

Quelques études élucident l'utilité de la dermoscopie dans le diagnostic et l'évaluation de l'évolutivité du vitiligo. Chuh et Zawar ont rapporté que la dépigmentation de la peau avec la présence de réservoirs périfolliculaire signifie un vitiligo actif. Meng et al ont rapporté également que la pigmentation périfolliculaire est un signe de vitiligo progressif, ce qui concorde avec nos résultats.
Kumar Jba et al ont rapportés sur une série de 78 patients que l'hyperpigmentation périlésionnelle est un bon marqueur de la réponse thérapeutique et donc présent surtout dans les vitiligo repigmentants
Pour le vitiligo instable le principal signe de l'évolutivité est les lésions en confettis qui peuvent prendre un aspect en étoile, queue de comète ou des petites globules blanc nacré et le phénomène de Koebner
Les signes dermoscopiques de vitiligo stables sont : érythème intra lésionnel ou périlésionnel, télangiectasies et hyperpigmentation périlésionnelle
Par contre la leucotrichie observé dans le vitiligo stable est un bon marqueur de la réfraction aux traitements

Conclusion :

La dermoscopie est un outil non invasif, facile à utiliser. Elle pourrait aider au diagnostic de lésions stables ou instables de vitiligo et ainsi juger l'efficacité des traitements utilisés.

Aspects dermoscopiques de la tuberculose cutanée

S.Bouabdella 1 ; S.Sefraoui 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 étalée sur une période de 7ans, incluant tous les cas de tuberculose cutanée chez qui un examen dermoscopique a été réalisé.

Résultats :

Nous avons colligé 10 patients avec une moyenne d'âge de de 39,30 ans et un sexe ratio H/F de 1,03. Les gommes tuberculeuses prédominaient dans notre série avec un pourcentage de 60% suivies par la forme scrofuloderme (20%). Les aspects dermoscopiques retrouvés, étaient : Un halo rosé périphérique (40%), des squames blanchâtres brillantes (50%), des structures blanc nacré (10%), des érosions (20%) et ulcérations (10%), des aires jaunâtres lupoïdes (20%), des structures hémorragiques (10%).

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 décrire les différents aspects dermoscopiques dans la TB cutanée.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. Cependannt, à notre connaissance, 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.

Dermoscopie des hémangiomes

K. Kaddar 1; S. Sefraoui 1; M. Benkaraache 1; N. Zizi 2, 1; S. Dikhaye 2, 1

1Service 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, Oujda, Maroc

Introduction :

Les hémangiomes se caractérisent par une prolifération dermique de cellules endothéliales avec angiogenèse. Ces tumeurs vasculaires bénignes touchent essentiellement les nourrissons et les enfants avec une prévalence de 10 %. Elles peuvent intéresser tous les organes, mais le plus souvent la peau.

Le diagnostic est essentiellement clinique. Le recours aux examens complémentaires est réservé aux cas douteux. La dermoscopie, un moyen d'exploration innovant et non invasif, peut faciliter le diagnostic dans ces cas. Le but de notre travail était de décrire les signes dermoscopiques des hémangiomes.

Matériels et méthodes :

C'est une étude descriptive colligeant 30 patients, ayant consulté ou été hospitalisé au service de dermatologie, et chez qui un examen dermoscopique a été effectué.

Résultats :

Le nombre d'hémangiomes recensés était de 93, avec une localisation au niveau du tronc (42%), cervico-faciale (26%) et au niveau des membres (25%). La moyenne de taille était de 4,8cm. Le type le plus retrouvé était l'hémangiome tubéreux superficiel, sous forme de plaques rouge vif, en relief, à surface mamelonnée. Deux cas d'hémangiomes miliaires ont été notés.

L'étude dermoscopique montrait un fond rougeâtre(82%), rosâtre (13%) ou violacé (5%).Des lagunes ont été notées dans 87% des cas, d'aspect rouge vif, rouge sombre ou violacé. Un aspect cérébriforme a été observé dans 39% des cas, notamment dans le cas d'hémangiomes de petite taille. La présence de zones blanc-gris, blanc nacré ou rosâtre a été notée dans 9% des cas.

Les structures vasculaires retrouvées étaient des vaisseaux globulaires (26%), télangiectasiques (14%),ondulés (10%), pointillés regroupés en amas(8%), dilatés (6%), réticulaires (5%), linéaires, arborisants ou en virgule (4% chacun). D'autres structures vasculaires étaient plus rarement retrouvées: un aspect spermatozoïde-like, des vaisseaux en tire-bouchon, glomérulés, en épingle à cheveux ou une vascularisation radiale.

Discussion :

Les hémangiomes se caractérisent par un polymorphisme des structures vasculaires. La dermoscopie est un outil facile qui permet une évaluation précise de ces structures vasculaires et qui permet de différencier les hémangiomes des autres malformations vasculaires.

L'aspect dermoscopique le plus caractéristique est la présence de nombreuses lagunes généralement bien délimitées. Ces lagunes tendent à varier en taille et en couleur au sein d'une même lésion et peuvent êtres isolées ou regroupées sur un fond rougeâtre. Leur présence est une constatation dermoscopique quasi-constante.Dans notre série, cet aspect a été retrouvé dans 87% des cas.

Des caractéristiques supplémentaires, telles qu'un fond de couleur variable, des vaisseaux dilatés isolés ou un réseau vasculaire peuvent être retrouvés.

Conclusion :

Notre série est intéressante par la taille de l'échantillon étudié et par la diversité des signes dermoscopiques retrouvés. D'autres études sur des effectifs plus importants nous aiderons à mieux caractériser les signes dermoscopiques des hémangiomes.

Maladie infectieuse

Syphilis congénitale Présentation rare, évolution imprévisible

Z FAJRI, H BAYBAY, C BOUHAMDI, M SOUGHI, S ELLOUDI, Z DOUHI, FZ MERNISSI
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc.

Introduction :

La syphilis est une infection sexuellement transmissible non immunisante causée par le Spirochète Treponema Pallidum (TPP), strictement humaine. Le TPP est une bactérie très invasive qui est capable de traverser la barrière placentaire conduisant à la syphilis congénitale. La syphilis congénitale représente un problème majeur de santé publique dans les pays en développement mais également dans les pays occidentaux dans les populations où le suivi des femmes enceintes est faible, voire inexistant. La syphilis congénitale peut être évitée grâce à un dépistage et une surveillance des femmes enceintes et un traitement maternel précoce.

Observation :

Nous rapportons le cas de deux nourrissons, le premier est de sexe masculin né à terme, issu d'un mariage non consanguin et d'une grossesse non suivie avec accouchement par voie basse non médicalisé. Le nourrisson s'est présenté aux urgences pédiatriques pour des lésions liquidiennes au niveau palmoplantaire évoluant dans un contexte fébrile. L'examen clinique a objectivé un nourrisson hypotonique, fébrile (38,5°C), ictérique avec présence des

bulles tendus de contenu claire siègent au niveau palmoplantaire. Devant ce tableau clinique une sérologie syphilitique du nouveau-né et de la maman est revenue positive, une NFS objectivant une anémie à 9g/dL, une CRP à 250mg/L et un bilan hépatique perturbé, la ponction lombaire était normale et les radios des os longs ont objectivé une ostéochodrite épiphysaire.

Le deuxième cas est relatif à une fillette de deux mois, née à terme d'une grossesse non suivie avec accouchement par voie basse médicalisée. La patiente s'est présentée aux urgences pour une éruption fébrile. La symptomatologie remonte à un mois après sa naissance par l'apparition de lésions érythémateuses au niveau du visage et du périnée associées à une toux et une rhinite évoluant dans un contexte fébrile. L'examen d'admission a objectivé un nourrisson fébrile (37,8 °C), une rhinite avec des pseudomembranes de la muqueuse buccale, des fissures au niveau péribuccale, des fesses et du périnée. Nous avons également noté une distension abdominale. Devant ce tableau clinique, une sérologie syphilitique chez le nourrisson et la maman a été demandée et est revenue positive, la ponction lombaire et les radiographies des os longs étaient normales.

Nous avons mis les patients sous ampicilline pendant 10 jours après concertation avec les pédiatres, étant donné que la pénicilline G IV n'était pas disponible. L'évolution a été bonne pour le 2ème cas avec disparition des lésions cutanées, mais pour le 1er cas l'évolution a été marquée par l'aggravation d'ictère et altération de l'état générale.

Discussion :

La syphilis congénitale est caractérisée par une transmission le plus souvent verticale mère à l'enfant transplacentaire. La contamination lors de l'accouchement est exceptionnelle. Le risque de transmission est de 60-100% pour une syphilis primaire ou secondaire, 40% pour une syphilis latente précoce (< 1 an) et 8% pour une syphilis latente tardive (> 1 an). Le risque de transmission augmente avec la progression de la grossesse.
La syphilis congénitale peut être précoce (de la naissance à 2 ans) ou tardive (>2 ans).

Plus l'infection survient tôt, plus les conséquences fœtales sont graves. La SC précoce est généralement présente dans la période néonatale au cours des 4 à 8 premières semaines. Plus de la moitié (60 à 90 %) des nourrissons nés vivants sont asymptomatiques à la naissance, les premiers signes cliniques se présentent à l'âge de 3 mois. Les lésions cutanéomuqueuses sont des manifestations importantes qui surviennent dans 40 à 60 % des cas, elles se manifestent par une éruption maculopapuleuse qui devient cuivrée avec desquamation principalement dans les paumes et les plantes des pieds, une éruption bulleuse connue sous le nom de pemphigus syphilitique peut se développer avec desquamation et éventuellement des croûtes et fissurations péri orificielles.
La Rhinite (coryza) se manifeste chez les nouveau-nés par des secrétions nasales diluées, muqueuses, séropurulentes ou sanglantes qui sont très contagieuses. D'autres signes cliniques peuvent inclure des manifestations osseuses (Ostéochondrite réaction périostée métaphysaire des os longs et Otéomyélites rares), neurologiques, oculaire (choriorétinite, cataracte, glaucome et uvéite) et digestives. La SC peut même entrainer une défaisance multiviscérale.

Le diagnostic de la syphilis congénitale est établi par l'observation de spirochètes dans les liquides organiques ou les tissus.
Des tests non tréponémiques doivent être effectués sur tous les nourrissons suspects de CS et doivent impliquer le même test non tréponémique effectué sur la mère pour une comparaison directe. Une différence quadruple entre les titres de la mère et ceux du nourrisson est évocatrice de CS, une atteinte cérébrale est retrouvée dans 50% des cas probables ou confirmés de syphilis congénitale, justifiant la réalisation systématique de la PL. Le traitement repose sur la pénicilline G IV 150 000 U/kg/jour pendant 10 jours.

Conclusion :

La syphilis congénitale est une infection grave d'évolution imprévisible, elle est efficacement prévenue par le dépistage sérologique prénatal des mères et le traitement à la pénicilline des femmes infectées, de leurs partenaires sexuels et de leur nouveau-né. A travers ces deux cas nous insistons sur l'importance du dépistage sérologique chez la mère pendant la grossesse et aussi sur l'intérêt de reconnaître les signes cliniques très évocateurs de ce diagnostic.

Nodule du doigt : Penser à la maladie d'orf !

Dr Zeggwagh Zineb

Introduction :

Le nodule d'Orf est une zoonose virale rare due à l'infection par un parapoxvirus. Il est transmis à l'homme par contact d'ovins ou caprins eux-mêmes atteints d'ecthyma contagieux. Le diagnostic suspecté cliniquement peut être confirmé par examen au microscope électronique ou par PCR spécifique ciblant le genre Parapoxvirus. Il est souvent signalé après l'aïd Al Adha au cours duquel les moutons sont manipulés sans gants. Nous rapportons l'observation d'un nodule d'Orf survenu chez un patient 10 jours après l'Aïd Al Adha.

Observation :

Il s'agit d'un homme âgé de 56 ans ayant comme antécédent un diabète de type 2 depuis 1 an sous metformine qui a présenté 10 jours après l'aïd al adha un nodule au niveau du majeur droit augmentant progressivement de taille.

L'examen cutanéomuqueux a retrouvé un nodule érythémateux bourgeonnant bien limité, ferme, très infiltré, douloureux et croûteux en périphérie, mesurant 2cm de grand axe siégeant au niveau du majeur droit Aucune autre lésion similaire n'est retrouvée. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. A la dermoscopie on a retrouvé : une lésion érythémateuse avec des squames jaunâtres surtout en périphérie, des aires rouges sans structure , une vascularisation glomérulaire en périphérie et des structures blanchâtres. Devant cette lésion et le contexte de survenue (manipulation du mouton lors de l'Aïd Al Adha), une origine virale est suspectée. Le diagnostic retenu est celui d'un nodule d'orf du majeur. Le patient est mis sous soins locaux et trois semaines plus tard, le patient est revue avec une disparition de la lésion.

Discussion

L'orf ou Ecthyma contagiosum est une zoonose dûe à un virus à ADN de la famille des parapoxvirus. C'est une pathologie rare et souvent méconnue. C'est une maladie des ovins et des bovins qui peut se transmettre à l'homme par le contact direct avec des animaux infectés, ou indirectement par les abats ou les couteaux contaminés. L'orf atteint donc principalement les éleveurs de moutons, les vétérinaires, les employés des abattoirs et les bouchers. Il peut se diffuser dans la population musulmane dans les semaines suivant l'Aïd Al Adha, comme c'est le cas chez notre patient.

Après une période d'incubation qui peut aller jusqu'à 4 semaines, l'orf se présente comme une lésion unique ou plusieurs lésions localisées aux doigts, à la main ou aux avant-bras. Des lésions de grande taille ont été rapportées chez les patients immunodéprimés et chez les patients avec un antécédent de dermatite atopique.

La lésion de l'orf commence comme une petite macule, d'une couleur allant du rouge au bleu, qui se développe pour former une pustule ou une bulle hémorragique, de centre croûteux parfois. La lésion mesure généralement 2 à 3 cm de diamètre, mais peut atteindre 5 cm. Elle est souvent sensible et saigne facilement.

Cette lésion peut être accompagnée de douleurs, d'un prurit ou d'une adénopathie satellite, et, moins fréquemment, de symptômes généraux tels qu'une fièvre ou un malaise. Le diagnostic peut être confirmé par la détection du virus par microscopie électronique ou par PCR ou par l'histologie.

Les lésions régressent spontanément en 6 à 24 semaines posant rarement un problème thérapeutique. Des complications sont néanmoins possibles, dominées par la surinfection bactérienne.
Généralement une désinfection locale est recommandée mais la cryothérapie, l'electrocoagulation, l'imiquimod ou la crème topique de cidofovir peuvent être utilisées pour les grandes lésions.
Conclusion :
L'information du patient sur le caractère bénin et la résolution spontanée de la maladie demeure le volet le plus important de la prise en charge, et cela afin d'éviter les traitements excessifs, notamment chirurgicaux, qui risquent d'être délabrants, et les arrêts de travail injustifiés. Une transmission interhumaine est également possible. Les mesures évitant la dissémination de l'infection à l'entourage (pansements protecteurs), notamment s'il existe des sujets immunodéprimés, sont essentielles.

Le syndrome APECED : y penser devant une candidose cutanéo-muqueuse chronique

H.MARGHADI [1], M.ABOUDOURIB[1 2], , S.AMAL[1 2] , O.HOCAR[1 2]

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

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

Introduction :

Le syndrome APECED (Auto-immune polyendocrinopathy-candidiasis-ectodermal dystrophy) est une maladie héréditaire monogénique , à transmission autosomique récessive , lié à une mutation du gène AIRE.

Nous rapportons le cas d'un enfant atteint d'un syndrome APECED.

Observation :

Un enfant âgé de 14 ans, ayant comme antécédents un décès dans la fratrie et un frère suivi pour polyendocrinopathie (Diabète type 1 , hyperparathyroïdie et maladie coeliaque) qui s'est présenté pour une diarrhée chronique évoluant depuis 5 mois associée à une onychodystrophie chronique et à une candidose buccale évoluant depuis 3 ans.

L'examen clinique a objectivé une pachyonychie , une dystrophie des ongles de la main, un muguet buccal.

L'examen mycologique était positif avec une atteinte candidosique des ongles et de la muqueuse orale.

La fibroscopie oeso-gastro-duodénale a montré une candidose oesophagienne.

Le patient a été mis sous fluconazole pendant 6 semaines.

Discussion :

Le syndrome APECED est une maladie génétique rare caractérisée par l'association d'une candidose cutanéo-muqueuse chronique à de multiples endocrinopathies auto-immunes (diabète, insuffisance surrénalienne, ...) et des dystrophies ectodermiques.

La prise en charge est essentiellement symptomatique. Les atteintes endocriniennes sont traitées par une hormonothérapie de substitution. Les antifongiques systémiques oraux au long cours sont efficaces pour traiter les candidoses, mais certains patients demeurent résistants. La prise en charge est pluridisciplinaire et nécessite un suivi au long court.

Conclusion :

Il est important d'évoquer le syndrome APECED devant toute candidose cutanéomuqueuse chronique, afin de rechercher précocement les éventuelles endocrinopathies associées et d'en prévenir les complications potentiellement fatales.

Trichoteiromanie: quelle particularité cliniquo-trichoscopique?

FZ.Hashas,H. Baybay, S. Chhiti, Z. Douhi, M.Soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi .
service de dermatologie CHU Hassan II Fès.

Introduction :

La trichoteiromanie est un trouble capillaire auto-infligé qui consiste à frotter le cuir chevelu avec fracture des tiges capillaires. Nous rapportons une série de neuf patients.

Matériels et méthodes :

Etude rétro-prospective colligeons tous les patients diagnostiqués comme trichoteiromanie sur des critères cliniques et trichoscopiques sur une période de 2 ans.

Résultats :

Nous avons colligé neuf patients (4 hommes et 5 femmes), l'âge moyen était 24 ans avec deux cas pédiatrique. Un antécédent de dermatite atopique était présent chez un seul patient et aucun des patients ne présentait d'antécédents de pelade, psoriasis ou dermatite séborrhéique. Un contexte de stress était présent chez tous les patients. La durée d'évolution variait entre deux mois et trois ans. Le prurit était constant chez tous les patients, souvent associé au tic de frottement. Les signes cliniques retrouvés étaient: plaque partiellement alopécique circonscrite au niveau du vertex chez deux patients , dépilation partielle des cils chez trois et des sourcils chez cinq , un érythème chez six cas, une desquamation chez quatres cas et une liquénification chez deux patients . Les signes trichoscopiques étaient : poils courts avec dystrophies distales, extrémités fendues en forme de brosse chez tout les patients , poils en touffe chez deux patients ,poils en v et poils cassé a différent niveau chez trois autres. La trichoteiromanie était isolé chez 6 patient et associée à une trichotillomanie chez trois patients.

Discussion :

La trichotéiromanie est un trouble capillaire auto-infligé qui consiste à frotter le cuir chevelu avec fracture des tiges capillaires(1). Il fait partie des troubles capillaires compulsifs. Les principaux diagnostics différentiels de cette affection sont la pelade, la trichotillomanie (perte de cheveux par arrachage, tirage ou torsion), la trichotemnomanie (perte de cheveux due à une coupure ou un rasage). La trichoscopie redresse le diagnostique.La trichoteiromanie est caractérisée par la présence de poils courts, et conduit à une alopécie manifeste sur la partie affectée du corps et la trichoscopie montre une division longitudinale de la tige capillaire, appelée trichoptilose, des poils courts avec dystrophies

distales et extrémités fendues en forme de brosse (2,3). La persistance et la progression des lésions sont corrélées à l'activité de grattage et de frottement. Le trouble peut éventuellement être précipité ou aggravé par une pathologie du cuir chevelu, telle que l'eczéma, la dermatite séborrhéique ou la dermatophytose. La localisation la plus fréquente est le cuir chevelu mais toutes les zones pilleuses peuvent être touchées, une atteinte isolée au niveau des cils et sourcils est rarement rapportée dans la littérature, dans notre série c'était la localisation la plus frequente. La prise en charge thérapeutique repose sur la sensibilisation de patient et de l'entourage, la psychothérapie cognitivo- comportementale et des traitement pharmacologique spécifiques comme la N-Acétylcystéine(4).

Conclusion :

La trichoteiromanie est une affection chronique de gravité variable et doit être évoquer devant une alopécie ou une dépilation en présence d'un contexte de stress, prurit ,érythème ou desquamation, aussi la présence de poils courts avec dystrophies distales, extrémités fendues en forme de brosse peuvent constituer un indice trichoscopique important pour le diagnostic et sont considérés comme une caractéristique de cette affection.

Chronic pruritis revealing urinary schistosomiasis

I. Ouadi1; H. Daflaoui1; N. Zizi1,2; S. Dikhaye1,2

1 Department of Dermatology, Mohammed VI University Hospital of Oujda, Medical School of Oujda,
Mohammed First University of Oujda, Morocco

2 Department of Epidemiology, Clinical Research and Public Health Laboratory, Medical School of
Oujda, Mohammed First University of Oujda, Morocco

Introduction:

Schistosomiasis also known as "snail fever" and "bilharzia" is a tropical disease caused by infection with parasitic blood flukes. It's the second most common socio-economically devastating parasitic disease after malaria. Cutaneous manifestations vary according to the stage infection. To our knowledge this is the first case of a chronic pruritis seen in a patient presenting urinary schistosomiasis.

Observation:

A 20-years-old Chadian patient living in Morocco for the past year, with no remarkable medical history, presented at the dermatology department for a chronic pruritis evolving for the last 8 months, upon questioning, the patient reported a history of urinary symptoms evolving 5 months prior made of intermittent hematuria that has not been investigated and for which no specific treatment had been given, he denied any drug intake, unprotected sex, or having any disease. The cutaneous examination didn't reveal any notable dermatological lesions besides a mild xerosis cutis and the rest of the physical examination was unremarkable. The laboratory testing did not uncover any abnormalities, the following step was to complete with a thoraco-abdomino-pelvic CT scan that revealed a nodular formation of the posterior-superior wall of the bladder with endoluminal development enhanced by contrast injection measuring 9x9 mm, a cystoscopy with a biopsy of the nodular lesion were performed by the urologists and histopathological study of the fragment showed a hyperplastic mucosa with pseudoepitheliomatous foci underlined by polymorphic inflammatory foci rich in Bilharzia eggs. The patient was then referred to urologists for appropriate therapeutic management.

Discussion:

Human schistosomiasis remains a public health problem in many parts of the world, mostly affecting poor rural communities. Two hundred forty to 400 million are infected in large parts of Africa, the Arabic Peninsula, South America and East and Southeast Asia. (1) Human schistosomiasis is caused by the species Schistosoma (S.) haematobium, S. mansoni, S. intercalatum, S. guineensis, S. japonicum, or S. mekongi. Cutaneous manifestations after freshwater exposure to schistosomal larvae can be caused not only by species pathogenic to humans but also zoonotic species, such as avian including Trichobilharzia sp. and bovine Schistosoma bovis.(2)(3) The organ most commonly affected by Schistosoma haematobium infection is the bladder, and this is due to preferential localization of the parasite in the vesical vascular plexuses from where laid ova penetrate the bladder wall. (4) Most affected individuals are asymptomatic, however common symptoms are urinary frequency, urgency, dysuria and end-stream hematuria. Of these symptoms terminal hematuria may be the most feasible and is often the basis for epidemiologic diagnosis. (5) Cutaneous manifestations regroup cercarial dermatitis known also as "swimmer's itch" occurring 30-60 min after exposure to contaminated fresh water following the penetration of schistosomal larvae into skin, the cutaneous lesions are urticarial, occasionally eczematous in part, located mostly on the trunk, with persisting pruritis. On dark skin, the erythematous lesions are difficult to recognize, however, touching the skin can be of help in making the diagnosis.
Other cutaneous manifestations include acute schistosomiasis 3-5 weeks after the infection, accompanied by a flare of urticarial lesions, as well as chronic schistosomiasis, an entity rarely observed made of nodular or papillomatous, single or multiple skin lesions occurring in patients with long lasting infection often localized on the external genital or perineal skin with a possibility of vulvar localization in women.
Conclusion:
Schistosomiasis is a common endemic parasitic infection, cutaneous manifestations vary and may not be specific as shown in our case report, consequently dermatologists and general practitioners alike should be aware to avoid any delay in diagnosis.

DERMOSCOPIE DU CARCINOME BASOCELLULAIRE PIGMENTÉ : ETUDE MONOCENTRIQUE PROSPECTIVE DE 103 CBC

OULAD ALI Sara[1], BELCADI Jihane[1], EL HILALI Samia[2], SENOUCI Karima[1] , MEZIANE Mariame[1]

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

[2]*Laboratoire de médecine communautaire, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :

Le carcinome basocellulaire (CBC) est la tumeur cutanée maligne la plus fréquente, notamment chez les sujets âgés de phototype clair, chez qui la forme pigmentée représente moins de 10 %.

L'objectif de notre étude était de mettre en évidence les aspects dermoscopiques du CBC pigmenté chez les patients marocains, de les corréler avec le sous-type du CBC et de corréler l'importance de la pigmentation avec le phototype.

Méthodes :

Étude prospective monocentrique réalisée sur une période de 21 mois. Des images cliniques et dermoscopiques de CBC confirmés par histopathologie ont été évaluées pour estimer le pourcentage de pigmentation. Toutes les variables dermoscopiques ont été incluses dans l'analyse. Les calculs statistiques ont été effectués par le logiciel Jamovi 2.3.0.

Résultats :

103 CBC chez 76 patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 59 ans. 45 de nos patients étaient des hommes et 31 des femmes. Le phototype prédominant était le phototype V (41,7%), suivi du phototype IV (31,1%) et du phototype III (27,2%). Notre série incluait 67 CBC nodulaires (65 %), 29 CBC superficiels (28,1 %), 5 CBC infiltrants (4,8 %) et 2 CBC sclérodermiformes (1,9 %). Les critères dermoscopiques du CBC les plus fréquemment retrouvés étaient des vaisseaux arborescents (83,5 %), des nids ovoïdes gris-bleu (64,1 %) et des ulcérations/érosions multiples (60,2 %).

La présence des nids ovoïdes gris-bleu dans les CBC nodulaires était statistiquement significative ($p<0,001$). Tous les CBC inclus dans notre étude présentaient au moins une structure pigmentée : grands nids ovoïdes gris-bleu, multiples points et globules gris-bleu, feuille d'érable et roue dentée, et ont été classés selon le degré de pigmentation. 72 BCC (69,9 %) étaient très pigmentés (> 75 %), 3 (2,9 %) étaient d'une pigmentation moyenne (50-75 %), 13 (12,6 %) avaient une surface pigmentée entre 25 et 50 %, et 15 (14,6 %) étaient légèrement pigmentés (< 25 %).

L’association des CBC très pigmentés (>75 %) et le phototype V était statistiquement significative (p<0,001), ainsi que l’association des CBC faiblement pigmentés et le phototype III (p<0,001).

Discussion :

Les CBC pigmentés représentent moins de 10% des CBC chez les patients de phototype clair dans la littérature, mais sont beaucoup plus fréquents chez les phototypes plus foncés, et tous les sous-types du CBC peuvent être pigmentés. Les nids ovoïdes gris-bleu correspondent sur le plan histologique aux lobules larges, bien circonscrits dans le derme faits de cellules basaloïdes, tandis que les feuilles d’érable aux nids tumoraux appendus à l’épiderme et/ou aux follicules pileux .
Nos résultats rejoignent ceux de la littérature par rapport à la fréquence des CBC pigmentés chez les phototypes foncés. Nous avons également conclu que l’importance de la pigmentation était corrélée au phototype ; plus le phototype était foncé plus les structures pigmentées étaient présentes.

La dermoscopie permet de reconnaître les CBC pigmentés et d'éliminer les diagnostics différentiels incluant les causes malignes comme le mélanome ou le Bowen pigmenté et les causes bénignes en particulier les nævus dermiques et la kératose séborrhéique. Les CBC pigmentés répondent mal à certaines thérapies telles que la photothérapie dynamique, ceci peut être expliqué par la présence de mélanine, qui semble agir comme un pigment compétitif absorbant la lumière, diminuant ainsi les taux de réponse. Le traitement de référence pour la plupart des CBC reste la chirurgie.

Conclusion :

Nous rapportons une étude dermoscopique de CBC chez des patients marocains, principalement de phototype IV et V et nos résultats montrent que les CBC hautement pigmentés étaient retrouvés principalement chez les patients de phototype V.

La dermoscopie de la Kératodermie palmoplantaire :

Apport dans le diagnostic différentiel entre Psoriasis et Eczéma chez 42 patients

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

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

Introduction : Les kératodermies palmoplantaires (KPP) acquises sont un groupe hétérogène de dermatoses dont le diagnostic étiologique peut s'avérer difficile. Peu d'études ont rapporté l'apport de la dermoscopie dans cette pathologie. L'objectif de notre travail est de comparer les signes dermoscopiques chez les patients atteints de psoriasis et d'eczéma palmoplantaires.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, réalisée entre janvier 2021 et avril 2022, incluant les patients atteints de KPP dont le diagnostic de psoriasis ou d'eczéma a été prouvé à l'histologie.

Résultats : Quarante-deux patients ont été inclus dans notre étude (22 psoriasis et 20 eczémas) dont 66.7% étaient des femmes et 33.3% étaient des hommes. La moyenne d'âge était de 41.5 ans avec des extrêmes allant de 16 à 72 ans. A la dermoscopie, la couleur de fond chez les patients psoriasiques était le rouge clair (72 %), rouge terne (18%) et jaunâtre (10%). Chez les patients atteints d'eczéma, la couleur jaune orangé était la plus fréquente (60 %) suivie du rouge clair (40 %). Dans le groupe psoriasis, les vaisseaux étaient en grappe chez 63.6% de nos patients, en points chez 54.5% et globulaires chez 18%. Dans le groupe eczéma, les vaisseaux glomérulaires étaient retrouvés chez 30 % des patients suivis par les vaisseaux en grappe et en points chez 20% chacun. La structure vasculaire n'a pas pu être distinguée chez 18% des patients psoriasiques et chez 20% des patients atteints d'eczéma.

La couleur des squames était blanche chez 90% des patients atteints de psoriasis et jaunâtre chez 10%, contrairement aux patients atteints d'eczéma, chez qui la couleur jaune était prédominante chez 80% des patients. La distribution des squames était diffuse (81%), suivant les sillons (54.5%), périphérique (18%) et centrale (18%) dans le groupe psoriasis ; elle était diffuse (70%), suivant les sillons (50%) et périphérique (50%) chez les patients suivis pour eczéma. Des globules marron jaunâtres étaient retrouvés chez 27% des patients

psoriasiques et chez 40% des patients atteints d'eczéma. Des croutes jaunâtres étaient retrouvées chez 30% des patients avec eczéma.

Discussion :L'apport de la dermoscopie dans le diagnostic étiologique des KPP, en tant qu'outil non invasif, a été rapportée dans peu d'études. Dans notre travail, la couleur blanchâtre des squames, la couleur de fond rouge clair ainsi que les vaisseaux en points et en grappe étaient hautement prédictifs du psoriasis, ce qui concordait avec les données de la littérature. Pour l'eczéma, la couleur jaunâtre des squames ainsi que la présence de globules et de croutes jaunâtres étaient caractéristiques.

La dermoscopie peut s'avérer utile dans le diagnostic clinique des KPP, des études sur des populations plus larges sont nécessaires afin de confirmer ces données.

Aspects clinico-dermoscopiques de la sarcoïdose : série de 10 cas

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

Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

La sarcoïdose est une maladie systémique d'étiologie inconnue caractérisée par la formation de granulomes sans nécrose caséeuse. Les manifestations cutanées sont présentes dans 25 à 35 % et prêtent à confusion avec de nombreuses dermatoses en raison de leur polymorphisme. L'objectif de notre étude est de décrire les aspects cliniques et dermoscopiques de la sarcoïdose.

Matériels et méthodes :

Etude prospective descriptive réalisée de septembre 2021 au Janvier 2022 incluant 10 patients atteints de sarcoïdose confirmée à l'histologie.

Résultats :

Il s'agissait de 7 femmes et 3 hommes, l'âge moyen était de 49 ans avec des extrêmes allant de 39 ans à 70 ans. Le siège de l'atteinte cutanée le plus fréquent était le visage dans 8 cas.

Les formes cliniques étaient les suivants : des sarcoides à petits nodules dans 5 cas, un lupus pernio dans 2 cas, une forme angiolupoide dans 2 cas, et des sarcoides à gros nodules dans 1 cas. Les aspects dermoscopiques les plus souvent retrouvés chez nos patients, étaient les suivants : fond érythémateux chez 9 cas, globules jaune-orangées et vaisseaux linéaires chez 8 cas, des clous folliculaires chez 5 cas, des vaisseaux arborescents chez 3 cas, des zones blanchâtres sans structures chez 2 cas, des stries blanchâtres, des clous folliculaires et des squames blanchâtres chez 1 seul cas.

Discussion :

Les aspects dermoscopiques caractéristiques de la sarcoïdose sont les zones ou globules

jaune-orangés translucides ou des zones blanchâtres sans structure, ainsi que des vaisseaux linéaires ou arborescents. Notre étude retrouve des aspects dermoscopiques de la sarcoïdose, déjà décrits dans la littérature, en plus de quelques signes : des stries blanchâtres, des clous folliculaires et des squames blanchâtres. Ces signes dermoscopiques pourraient orienter la démarche diagnostique, ainsi que le site de biopsie. L'utilité de la dermoscopie dans la sarcoïdose réside également dans la surveillance de l'efficacité du traitement. Des études sur un plus grand échantillon doivent être réalisées afin d'évaluer la corrélation entre la dermoscopie et le type d'atteinte cutanée.

La capillaroscopie péri-unguéale dans les maladies auto-immunes systémiques

HananRagragui Ouasmin[1] ; Lamis El Yamani[1] ; Hasnae Saddouk[1]; Nada Zizi[1,2] ; Siham 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 :

La capillaroscopie péri-unguéale est un examen simple, rapide, non invasif et reproductible. C'est un outil intéressant et de réalisation de plus en plus courante pour l'évaluation de la microcirculation digitale. Elle trouve sa principale indication dans le domaine des acrosyndromes vasculaires, en particulier le phénomène de Raynaud et trouve sa place également dans la sclérodermie. Le but de notre travail est de décrire les différents aspects de la capillaroscopie péri-unguéale des maladies auto-immunes systémiques prises en charge dans notre service.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive, colligeant tous les patients pris en charge dans le service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda durant une période de 6 ans allant de Janvier 2016 à Mai 2022 et visant à décrire les différentes anomalies de la capillaroscopie péri-unguéale des maladies auto-immunes systémiques et suivre leurs évolutions après traitement.

Résultats :

Nous avons colligés 56 patients dont 44 femmes et 12 hommes avec une nette prédominance féminine soit un sex-ratio Femme/Homme à 3,66. L'âge moyen de nos patients était de 49,55 ans avec des extrêmes allant de 9 ans à 87 ans. Sept patients présentaient une sclérodermie systémique, 20 une dermatomyosite dont 7 présentaient une forme paranéoplasique, 10 patients avaient un lupus systémique et 19 avaient un lupus cutané.

L'analyse des images de la dermoscopie péri-unguéale dans la sclérodermie systémique a révélé la présence de mégacapillaires dans 71,5% des cas, des plages avasculaires, des exsudats et des microhémorragies dans 28,5% pour chaque aspect et des vaisseaux tortueux dans 14% des cas avec un aspect normal dans 14% des cas.

Concernant la dermatomyosite, les anomalies de la capillaroscopie péri-unguéale étaient dominées par les mégacapillaires dans 65% des cas, suivies par les microhémorragies dans 50% des cas, un aspect tortueux en buisson dans 35% des cas, une anomalie de désorganisation architecturale dans 30% des cas, une

raréfaction capillaire avec des exsudats dans 20% des cas pour chaque aspect, des plages avasculaires dans 15% des cas et des hémorragies en pile d'assiette dans 10% des cas.
La capillaroscopie péri-unguéale dans le lupus cutané et systémique a montré un aspect normal dans 58.6% des patients, des mégacapillaires dans 31% des cas, suivis par les plages avasculaires dans 24% des cas, des microhémorragies dans 17% des cas et un aspect tortueux en buisson dans 6% des cas.
Pour ce qui est de l'évolution, la majorité de nos patients étaient perdues de vue (50%), 30% des cas avaient gardés un aspect stationnaire, alors que 12.5% de nos patients présentaient une amélioration des aspects de la capillaroscopie après traitement et 4% sont décédés.

Discussion :

L'apport de la capillaroscopie péri-unguéale a été rapporté dans le diagnostic et le dépistage des maladies auto-immunes systémiques.
L'aspect capillaroscopique dans la sclérodermie systémique est dénommé par le paysage sclérodermique qui est très spécifique de la maladie et qui est caractérisé par la présence de raréfaction capillaire et de zone avasculaire, des mégacapillaires sur deux doigts, des capillaires ramifiés et une désorganisation architecturale majeure.
Dans la dermatomyosite, la capillaroscopie montre des lésions généralement similaires à celles observées dans les sclérodermies systémiques.
La capillaroscopie dans le lupus cutané et systémique n'est pas spécifique. Dans une revue systématique menée par Cutolo et al, plusieurs aspects de capillaroscopie péri-unguéale ont été rapportés à savoir des capillaires allongés et dilatés, des capillaires ramifiés avec une tortuosité accrue et des plexus sous-papillaires proéminents.
Dans notre étude, la capillaroscopie était normale dans 40% des cas. Un paysage sclérodermique était fréquemment associé à la sclérodermie systémique et aux dermatomyosites ce qui rejoint les données retrouvées dans la littérature.
Concernant le lupus, un aspect normal de capillaroscopie a été rapporté dans la majorité des cas, les autres anomalies rejoignent celles décrites dans la littérature avec des plages avasculaires observées dans quelques cas ce qui n'est pas rapportées dans les études réalisées dans la littérature.

Conclusion :

Le recours à la capillaroscopie péri-unguéale est de plus en plus recommandé au cours de l'enquête étiologique des maladies systémiques ainsi pour suivre l'évolution sous traitement.

Confusion trichoscopique devant une pelade

M.A. Ennaciri, A. Kinany, N. Hjira, M. Boui
Service de Dermatologie-Vénéréologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat

Introduction

La pelade est une affection dysimmunitaire avec plusieurs composantes dont la composante psychologique qui peut être un facteur déclenchant comme une conséquence avec détresse et stigmatisation. En milieu scolaire, les affections déglabrantes ont un retentissement négatif sur la qualité de vie des écoliers

Observation

Un patient âgé de 12 ans, sans antécédents particulier, consulte pour une chute de cheveux intéressant la région pariéto-pariétale et occipitale haute d'installation brutale. Le patient avait un faciès anxieux, et sa mère rapporte la notion de deux plaques alopéciques incomplètement déglabrées au niveau de la région pariéto-pariétale, et qu'en l'espace d'une seule nuit, il y'a eu une perte de cheveux massive et brutale au niveau de cette région.

A l'examen des phanères, on retrouve un scalp déglabré comme s'il s'agissait d'un sisaipho avec persistance d'une frange. L'examen des phanères retrouve des bandes leuconychiques sur plusieurs ongles ainsi qu'une tâche saumonée sur l'ongle du gros orteil gauche

La trichoscopie révèle de nombreux points noirs, quelques cheveux en point d'exclamation, des cheveux en tulipe ainsi que quelques cheveux de Pohl-Pinkus, des orifices pilaires vides, et des cheveux triangulaires en petit nombre ; mais on remarque aussi la présence de cheveux de hauteur inégale dont l'extrémité distale est droite et uniforme entre plusieurs cheveux adjacents

Discussion

Le patient présentait des signes dermoscopiques en faveur d'une pelade active due à la présence de points noirs, de cheveux en points d'exclamation, de cheveux de Pohl-Pinkus et d'orifices pilaires vides. Chez l'enfant prépubère, les points jaunes

sont plus rares car les glandes sébacées sont moins fonctionnelles, les orifices pilaires vides constituent le signe le plus sensible du diagnostic de pelade. Les cheveux triangulaires quant à eux constituent un signe de la pelade chez l'enfant. La présence de la leuconychie vient conforter le diagnostic de pelade
Mais qu'en est-il des cheveux cassés géométriquement à des endroits différents ? En poussant l'interrogatoire, après une réticence, l'enfant vient avouer qu'il avait pris une tondeuse avec laquelle il s'est coupé les cheveux, les plaques alopéciques initiales lui ayant causé une détresse psychologique

Conclusion

Si les signes d'une pathologie capillaire sont présents et associées à une coupe trop géométrique des cheveux, il faut avoir à l'esprit que la détresse psychologique engendrée peut pousser le malade à se raser les cheveux.

Aspects dermoscopiques de formes cliniques de la rosacée

M.A. Ennaciri, A. Kinany, N. Hjira, M. Boui
Service de Dermatologie-Vénéréologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat

Introduction

Les formes cliniques de la rosacée ont des aspects dermosopiques similaires mais avec quelques particularités. La dermoscopie permet de poser le diagnostic de la rosacée et de la classer dans une de ses formes cliniques avec plus d'aisance

Observation

Le premier cas est une patiente âgée de 23 ans, sans antécédents particuliers, consultant pour une rosacée papulopustuleuse et dont la dermoscopie révèle des vaisseaux polygonaux, des pustules ainsi que des globules jaunes folliculaires. Elle a bénéficié de conseils d'hygiène de vie et de cyclines per os et de métronidazole en topique avec nette amélioration, à savoir une disparition des pustules, une nette diminution des vaisseaux polygonaux mais les globules jaunes folliculaires persistaient.

Le deuxième cas est une patiente de 46 ans sans antécédents particuliers consultant pour une rosacée papulopustuleuse et dont la dermoscopie révèle des

vaisseaux polygonaux, des bouchons folliculaires et des pustules. La patiente a été mise cyclines per os, métronidazole en topique et crème antirougeurs

Le troisième cas est une patiente de 57ans, ayant comme antécédents une hypertension artérielle sous amolopine et qui présence une rosacée érythémato-télangiectasique et dont l'examen dermoscopique révèle des vaisseaux à tendance polygonale ainsi qu'un bouchon folliculaire

Discussion

Les formes cliniques de la rosacée ont des aspects dermoscopiques différents.

La rosacée érythémato-tétlangiectasique est caractérisée par des vaisseaux réticulaires linéaires proéminents et nombreux, formant des polygones vasculaires complets ou incomplets ; ces vaisseaux sont distribués de façon régulière sur toute la surface de la lésion ; on peut aussi y retrouver des bouchons folliculaires, des pustules et des globules jaunes, mais ces derniers sont peu fréquents et inconstants

La rosacée papulopustuleuse montre en plus des vaisseaux polygonaux, des pustules et des bouchons folliculaires.

La rosacée hypertrophique au stade de phyma se manifeste sur le plan dermoscopique par des globules folliculaires jaunes correspondant à des ouvertures folliculaires dilatées remplies de sébum.

Les signes dermoscopiques retrouvés au cours des formes cliniques de rosacée se chevauchent consolidant la notion que les formes cliniques appartiennent au même spectre plutôt que d'être des entités distinctes. Mais il faut quand même noter que le patron vasculaire avec des éléments folliculaires minimes prédomine dans la rosacée érythématotélangiectasique, alors que dans la rosacée papulopustuleuse et hypertrophique, les critères folliculaires prédominent alors que les vaisseaux polygonaux le sont moins.

Conclusion

Les aspects dermoscopiques des différentes formes de rosacée se chevauchent, mais plus on tend vers une forme papulopustuleuse ou hypertrophique plus les éléments folliculaires prédominent au dépend des éléments vasculaires. En cas de traitement efficace de rosacée, certaines signes dermoscopiques peuvent être amenés à diminuer ou à disparaître, les vaisseaux ont par ailleurs tendance à diminuer en calibre et en nombre

La trichoscopie des alopécies cicatricielles primaires

HananRagragui Ouasmin[1] ; Kaoutar Sof[1] ; Hasnae Saddouk[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 alopécies cicatricielles primaires (ACP) constituent un groupe hétérogène de maladies qui résultent de la destruction inflammatoire du follicule pilo-sébacé et peuvent être lymphocytaires, neutrophiles ou mixtes. Le but de notre travail est de décrire les différents aspects dermoscopiques des alopécies cicatricielles primaires retrouvés dans notre série.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective et descriptive qui regroupe tous les patients qui ont consultés au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'OUJDA durant une période de 3 ans, allant de Mars 2019 à Mars 2022.

Résultats :

Nous avons colligé 24 patients dont 8 avaient une folliculite décalvante de Quinquaud (FDQ), 9 avaient une alopécie frontale fibrosante (AFF), 2 avaient un lupus érythémateux chronique (LEC), 4 avaient une cellulite disséquante du cuir chevelu (CDCC) et 1 avait une pseudopelade de Brocq (PPB). L'âge moyen de nos patients était de 36,66 ans avec des extrêmes allant de 17 ans à 55 ans. Le sex ratio H/F était de 1.

La dermoscopie de la FDQ a montré : des plages laiteuses avec des squames et pustules (40%), une hyperkératose périfolliculaire (60%), un érythème périfolliculaire (75%) et les poils en touffe (75%).

Les différents aspects dermoscopiques observés dans l'AFF étaient : l'hyperkératose périfolliculaire, un érythème péripilaire et absence de cheveux duveteux chez tous les cas.

L'examen au dermoscopie du LEC était en faveur d'une alopécie cicatricielle avec des bouchons jaunes cornés (100%), les télangiectasies (75%), un érythème périfolliculaire (75%) et des points blancs (50%).

Dans la CDCC, la dermoscopie a objectivé des plages érythématosquameuses centrées par des pustules et des formations blanches arrondies chez tous les patients.
Cependant, la dermoscopie dans la PPB était en faveur d'une alopécie cicatricielle, hyperpigmentation périfolliculaire, plages érythémateuses et un manchon péripilaire.

Discussion :

Le diagnostic clinique de l'ACP n'est pas toujours clair et la biopsie peut être retardée ou souvent insuffisante pour poser un diagnostic. Dans ces cas, une bonne corrélation clinicopathologique est souvent nécessaire. La trichoscopie est une technique émergente pour l'évaluation précoce de divers troubles des cheveux et du cuir chevelu, notamment les alopécies cicatricielles primaires qui peut aider à différencier les alopécies non cicatricielles des ACP et elle s'est également avérée utile lors de la sélection du site actif de la maladie pour une biopsie cutanée.

Conclusion :

Un diagnostic précoce des alopécies cicatricielles primaires peut conduire à une prise en charge efficace et la trichoscopie pourrait être une aide utile au cours de ce processus.

La dermoscopie des sarcomes cutanés

HananRagragui Ouasmin[1];Hasnae Saddouk[1] ; Siham Dikhaye[1,2]; Nada Zizi[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 :

La dermoscopie est une technique non invasive dediagnostic des lésions cutanées et qui aide àdifférencier les anomalies bénignes et malignes. Le but de notre travail est de décrire les différents aspects dermoscopiques des sarcomes cutanés pris en charge dans notre service.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive, menée au service de Dermatologie de CHU Mohammed VI d'Oujda, étalée sur 3 ans de Janvier 2019 à Juin 2022, incluant tous les cas de sarcomes cutanés confirmés histologiquement et pris en charge dans notre service.

Résultats :

Nous avons colligés 5 cas de sarcome cutané ; 1 patient avec angiosarcome épithélioïde, 1 patiente avec myxofibrosarcome, 1 cas de sarcome à cellules claires, 1 cas de sarcome pléomorphe indifférencié et 1 patiente avec dermatofibrosarcome de Darier Ferrand. Les sarcomes cutanés représentent 6,17% de l'ensemble des tumeurs cutanées prise en charge dans notre service.

Une prédominance féminine a été notée avec un sex ratio F/H à 1.5 et une moyenne d'âge de nos patients à 44,6 ± 13,46 ans.

Le délai entre l'apparition de la lésion tumorale et la consultation était compris entre 3 mois et 13 ans avec une médiane de 12 mois [7,5 mois - 87 mois]. La localisation des lésions était principalement au niveau des membres.

Concernant l'aspect dermoscopique ; l'Angiosarcome épithélioïde était en faveur de mottes pourpres, de vaisseaux serpentins, de lignes blanches se croisant avec des zones sans structures. Le sarcome à cellules claires a objectivé la présence d'un fond hémorragique et des aires blanches, alors que le sarcome pléomorphe indifférencié a montré la présence d'un fond érythémateux surmonté par des squames blanchâtres et jaunâtre, des croûtes hémorragiques et mélicériques avec des zones de nécroses par endroit, des vaisseaux linéaire et en tronc d'arbre avec présence d'aspect laiteux et des structures blanchâtre et brillantes par endroit. La dermoscopie du dermatofibrosarcome de Darier Ferrand était en faveur de lésions nodulaires polylobées à base érythémato-violine avec une érosion centrale et quelques télangiectasies avec des structures blanches brillantes. Pour le myxofibrosarcome, l'aspect dermoscopique était en faveur d'un fond érythémateux suintant avec des vaisseaux en tronc d'arbre et des croûtes hémorragiques.

Discussion :

Les sarcomes cutanés sont des tumeurs malignes rares qui peuvent présenter une grande variété cliniques et avoir un impact considérable sur la qualité de vie.

L'angiosarcome cutané est une tumeur vasculaire agressive et représente 1% des sarcomes des tissus mous. L'examen dermoscopique peut aider le clinicien en révélant les couleurs classiques des lésions vasculaires, une gradation de rouge, de violet et de bleu. La gradation des couleurs peut être une caractéristique dermoscopique importante de l'angiosarcome cutané. En outre, il se caractérise par l'absence de structures vasculaires bien définies, telles que les lacunes et les vaisseaux avec aspect de voile blanchâtre et une zone centrale blanche. Pour le dermatofibrosarcomeprotuberans, les principaux caractéristiques dermoscopiques sont ; le réseau pigmentaire, les structures vasculaires, un aspect brun clair sans structure, des stries blanches brillantes, un fond rose et des zones hypo ou dépigmentées sans structure.

Les résultats dermoscopiques du sarcome pléomorphe indifférencié, du sarcome à cellules claires et du myxofibrosarcome sont limités dans la littérature et non spécifiques.

Conclusion :

La dermoscopie peut être un outil précieux dans la reconnaissance et le diagnostic rapide des tumeurs malignes.

La dermoscopie des mélanomes

HananRagragui Ouasmin[1];Hasnae Saddouk[1] ; Siham Dikhaye[1,2]; Nada Zizi[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 :

La dermoscopie a permis d'améliorer la détection précoce des mélanomes et d'autres cancers de la peau ainsi que la capacité à différencier les naevus des mélanomes, ce qui a permis de réduire le nombre de biopsies inutiles des lésions bénignes. Le but de notre travail est de décrire les aspects dermoscopiques des mélanomes regroupés dans notre série.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive, menée au service de Dermatologie de CHU Mohammed VI d'Oujda, sur une période de 3 ans allant de Janvier 2019 à Juin 2022, incluant tous les cas de mélanomes cutanés et unguéaux confirmés histologiquement et pris en charge dans notre service.

Résultats :

Nous avons colligés 10 cas de mélanomes ; 4 cas de type acrolentigineux, 3 cas de type nodulaire et 1 seul cas chacun pour le type achromique, unguéale et le mélanome de DUBREUILH. Les mélanomes représentent 15,87% de l'ensemble des tumeurs cutanées pris en charge dans notre service.

Aucune prédominance de sexe n'a été notée dans notre série avec un sex ratio F/H à 1 et une moyenne d'âge de nos patients à 59,2 ± 18,5 ans.

Le délai entre l'apparition de la lésion tumorale et la consultation était compris entre 4 mois et 15 ans avec une médiane de 2 ans [0,8 ans – 7,5 ans]. La localisation des lésions était principalement au niveau des pieds pour 8 patients et au niveau du visage pour 2 patients.

La dermoscopie du mélanome de DUBREUILH a objectivé un pseudo réseau pigmentaire polygonal avec destruction des orifices pilaires, un voile bleu-gris et un aspect poivré. Le mélanome acrolentigineux était en faveur d'une pigmentation irrégulière, de croûtes noirâtres et mélicériques adhérentes, un voile bleu gris et une pigmentation envahissant les crêtes et les vallées avec des zones de régression. Tandis que le mélanome achromique a objectivé un fond érythémateux avec présence de croûtes hémorragiques et jaunâtre avec des zones sans structures et des vaisseaux en virgule. Le mélanome nodulaire a montré un réseau pigmentaire irrégulier inhomogène, un voile bleu gris avec assombrissement central et éclaircissement à la périphérie, des structures blanchâtres brillantes et une croûte noire centrale, avec un aspect en chaos et une zone de régression. Concernant le mélanome unguéal, l'aspect dermoscopique était en faveur d'une pigmentation lobulaire avec signe de HUTCHINSON dermoscopique.

Discussion :

Les mélanomes ont tendance à présenter une ou plusieurs structures dermoscopiques spécifiques et révèlent généralement une distribution chaotique ou désorganisée des couleurs et des structures ce qui permet de les distinguer des naevi. La dermoscopie peut également prédire le sous-type de mélanome. Par exemple, les mélanomes sur une peau endommagée par le soleil révèlent le plus souvent des lignes anguleuses et des structures de régression. Les mélanomes

nodulaires ne présentent presque jamais de réseau ou de stries atypiques, mais le plus souvent un voile bleu-blanc ou des vaisseaux atypiques.
Il est important de souligner que la dermoscopie n'améliore pas seulement la sensibilité à la détection du mélanome, mais qu'elle permet également de réduire le nombre de biopsies de lésions bénignes, améliorant ainsi la spécificité, et facilitant la détection de tumeurs plus fines.

Conclusion :

La sensibilisation des patients et des médecins aux signes et symptômes du mélanome précoce reste primordiale et la reconnaissance des différents signes dermoscopiques est d'une importance fondamentale pour le diagnostic et la prise en charge précoce des tumeurs mélanocytaires.

Plaque alopécique de l'avant bras sous le dermoscoperévélant une teigne familiale

K. TahriJoutei Hassani1; Z. Douhi1; H. BAY BAY1; S. Elloudi1; M. Soughi1; FZ. Mernissi1

1Dermatologie, CHU de Fès, Fes, Maroc

Introduction

L'atteinte capillaire est la caractéristique principale de la teigne du cuir chevelu et de la barbe, où l'on peut voir des spores fongiques dans ou sur la tige du cheveu. Les dermatophyties de la peau glabre sont courantes et peuvent être facilement traitées avec des antifongiques topiques. Dans de rares cas, les dermatophytes envahissent les follicules pilaires ce qui entraîne une mauvaise réponse aux antifongiques topiques, nécessitant ainsi un traitement systémique . Nous en rapportons un cas.

Matériel et méthodes

Un patient âgé de 45 ans qui présentaitdeslésionsérythémateuses au niveau du tronc évoluant depuis 2 semaines.L'examen dermatologique trouvait 2 plaques érythémateuses finement squameuses à bordure circinée avec guérison centrale siégeant au niveau du tronc et de l'avant bras gauche en faveur de dermatophytie de la peau glabre . On notait également une plaque partiellement alopécique au niveau de la face antérieure de l'avant bras droit et l'examen dermoscopique trouvait des point noirs, des poils cassés courts et des poils en tire bouchon. Un examen mycologique a été demandé revenant en faveur d'une infection à Microsporon canis ce qui permis de

confirmer le diagnostic de teigne folliculaire de la peau glabre.Nous avons demandé au patient de ramener sa famille pour un examen dermatologique qui a montré la présence d'une plaque partiellement alopécique du cuir chevelu de son enfant de 10 ans avec un signe de traction focalement positif et l'examen dermoscopique montrait la présence de cheveux dystrophiques ,en zigzag et des squames blanchâtres . Les 2 patients ont été traités avec la griséofulvine orale et un antimycosique topique avec bonne amélioration.

Discussion

La teigne folliculaire de la peau glabre ou 'tineafolliculorum' a été décrite pour la première fois par Broughton dans deux cas de dermatophytie du dos. Une étude chinoise a étudié en 2018 les aspects clinico-mycologiques de l'atteinte folliculaire chez les patients atteints de dermatophytose de la peau glabre dont la plupart avaient été traités par des antifongiques, des antibiotiques ou des stéroïdes sans amélioration. L'examen dermoscopique a montré des poils infectés sous forme de poils cassés, de poils en tire bouchon, de poils frisés ou de points noirs à la surface deslésions. Les agents pathogènesétaient soit anthropophiles (sept cas de Trichophyton rubrum) soit zoophiles (six cas de Microsporum canis, trois cas de T. mentagrophytes). Les patients ont bien répondu à la griséofulvine ou à la terbinafine par voie orale, ainsi qu'aux antifongiques topiques comme le cas de notre patient. Aucune résistance aux antifongiques n'est apparue au cours du traitement.

Conclusion :

L'atteinte folliculaire de la peau glabre n'est pas aussi rare qu'on le pense et la dermoscopie est essentielle pour la déceler au cours des dermatophyties permettant un traitement efficace par antifongiques systémiques.

Dermoscopie du naevus d'ota

S.Bouabdella 1 ; S.Bensalem1 ; S.Sefraoui1; 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 d'Oujda, Université Mohammed Premier.

Introduction :

Le naevus d'Ota (NO) est caractérisé par une pigmentation maculaire généralement localisée sur le front et la région périoculaire. Il montre typiquement une distribution

dermatomale et les dermatomes des deux premières branches du nerf trijumeau sont typiquement impliqués [1,2].L'objectif de notre étude est de décrire les différents aspects dermoscopiques du NO.

Matériel et méthodes :

C'est une étudeprospective analytique incluant tous les cas de NO ayant consulté dans notre service sur une durée de 3 ans (entre 2019 et 2022). Toutes les images dermoscopiques ont été prises à l'aide du Dermlite 4®, mode lumière non polarisée et polarisée sans immersion.

Résultats :

Nous avons colligé 10 patients de sexe féminin présentant un NO dont l'âge moyen était de 23,7 ans. Les lésions étaient apparues dans la première décennie de vie chez 80 % des patients et lors de la deuxième décennie chez 20 % des cas. Le nævus était unilatéral chez 9 patients et bilatéral chez une patiente. Aucun cas de lésion similaire dans la famille n'était rapporté. Cinq patients présentaient des lésions pigmentées sclérales. La couleur était bleue chez deux patients, brune chez deux patients et grise chez les six autres. Concernant les aspects dermoscopiques retrouvés, un pseudo-réseau pigmenté était trouvé chez 2 patients, des lignes pigmentées épaisses chez 8 patients et des zones pigmentées sans structure chez 4 patients. Des globules hypo-pigmentés étaient trouvés chez 8 patients, des zones hypopigmentées sans structures chez 3 patients et un aspect de rosettes chez une patiente. Des télangiectasies étaient présentes chez 6 patients.

Discussion

Peu d'études ont étudié l'intérêt de la dermoscopie dans le diagnostic du nævus d'Ota. Les caractéristiques dermoscopiques rapportés dans la littérature sont une pigmentation homogène bleuâtre à gris ardoise [3], des zones grises sans structure et des points brun-gris dispersés [4]. Les caractéristiques dermoscopiques de l'ochronose exogène ont été rapportées dans une étude de cas comme «des globules brun foncé, des structures allongées et curvilignes semblables à des vers» [5]. Dans notre série, nous avons trouvé une prédominance de la pigmentation grise à bleutée avec des zones hypo-pigmentées, globulaires ou en rosettes. Pour la pigmentation,

elle étaient disposée sous forme de lignes pigmentées épaisses, réticulaire ou sans structures homogène. La dermoscopie permet également la distinction du NO des autres hypermélanoses faciales [6].

Conclsion :

Notre étude a pour but d'enrichir la littérature en matière de dermoscopie du NO. Ce simple outil permet de faciliter la précision diagnostique ainsi que de différencier le NO des autres hypermélanoses.

Dermoscopie des nævus bleus à propos de 50 cas

S. Chhiti, M. Soughi, FZ.Hashas, Z. Douhi, S. Elloudi, H.Baybay, FZ.Mernissi. Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction

Les nævus bleus (NB) sont des proliférations mélanocytaires dendritiques congénitales ou acquises dermiques qui peuvent simuler des lésions mélanocytaires et non mélanocytaires, notamment le mélanome, les métastases cutanées de mélanome, les nævus de Spitz/Reed et le carcinome basocellulaire.

Matériels et méthodes

Etude prospective intéressant 50 cas des nævus bleus colligé au sein de notre formation sur une période de un an. Nous avons étudié les patrons dermoscopiques de 50 nævus bleus et nous avons classé la pigmentation comme monochromatique, dichromatique ou multichromatique.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 40,5 ans (18- 63 ans). Tous nos patient étaient de phototype foncé (III,IV,V). l'apparition dans 60% des cas à l'enfance, 30% à l'adolescence et 10% à l'âge adulte. La localisation la plus fréquente était l'extrémité céphalique dans 44% des cas, suivi des membres chez 38%, le tronc dans 16% et génitale chez 6%. Cliniquement, 76% des macules, 20% des papules et 45 des nodules Dermoscopiquement, le motif bleu homogène était le plus fréquent 62%, bichromatique 30%, multichromatique 8%(bleu, gris,

noir, marron). 7 nævus bleus présentaient une dépigmentation cicatricielle blanchâtre, un nævus avait des points/globules, un des stries et un motif en forme de réseau. Une biopsie exérèse était faite chez 7 cas dont 3 de type mixte, 4 de type cellulaire.

Discussion :

le naevus bleu (NB) est fréquent, touche 1 à 3 % de la population à peau claire mais prédomine chez les sujets de phototype foncé tel le cas de nos patients. Il est parfois présent à la naissance mais apparait le plus souvent dans l'enfance et l'adolescence, même si sa survenue à un âge plus tardif, après 60 ans, reste possible.
On distingue différents types histologiques de NB selon la proportion et la densité des composantes cellulaires, l'intensité de la pigmentation et l'importance de la fibrose: le NB commun est le plus fréquent, le NB cellulaire et le NB épithélioïde beaucoup plus rares, et les formes mixtes sont possible.

Cliniquement, il s'agit d'une lésion en général unique, sous forme de macule, papule ou de nodule ferme, de petite taille, bien limitée, symétrique, lisse, de couleur bleu sombre (encre de chine) ou bleu ardoisé à noir, brun ou gris [3]. Le NB siège avec prédilection sur les membres, en particulier sur le dos des mains, la région céphalique ce qui rejoins nos patients.

Dermoscopiquement, le patron le plus retrouvé chez 80 à 95 % des cas, est le patron bleu homogène dit en bleu acier uniforme, traduisant la présence du pigment dans le derme, comme c'était le cas chez nos patients. [5—6]. Généralement , il n'y a pas de réseau pigmenté, pas de points ni de globules pigmentés, pas de vaisseaux, ni d'autres critères dermoscopiques de mélanome [7]. Cependant, Dans 21 % des cas, on peut constater des aires blanchâtres d'hypopigmentation (fibrose dermique), qu'il ne faut pas confondre avec les aires blanchâtres pseudo-cicatricielles du mélanome, de l'histiocytofibrome et du carcinome basocellulaire, des points et des globules dans 20% des cas, des stries radiaires périphériques et pseudopodes dans 4 % [8], des chrysalides et plus rarement une pigmentation diffuse brune ou noire ainsi que d'autre structure qui peut orienter vers un mélanome.

Conclusion :

Le patron bleu homogène est le plus représentatif pour les nævus bleu. Néanmoins ce patron peut se retrouver dans d'autres pathologies ayant un pronostic réservé dont le mélanome d'où la nécessité d'une exérèse chirurgicale devant toute histoire d'apparition récente ou de modification en taille ou en couleur d'un nævus bleu.

Dermoscopie du parapsoriasis à petites plaques

Choukri.Souad ,Soughi.M ; Kalmi.N ; Baybay.H , Elloudi.S ; Douhi.Z ; Mernissi.FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès ; Maroc

Introduction :

Le parapsoriasis à petites plaques (PPP) est une dermatose papulosquameuse chronique, indolente, et peu fréquente d'étiologie inconnue ; affecte le plus souvent les adultes d'âge moyen, avec une prédominance masculine . (1)

Cette pathologie peut parfois être cliniquement confondue avec desaffections similaires, d'où l'intérêt de l'utilisation du dermoscope . (2)

Nous rapportons trois observations de patients atteints de parapsoriasis à petites plaques, dont l'utilisation du dermoscope a permis d'orienter le diagnostic avant d'être confirmé par une biopsie cutanée.

Observations :

Cas N°1 :

Patiente de 44 ans, sans ATCD, consultait pour des lésions brunâtres, non douloureuses, légèrement prurigineuses siégeant au niveau du tronc et des membres, évoluant depuis deux ans, avec notion de poussées rémissions.

L'examen dermatologique avait objectivé la présence des macules pigmentées bien limitées à surface finement squameuse siègeant au niveau du tronc et des membres.

Devant ce tableau nous avons évoqué un parapsoriasis en plaque ,un Mycosis Fongoide au stade de plaques ou un eczéma.

La dermoscopie avait objectivé un fond brun orangé homogène, des squames disposées le long des sillons cutanés, Tandis qu'aucune vascularisation n'a été objectivée, devant ces données nous étions orientés vers le parapsoriasis comme diagnostic le plus probable, ce qui a été confirmé par la suite sur une biopsie cutanée.

La patiente a été mise sous photothérapie UVB généralisée (elle a reçu 20 séances jusqu'à présent) avec une nette régression des lésions

Cas N° 2 :

Patiente de 27 ans, sans ATCD, consultait pour des lésions similaires, non douloureuses, et non prurigineuses siégeant au niveau du tronc et des membres, évoluant depuis un an.

La dermoscopie avait objectivé un fond érythémateux, une vascularisation en points homogène par endroits et à disposition irrégulière par d'autres, et des squames blanchatres.

La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de PPP.

La patiente a été mise également sous photothérapie UVB généralisée avec une bonne évolution.

Cas N° 3 :

Enfant de 12 ans , Consultait pour des lésions érythémateuses, prurigineuses évoluant depuis 18 mois .

L'examen dermatologique avait objectivé la présence de plaques érythémato-pigmentées bien limitées à surface finement squameuse siègeant au niveau du tronc, des membres supérieurs et des cuisses.

La dermoscopie des plaques a objectivé un fond érythémateux par endroits et brun homogène par d'autres, ainsi que de fines squames blanchatres .

Une biopsie cutanée a été réalisée objectivant un parapsoriasis à petites plaques.

Un traitement par photothérapie UVB généralisée a été indiqué.

Discussion :

Le PPP se présente généralement avec des macules érythémateuses rondes à ovales, jaunes ou brunes et des plaques avec de fines squames. La plupart des lésions mesurent moins de 5 cm de diamètre et concernent généralement le tronc et les extrémités proximales. (1)

Ce tableau clinique peut parfois prêter à confusion avec d'autres pathologies notamment le psoriasis , l'eczéma et le mycosis fongoide au stade de plaques. D'où l'utilité du dermoscope dans l'orientation diagnostique, (2)

En effet, La dermoscopie des pathologies inflammatoires « inflammoscopie » est de plus en plus étudiée (3), néanmoins il existe très peu de rapport dans la littérature concernant la dermoscopie du parapsoriasis à petites plaques (2)

Les principales caractéristiques dermoscopiques décrites dans cette pathologie sont faits de squames blanches disposées le long des sillons cutanés et des zones oranges sans structure, corrélés respectivement avec une hyperparakératose inégale et des dépôts d'hémosidérine dans le derme en histologie ;(2)

De plus, contrairement à ses diagnostics différentiels cliniques, cette affection ne présente généralement aucune vascularisation à la dermoscopie, probablement en raison de la rareté typique de l'inflammation cutanée et de la vasodilatation au cours du PPP.(2)

Ces trois caractéristiques ont été objectivées chez deux patientes ce qui a plaidé en faveur du Parapsoriasis en plaques par rapports aux autres diagnostics différentiel évoqués.

Néanmoins, des vaisseaux en points et linéaires à disposition non spécifique ont été moins fréquemment rapportés dans la littérature (2), et c'était le cas de notre troisième patiente.

Conclusion :

Bien que l'histopathologie reste jusqu'à présent l'étalon-or pour le diagnostic final, le rôle du dermoscope pour étayer le diagnostic de PPP est non négligeable (2), d'où

l'intérêt de connaitre et chercher les différents aspects dermoscopiques décrits dans cette pathologie.

Que nous dit la dermoscopie des nævus spilus

S. Chhiti, M. Soughi, FZ.Hashas, Z. Douhi, S. Elloudi, H.Baybay, FZ.Mernissi. Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction :

Le nævus spilus (NS), également connu sous le nom de nævus lentigineux moucheté, est un trouble névoïde caractérisé par des macules ou des papules hyperpigmentée dispersées sur un fond de pigmentation. Bien que le nævus spilus soit principalement d'ordre esthétique, la transformation en mélanome est rare. Cependant, la dermoscopie est primordiale dans le diagnostic, le suivi et la surveillance de ces nævus.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude observationnelle portée sur 10 cas atteints de NS colligé au sein de notre service sur une période de 1 an. Dans tous les cas, un examen clinique et dermoscopique a été réalisé lors d'une consultation dermatologique de routine. Toutes les images dermoscopiques ont été examinées à l'aide d'un dermoscopedermlite avec et sans immersion. Dans tous les cas, le diagnostic de NS reposait sur des images cliniques et dermoscopiques, aucun des patients n'a bénéficié d'intervention chirurgicale.

Résultats :

On a colligé 4 hommes, 6 femmes, âgés de 16 à 40 ans, dont l'âge moyen était de 28 ans, Cliniquement, des NS maculaires ont été retrouvés dans tous les cas. Les lésions sont généralement situées sur le tronc et les extrémités. Chez tous les patients, le schéma le plus typique observé était réticulaire dans 7cas, parfois mêlé de composéshomogènes chez 4 cas et globulaires chez un cas. Tous les NS étaient localisés focalement sous forme de nombreuses macules inégales, de couleur variée, allant du brun clair au brun et noirâtre. À la dermoscopie, le motif réticulaire est plus fréquent (7 cas) que le motif mixte (4 cas). Le motif mixte consistait en des motifs homogènes-réticulaires et homogènes-globulaires, réticulaire-granulaire. Le motif dermoscopique des lésions ressemblait à la forme de cierges magiques.

Discussion :

le NS, également connu sous le nom de nævus lentigineux moucheté, est une lésion pigmentée caractérisée par son tableau clinique typique fait de multiples macules ou papules pigmentées au sein d'une pigmentation. Elle peut être congénitale ou acquise d'étiologie inconnue. Il n'a aucune prédilection sexuelle. Bien qu'il puisse toucher n'importe quel site mais le tronc et les extrémités sont le plus souvent touchés, tel le cas chez 9 de nos patients. Il apparaît généralement pendant la petite enfance comme chez nos patients, mais peut également apparaître plus tard dans la vie.

Dernièrement, deux sous-types distincts de nævus spilus ont été décrits comme maculaires et papuleux, avec des différences cliniques et histologiques importantes dont le risque de transformation maligne a été rapporté plus fréquemment dans le type maculaire. Dans des observations récentes de 2 134 patients atteints de mélanome, 27 avaient un NS dans une autre zone du corps, mais chez les 27 patients atteints de SN, aucun des cas n'a évolué vers un mélanome.

La dermoscopie décrit plusieurs macules circulaires et inégales d'hyperpigmentation brunâtre focale avec un réseau pigmenté subtil sur un fond brun clair et réticulaire donnant un aspect caractéristiques ressemblent à des cierges magiques, il s'agit une entité dermatologique rare, survenant dans 2,8 % des lésions pigmentées examinées (2). comme tel le cas chez nos patients.

On distingue les nævus typiques et atypiques, dans les cas typiques de NS, la dermoscopie montre un aspect réticulaire avec une absence d'atypie. Dans les cas suspects de SN atypique, la dermoscopie révèle parfois une zone hyperpigmentée avec un motif irrégulier.

En raison de la grande surface diffuse du NS dans certains cas, la dermoscopie est recommandée comme outil de diagnostic dans le suivi et la surveillance de toute progression vers le mélanome. Le risque d'apparition d'un mélanome au sein du NS est faible, mais l'auto-examen, l'observation clinique, l'imagerie photographique en série et les archives dermoscopiques restent le pilier de la prise en charge du SN car l'excision complète de ces nævus est difficile.

Conclusion :

En raison du risque de transformation en mélanome, un examen cutané régulier avec recours à la dermoscopie est fortement conseillé on montrant les aspects typiques.

Léiomyomes cutanés vus en dermoscopie : série de 6 cas (15 lésions)

C.Marmech, F.Hali, H.Rachadi, S.Chiheb

Service de dermatologie de Casablanca . CHU Ibn Rochd Casablanca

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 6 cas de léiomyomes vus en dermoscopie et confirmés à l'histologie.

Observations : Nous avons collecté 6 malades suivis pour léiomyomes cutanés confirmés à l'histologie dont 4 femmes et 2 hommes.La moyenne d'âge était de 39,9 ans et la durée moyenne d'évolution était de 13,5 ans.À l'interrogatoire,tous nos patients n'avaient pas d'antécédents particuliers, 3 avaient une notion de fibromes utérins dans la famille et aucun cas de néo rénaux. 5 malades consultaient pour un nodule cutané solitaire, de 1 cm,couleur chair(2 malades) ou violacé (3 cas) douloureux ferme et mobile siégeant sur le flanc (2 cas),le bras (1 cas) et la face dorsolatérale du pied (2 cas).Une malade présentait de multiples papulonodules fermes allant de 0,5 à 1,5 cm, de couleur rouge-brune prenant une disposition symétrique bilatérale des seins, flancs et fesses. La dermoscopie montrait un délicat réseau de couleur brun rosé (5 lésions), un centre hypopigmenté comportant des aires blanchâtres nuageuses (5 lésions) et des vaisseaux linéaires (3 lésions).On retrouvait également une hyperpigmentation centrale dans 4 lésions.

Discussion : Les léiomyomes surviennent le plus souvent dans l'utérus et le tractus gastro-intestinal. Dans de rares cas,ce type de tumeur peut être trouvé dans les tissus mous des membres, du tronc ou de la face et peuvent être disséminé sur une large surface corporelle. La dermatoscopie est de description récente.Le centre est hyperpigmenté avec des zones blanches "nuageuses", reflétant la prolifération des cellules musculaires lisses et des fibres de collagène dans le derme.Il existe un délicat réseau de fines lignes réticulaires brun rosé,à mailles régulières,de distribution homogène, tendant à se dégrader vers la bordure.Sa manifestation est due à une hyperpigmentation de la couche basale épidermique réactive. Des structures hyperpigmentées circulaires ou allongées centrales peuvent être liées à des foyers d'hyperkératose compacte. Enfin, des structures vasculaires sont parfois présentes dans les gros nodules, comme chez la plus part de nos patients.

Conclusion : Ladermoscopie en matière de léiomyome n'est pas spécifique mais, rapportée à l'histoire familiale et aux antécédents personnels, permet de conforter le diagnostic et de le différencier des autres tumeurs cutanées sensibles.

Dermoscopie de la maladie de Hailey-Hailey (4 cas)

Imane KACIMI ALAOUI, Hanane BAYBAY, Sara ELAMMARI, Zakia DOUHI, Meryem SOUGHI, Sara ELLOUDI, Fatima Zahra MERNISSI

Introduction :

La maladie de Hailey-Hailey (MHH) est un désordre cutané acantholytique rare à transmission autosomique dominante, caractérisé par une présentation clinique hétérogène. (1) Bien que l'histopathologie soit la référence en matière de diagnostic, la dermoscopie reste un outil important dans sa détection précoce. (2)

Le but de notre étude était de décrire les différentes structures dermoscopiques de MHH.

Matériels et méthodes :

Une évaluation descriptive rétrospective des images dermoscopiques appartenant à des patients suivis pour une maladie de Hailey-Hailey au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès entre juin 2017 et juin 2022.

Résultats :

Il s'agit d'une série de 4 patients, avec un sexe ratio de 1, l'âge moyen était de 45,5 ans.

Une présentation clinique typique faite de plaques circinées(3/4), des vésicules flasques sur une peau érythémateuse (2/4), des fissures, des érosions superficielles, des squames et des croûtes jaunâtres (4/4). Elles étaient symétriques(4/4), localisées

sur le cou (2/4) et les plis axillaires(3/4), sous mammaires(2/4), inter fessier(1/4) et inguinaux(3/4).

La dermoscopie a révélé : Des vaisseaux polymorphes(4/4): glomérulaires(4/4), linéaires et spiralés (3/4), sur un fond rose-blanchâtre (2/4) ou rose-jaunâtre (2/4), en forme de nuages (3/4). Des squames(3/4) et des érosions(4/4) ont également été observées. Le diagnostic de MHH a été confirmé par histologie et immunofluorescence directe. Tous nos patients ont été traités par des cyclines et dermocorticoïdes avec bonne évolution.

Discussion :

La maladie de Hailey-Hailey est une dermatose vésiculeuse rare décrite pour la première fois en 1939 par les frères Howard et Hugh Hailey. (3) Elle se présente entre la 3eme et la 4eme décennie, sous forme de vésicules, qui se rompent en érosions humides, se groupant en placards bien limités, parcourus de fissures en rhagades parallèles très caractéristiques. (1) (2) Ils sont symétriques dans les faces latérales du cou, les plis axillaires et sous mammaires, les régions inguinales et périanales. En dermoscopie, la MHH est caractérisée par la présence de zones blanches rosâtres sur un fond érythémateux donnant un motif en nuages parsemés par des sillons réalisant un patron "eniceberg", associés à une vascularisationpolymorphe faite de vaisseaux linéaires, spiralés et glomérulaires. (1) (2) (3) Nos résultats étaient concordants avec ceux de la littérature montrant l'association des patrons en iceberg et en nuage associés à la vascularisation polymorphe.

L'histologie de la MHH montre une hyperplasie de 50 % de l'épaisseur épidermique. Une dyskératose et une fente supra basale, créant un aspect dit de mur de briques délabré

L'immunofluorescence est négative. (3)

Conclusion :

Bien que le diagnostic a été obtenu par histopathologie dans tous les cas, la dermoscopie a permi l'identification de certains caractéristiques pouvant soutenir le

diagnostic précoce de la MHH, ainsi qu'une différenciation avec les différentes dermatoses cutanées les plus fréquentes.

Syndrome des ongles verts : Apport de la dermoscopie à travers 2 cas

S. Boularbah, M. Soughi, S.Oujdi, Z.Douhi,S.Elloudi,H. BayBay, F-Z Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction

Le syndrome des ongles verts se caractérise par une coloration verdâtre de la plaque de l'ongle. L'agent causal le plus souvent est le Pseudomonas aeruginosa, mais peut être également causer par une onychomycose. Nous rapportons 2 observations avec leurs aspects dermoscopiques.

Rapport de cas/Présentation de cas

Cas 1 : Une femme de 42 ans se présente avec une coloration unguéale indolore du pouce droit. La patiente a signalé qu'il n'y avait qu'une coloration blanche et jaunâtre dans la même zone pendant environ 3 ans et que la couleur verte remonte au 5 derniers mois. La patiente n'avait pas de lésions similaires ailleurs.

L'examen dermoscopique a révélé un patron polychrome constitué de zones de coloration verdâtre et jaunâtres donnant un aspect de l'auroraboréalis avec une bord dentelé blanc-jaunâtre et une hyperkératose sous-unguéale. Les examens microbiologiques ont confirmé la présence d'une infection à Pseudomonas et d'une dermatophytose a T.rubrum .

Cas 2 : Une femme de 30 ans, femme de ménage et comme antécédent un diabète sous insuline, rapporte une coloration asymptomatique de l'ongles de pouce de sa main depuis 4 ans traitée à plusieurs reprises parfloconazole orale par son médecin généraliste mais sans amélioration clinique. L'examen onychoscopique a montré un motif multicolore sur la plaque unguéale constitué de zones de coloration homogène

gris noirâtre et verdâtre rappelant un aspect de l'auroraboréalis avec une pachyonychie sans hyperkératose sous-unguéale. La préparation microscopique directe d'hydroxyde de potassium était négative, mais l'examen microbiologique a confirmé la présence d'une infection à Pseudomonas.

Discussion

Le syndrome des ongles verts (GNS) est un trouble des ongles, est provoqué le plus souvent par une infection a psodomonasaeroginisa par la sécrétion de la pyocyanine. D'autres germes saprophytes comme le Candida albicans, certains Aspergillus, le Proteus mirabilis peuvent également entraîner une chloronychie. Bien souvent,

il s'agit d'une infection mixte.

Le Pseudomonas aeruginosa est une bactérie à Gram négatif aérobie stricte, ubiquitaire, saprophyte, qui peut devenir un pathogène opportuniste, suite à plusieurs facteurs tels que les immersions et les microtraumatismes répétés par conséquent, il est courant chez femmes de ménage ; coiffeurs, les esthéticiennes. La notion de d'exposition fréquente à l'eau, atteinte de premier doigt chez les 2 cas, signifie que le traumatisme est probablement un facteur de risque important de chloronychie.

La pathologie unguéale concomitante essentiemment l'onychomycose [4] constitue un autre facteur de risque de surinfection par cette bactérie, en effet l'onycholyse concomitante constitue un espace pour l'humidité et donc un lit pour p aeruginosa. Cette infection mixte peut être confondue avec infection isolé au Pseudomonas et on sait déjà que l'isolement du champignon responsable est très difficile en raison des propriétés fongicide.

A traves nos cas, un patron polychrome verdâtre avec l'absence d'hyperkératose sous unguéal doit guider le clinicien vers l'infection à P aeruginosa isolé. Alors qu'une onycholyse et patron verdatre associe à la présence de l'hyperkératose sous unguéale peut orienter le diagnostic vers une infection mixte.

Conclusion

La dermoscopie pourrait donc aider au diagnostic étiologique des ongles verts en distinguant l'infections au Pseudomonas aeruginosa isolé de la co-infection de l'onychomycoses par cette bactérie. Notre étude corrobore les données de la littérature. Il est préférable de réserver le terme « auoraborealis » comme un aspect dermoscopique des ongles vert observé dans l'infection à P. aeruginosa et le terme « signe d'aurora verte » observé dans l'onychomycose.

La dermoscopie comme première étape dans le diagnostic de l'onychomycose : série marocaine de 300 cas

S. Boularbah, M. Soughi,S.Oujdi, Z.Douhi,S.Elloudi,H. BayBay, F-Z Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction

Les onychomycoses constituent le principal motif de consultation en matière de pathologie unguéale, En pratique, Le diagnostic repose sur la suspicion clinique et examen mycologique. Connait-il de la dermoscopie ?

Objectif de l'étude : Décrire les aspects dermoscopiques du l'onychomycose et les corréler aux aspects cliniques et au champignon responsable de l'infection.

Matériel et méthodes

Nous avons procédé à une étude prospective analytique incluant tous les cas de l'onychomycose confirmés sur l'examen mycologique ayant consulté à notre service entre 2019 et 2022.Toutes les images dermoscopiques ont été prises à l'aide du dermoscopedermlite 4, mode lumière non polarisée et polarisée sans immersion. Ont été exclus les patients ayant une autre onychopathie.

Résultats

300 patients ont été inclus. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique, dermoscopique et une confirmation mycologique. La moyenne d'âge était de 59 ans avec des extrême allant de 4 ans à 90 ans, un sexe ratio à 0,5. On notait une atteinte

polydactylique dans 98 % des cas tandis que l'atteinte monodactylique était 2%. L'atteinte des ongles des orteils était de l'ordre de 87 % suivie de celle des doigts (9 %). Alors que 4 % des cas avaient l'atteinte simultanée des mains et orteils. Les formes cliniques latero-distales et totales étaient plus fréquemment retrouvés. Les agents les plus isolés étaient le T. rubrum (75 %) et Candida albicans (16%). A l'analysedermoscopique, les signes les plus fréquemment objectivés étaient La Xantonychie (85%), les stries longitudinales (57%), les spicules (45%), l'onycholyse avec bord proximal dentelé (70%) et l'aspect en ruine (85% des cas). Une association significative a été trouvée entre l'atteinte totale avec le bord distal irrégulier et l'aspect en ruine (p = 0,001, p = 0,004). Tandis que la forme latero-distale était associé significativement avec les autres signes tels que l'onycholyse distale avec aspect dentelé (p = 0,001), les stries longitudinales, (p = 0,003), les spicules (p = 0,001) et la xanthonychie (p = 0,0001). En fin, l'onycholyse avec aspect dentelé et les spicules étaient significativement associé au T.Rubrum (p= 0,0001, p=0,0045) et la paronychie était associé au Candida albican (p=0,002).

Discussion

L'onychomycose est une infection fongique courante des ongles des pieds et/ ou des mains. Elle est causée par des dermatophytes, des levures ou des moisissures non dermatophytes. La dermoscopie est un outil de diagnostic non invasif permettant une visualisation in vivo rapide et agrandie de caractéristiques morphologiques souvent imperceptibles à l'œil nu. Peu d'étude se sont intéressées à la corrélation des aspects dermoscopiques aux résultats mycologiques. Notre étude est la plus grande série qui décrit les caractéristiques dermoscopiques des onychomycoses.

Dans notre série, le T. rubrum était l'espèce la plus fréquemment retrouvée, suivie de candida albican. Cela rejoint les résultats d'une étude tunisienne. Contrairement à une autre étude égyptienne, l'Aspergillus était le champignon le plus souvent détecté. Cette variabilité des résultats pourrait être due à la différence du climat et la répartition géographique.

En analysant les signes dermoscopiques retrouvés en fonction des aspects cliniques des onychomycoses, nous avons constaté que les résultats de notre étude, rejoint les études de Piraccini et al, (2011) et Chetana et al qui ont suggérés que L'aspect

spiculé, les stries longitudinales et l'onycholyse distale étaient significativement associés à la forme disto-latérale alors que l'hyperkeratose sous unguéale avec les bords distals irréguliers étaient associé significativement à la forme totale. D'autre part, on a trouvé que l'onycholyse avec bord proximal dentelé et les spicules étaient significativement associés à l'origine trichophytique, tandis que la paroychie est significativement associé au candida, par comparaison à une étude tunisienne, ils ont décrit que l'aspect en ruine, les stries longitudinales, les spicules, étaient significativement associés à l'origine trichophytique. Contrairement à une étude Egyptienne, Les auteurs ont analysé les signes dermoscopiques en cas d'Aspergillus par rapport aux autres espèces mais n'ont pas trouvés de différence statistiquement significative.

Conclusion

Dans notre contexte, le trichophyton rubrum est l'agent le plus fréquent, la forme latero-distale est la forme prédominant dans notre série. Nos résultats et ceux de la littérature soulignent l'intérêt de la dermoscopie

comme première étape dans le diagnostic de l'onychomycose avant la réalisation de l'examen mycologique.

Dermoscopie du mélanome achromique : Série de 15 cas.

Imane Kacimi Alaoui, Sara Elloudi, Zakia Douhi, Meryem Soughi, Hanane Baybay, Fatima Zahra Mernissi1

Dermatologie, CHU HASSAN II, FES, Maroc.

Introduction:

Le mélanome achromique (MA) représente 2% de tous les mélanomes.(1) Il est souvent diagnostiqué tardivement en raison de leur aspect clinique déroutant. Et associé à une mortalité plus élevée que le mélanome pigmenté. (2) Donc, il est essentiel de connaître ses caractéristiquesdermoscopiques pour faciliter ainsi un diagnostic précoce.

Le but de cette étude est de décrire et d'analyser les différentes structures dermoscopiques du MA.

Matériel et Méthodes :

Une évaluation descriptive rétrospective des images dermoscopiques du MA appartenant à des patients suivis pour un mélanome cutané au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès entre Juin 2010 et Juin 2022.

Résultats :

Nous avons colligé 15 patients (10 hommes et 5 femmes) ayant un MA parmi 180 patients suivis pour mélanome cutané, l'âge moyen était de 65 ans.

La forme anatomoclinique du mélanome primitif était: un nodulaire chez 8 patients (53%), acrolentigineux chez 5 (33%), et un mélanome à extension superficielle chez un patient. Sa localisation était plus fréquente au niveau plantaire (9 patients,60%), suivi des jambes (4 patients, 26%), puis le cuir chevelu et le visage (un cas pour chacun, 6%).

Les principales structures dermoscopiques du MA identifiées dans notre série sont présentées dans la Figure 1 et le tableau .

Les aires rouges laiteuses ainsi que le patron vasculaire polymorphe étaient les plus fréquents chez tous nos patients.

Discussion:

Bien que le MA ne représente que <2% de tous les mélanomes cutanés, (1) il contribue largement à une mortalité élevée, et peut imiter plusieurs tumeurs cutanées ou pathologies inflammatoires, ce qui peut retarder ainsi son diagnostic. (2) Il se présente sous forme d'une macule, nodule ou tumeur érythémateuse peu ou non pigmentée.

La dermoscopie permet de poser le diagnostic positif ainsi de le différencier des autres pathologies.(1)

Dans notre étude, la prévalence du MA était plus fréquente à 8%, et nos résultats dermoscopiques étaient concordants avec ceux de la littérature.(2)(3) Nous avons a pu trouver que les zones rouges laiteuses, les aires blanchâtres sans structure et la vascularisation polymorphe sont également des caractéristiques prédictives communes et utiles.

Une étude sur un échantillon plus large semble nécessaire afin de définir plus clairement les aspects dermoscopiques du MA, notamment sa corrélation avec le phototype et le profil génétique

Les rosettes : un nouveau signe dermoscopique de la sarcoïdose cutanée ?

S.KARIMI, O.HOCAR, S.AMAL, M.ABOUDOURIB

Service de Dermatologie, Hôpital ARRAZI CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Laboratoire science et santé

Université Cadi Ayyad

Introduction :

Les lésions dermatologiques au cours de la sarcoïdose sont très polymorphes, la dermoscopie est un outil simple et non invasif qui aide au diagnostic.

Les aspects dermoscopiques les plus souvent décrits sont à type de zones jaune-orangées, vaisseauxarborisants, vaisseaux linéaires, zones blanchâtres centrales amorphes, fond érythémateux ou jaune orangé, globules jaune-orangés et stries blanchâtres

Nous rapportons un cas de sarcoïdose cutanée révélant des structures blanchâtres brillantes organisés en rosettes à la dermoscopie, qui est un aspect jamais rapporté dans la littérature.

Observation :

Mr S.C âgé de 35 ans, ayant sarcoïdose cutanée et pulmonaire retenu devant des nodules érythémato-violacés, lupoïdes, ECA élevé, un granulome épithelio-giganto-cellulaire sans nécrose caséeuse à l'histologie cutanée et adénopathies médiastinales à la TDM thoracique.

L'examen au dermoscope en lumière non polarisée retrouvait des zones jaune-orangées, plusieurs vaisseaux linéaires et arborisants, reposant sur un fond érythémateux et des zones blanchâtres centrales amorphes. En lumière polarisé, on retrouvait des rosettes de petite taille localisées au centre des lésions.

Discussion :

La dermoscopie a prouvé son utilité dans la sarcoïdose cutanée. En effet, elle permet de mettre en évidence les granulomes et de visualiser les structures dermiques vasculaires.

Les signes dermoscopiques décrit par Ramadan et al sont : un fond rosé homogène, des vaisseaux sanguins arborescents, des vaisseaux linéaires courts, des zones orangées translucides, zones blanchâtres cicatricielle, et des squames blanches.

Les structures blanchâtres brillantes ou chrysalides sont visible en dermoscopie polarisée et peuvent s'organiser en lignes ; parallèles ou perpendiculaire ; sous forme circulaire ou ovalaires, par de grandes zones sans structure ou en rosettes.

Ces rosettes sont formées par quatre points blancs, disposés comme un trèfle à quatre feuilles (4) ,et dont le diamètre mesure entre 0.2 mm et 0.5 mm.. Leur forme est attribuable à un effet optique de la lumière polarisée et à son interaction avec les orifices annexielles rétrécies ou remplies de kératine. (6) Sur le plan histologique, elles correspondent à l'hyperkératose des ostiums folliculaires alternant avec un couche corné d'épaisseur normale.

Elles sont non spécifiques, retrouvées souvent dans les kératoses actiniques, mais également le carcinome basocellulaire, le carcinome épidermoide, et le mélanome. Et peuvent s'observer dans certaines pathologies inflammatoires tel que le lupus discoide, le lichen plan, et les cicatrices. Mais jamais décrit parmi les signes dermoscopiques de la sarcoïdose cutanée.

Conclusion :

L'utilisation de la dermoscopie au cours des pathologies inflammatoires tel que la sarcoïdose aide à affiner l'examen clinique et orienter la biopsie cutanée.

L'originalité de notre observation consiste à la mise en évidence des structures blanchâtres brillantes en rosettes dans lésions de sarcoïdose; qui est un signe non décrit dans la littérature.

TEIGNE DE L'ADULTE ;

QUAND LA DERMOSCOPIE ORIENTE LE DIAGNOSTIC

S.KARIMI, O.HOCAR, S.AMAL, M.ABOUDOURIB

Service de Dermatologie, Hôpital ARRAZI CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Laboratoire science et santé

Université Cadi Ayyad

Introduction

La teigne est une infection fongique superficielle causée par l'invasion des cheveux et des poils par des dermatophytes. Cette infection concerne principalement les enfants préadolescents et rarement observée chez l'adulte, chez qui elle présente certaines particularités cliniques nécessitant la recherche de facteurs favorisants locaux et généraux.

Nous rapportons le cas d'une teigne de l'adulte dont le diagnostic était évoqué devant l'aspect en trichoscopie.

Observation

Mme A.S âgée de 64 ans, ménopausée, suivie depuis 20 ans en consultation de dermatologie pour psoriasis et vitiligo, traitée par dermocorticoïdes et photothérapie avec bonne réponse clinique. Qui se présentait pour des lésions érythemato-squameuses prurigineuses du visage évoluant depuis 2 mois. L'examen clinique révélait de multiples plaques arrondies, érythémateuses et légèrement squameuses en périphérie, localisées au niveau du front, des sourcils, de la pointe du nez et des deux joues. Au niveau du cuir chevelu, on retrouvait trois plaques partiellement alopéciques érythémateuses surmontées de fines squames jaunâtres, situées en fronto-temporal dont la plus grande mesurait 4cm/3cm. La trichoscopie montrait un fond érythèmeux, des squames jaunâtres, et des cheveux en tire-bouchon. Le diagnostic d'une infection mycosique était fortement suspecté.

L'examen microscopique direct des squames du cuir chevelu et du visage révélait de nombreuses spores avec parasitisme endotothrix, et isolait un trichophyton violaceum après 3 semaines de culture.

Sur la base des résultats clinico-dermoscopiques et microbiologiques, le diagnostic de mycose du cuir chevelu et de la peau était établi.

La prise en charge thérapeutique consistait à la griséfulvine 1g par jour pendant 6 semaines.

L'évolution était marquée par la disparition totale des lésions du visage, la régression des signes dermoscopiques de teigne et le début de repousse des cheveux.

Discussion :

La teigne du cuir chevelu est une infection fongique fréquente chez l'enfant. Son incidence exacte chez l'adulte est méconnue mais généralement faible. Seulement 3 à 5 % des teignes de la tête surviennent après la puberté.

La trichoscopie (dermoscopie capillaire) est très utile pour détecter la teigne du cuir chevelu avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 83 %.

Chez les adultes, le Trichophyton tonsurans est la principale espèce fongique responsable des teignes aux États-Unis, Canada, Mexique et en Amérique centrale. Tandis que Trichophyton violaceum est plus répandu en Afrique, Inde, Thaïlande et en Iran ; ce qui était similaire à notre patiente. Dans certains pays européens et asiatiques, dont la Corée, le Microsporum canis est le principal agent pathogène identifié.

De multiples facteurs de risque ont décrits dans les séries des teignes chez l'adulte : diabète,

immunosuppresseurs, l'utilisation prolongée de stéroïdes tropicaux ou systémiques et anémie.

D'autres facteurs prédisposant était le contact avec des animaux ou directement avec une personne infectée. Dans la littérature, on rapportait une incidence plus élevée de teigne de l'adulte (46,4 %) chez les femmes ménopausées, et cela s'explique par l'involution des glandes sébacées suite à une diminution des taux d'œstrogènes sanguins.

Chez notre patiente, deux facteurs sous-jacents ont été retrouvé l'application des dermocorticoides et la ménopause, ce qui permet d'expliquer cette occurrence.

Conclusion :

L'originalité de notre observation réside dans le fait que le diagnostic était évoqué grâce à l'aspect trichoscopique, alors que le motif de consultation portait sur des lésions du visage atypiques.

Ainsi, on insiste sur l'importance d'un examen clinique exhaustif complété par la dermoscopie, ce qui permet d'augmenter la sensibilité de celui-ci.

Aspect dermoscopique et anatomopathologique particulier d'un lichen pigmentogène

Bouraqqadi O, Soughi M, Kozmane S, Douhi Z, Elloudi S, Baybay H, Mernissi FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

Le lichen pigmentogène est une variante rare du lichen plan. Il est caractérisé par une pigmentation maculeuse acquise de couleur brune-grisâtre, localisée sur les zones photo exposées. Il s'associe au virus l'hépatite C, l'exposition au soleil et des produits de contact comme l'huile de moutarde et le nickel. Nous rapportons une forme inhabituelle chez une patiente.

Observation :

Patiente âgée de 52ans, de phototype IV, asthmatique depuis 25ans sous corticothérapie orale et inhalée par automédication, suivie pour diabète cortisonique sous régime seul et une insuffisance corticotrope sous hydrocortisone, consultait pour une pigmentation des joues. L'examen clinique trouvait de multiples macules pigmentées mal limitées des joues et du front. La dermoscopie trouvait une pigmentation homogène le long des sillons palmaires probablement en rapport avec son insuffisance corticotrope, un pseudo-réseau au niveau temporal et malaire, une pigmentation périfolliculaire en anneau au niveau péribuccal. Devant cet aspect particulier, une biopsie cutanée au niveau péribuccal objectivant un aspect compatible avec un lichen pigmentogène au stade évolué avec atteinte pilaire.

Discussion

Le lichen pigmentogène est l'une des causes des pigmentations faciales, dû à une réponse lichénoïde inflammatoire entraînant une incontinence pigmentaire marquée. On distingue 3 formes cliniques : la forme réticulaire, la forme mouchetée et la forme Blaschko-linéaire.

Plusieurs aspects dermoscopiques ont été rapportés dans la littérature : des points et des globules à distribution linéaire en ourlet, arciforme en lettre chinoise, réticulaire ou encore un fond pigmenté périfolliculaire dessinant les ostia. Cependant, aucune étude n'a décrit la pigmentation annulaire périfolliculaire isolée sans atteinte de la peau inter folliculaire, une particularité dermoscopique rapportée pour la première fois chez notre patiente.

Quant à l'aspect histologique, l'atteinte folliculaire pourrait suggérer une association possible à une alopécie frontale fibrosante (AFF) selon quelques auteurs, chose qu'on n'a pas trouvé chez notre patiente, d'où l'intérêt d'un examen minutieux des phanères lors de chaque consultation, à la recherche de signes précoces d'une AFF, pour meilleure prise en charge.

Conclusion :

Le lichen pigmentogène est une pathologie inflammatoire chronique qui peut avoir plusieurs présentations cliniques, dermoscopiques et anatomopathologiques, cependant une atteinte annulaire périfolliculaire isolée est décrite pour la première fois chez notre patiente.

Un patron parallèle aux crêtes : ce n'est pas toujours un mélanome

Bouraqqadi O, Soughi M, Douhi Z, Elloudi S, Baybay H, Mernissi FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

Le mélanome acro-lentigineux est le type de mélanome le plus fréquent dans notre contexte, son diagnostic est souvent guidé par la dermoscopie qui trouve un patron parallèle aux crêtes avec une spécificité de 99 % selon la littérature. Néanmoins, ce patron peut également être présent dans plusieurs lésions acrales bénignes, dont les hyperpigmentations induites par la chimiothérapie.

Il est donc important de bien interpréter ce motif, ainsi que l'histoire clinique et l'évolution.

Nous rapportons 6 cas d'hyperpigmentation acrale avec un patron parallèle aux crêtes post-chimiothérapie.

Matériels et méthodes :

Une étude descriptive réalisée sur un échantillon de 50 patients traités par différents protocoles de chimiothérapie, chez qui on avait réalisé un examen clinique et dermoscopique

à la recherche de macules pigmentées palmoplantaires avec précision du patron pigmentaire dermoscopique.

Résultats :

On avait colligé 34 femmes et 16 hommes. L'âge moyen était de 54 ans (extrêmes 25 ans-92 ans).

Seulement 8 patients de phototype 4 présentaient une pigmentation acrale bilatérale, dont 3 avaient une pigmentation palmaire isolée, et 5 avaient une pigmentation palmoplantaire. La dermoscopie objectivait une pigmentation parallèle aux crêtes chez 6 patients, parallèle aux sillons chez 2 autres. 1 patiente présentait une lésion suspecte avec un voile bleu gris à la dermoscopie, parmi d'autres d'allure bénignes, pouvant évoquer un mélanome acro-lentigineux associé.

Ces patients étaient mis sous capecitabine, carboplatin, cisplatine ou bevacizumab, pendant une durée allant de 3 à 24 mois, avec un délai d'installation de 2 à 3 semaines pour la capecitabine, et un délai plus long pour les autres molécules.

Discussion :

Les lésions acrales pigmentées représentent souvent un challenge diagnostique, dans lequel la dermoscopie joue un rôle important en permettant l'identification des patrons spécifiques de bénignité ou de malignité.

Les pigmentations induites par les différents traitements anticancéreux, comme la bevacizumab, cisplatin, carboplatin et capecitabine, sont observées quelques semaines à quelques mois après le début du traitement, le plus souvent chez des patients de phototype foncé, avec une atteinte palmoplantaire bilatérale, faite de multiples macules brunes diffuses, avec à la dermoscopie un patron parallèle aux crêtes épargnant les ouvertures de canaux eccrines, à différencier des pigmentations ethniques qui ont un patron parallèle aux sillons.

Conclusion :

Malgré la clinique rassurante vu la multiplicité des lésions, un examen dermoscopique doit être systématique devant toute lésion suspecte pour ne pas passer à côté d'un mélanome, diagnostiqué à tort comme une hyperpigmentation induite.

Maladies infectieuses :

Un cas de zona bilatéral : une rare observation

F.Amaaoune; O. Handi, M.Aboudouraib; O.Hokar; S.Amal

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Med VI, Marrakech-Laboratoire de bioscience et santé-FMPM-Université QuadiAyyad

Introduction:

Le zona est une maladie virale causée par la réactivation du virus varicelle-zona latent endogène , provoquant typiquement une éruption vésiculaire unilatérale douloureuse dans un seul dermatome. Chez les patients immunodéprimés, le zona peut parfois impliquer plusieurs dermatomes, et peut être bilatéral ce qui est est extrêmement rare. Nous rapportons un cas de zona lombo-sacré bilatéral et symétrique chez une jeune femme immunodéprimée.

Observation:

Une femme de 30 ans, ayant comme antécédents un diabète de type I sous insuline , admise en réanimation pour prise en charge d' acidocétose diabétique, chez qui on a récemment diagnostiqué une leucémie aiguë myéloïde, qui avait présenté 2 jours après son admission une éruption douloureuse bilatérale et symétrique au niveau des hanches et des fesses.

L'examen dermatologique a révélé de petites papules et vésicules sur une base érythémateuse, réparties à peu près au même niveau des deux côtés de la région lombo- sacrée et s'étendant vers la région glutéale supérieure, du dermatome L2 à S1. Les aires ganglionnaires inguinales étaient libres à l'examen. Le diagnostic de zona bilatéral a été évoqué devant l'aspect clinique et le terrain immunodéprimé.

L’hémogramme a révélé une une anémie à 7,5 g/dld’hémoglobine .Les leucocytes étaient à 49 000/µL (neutrophiles : 5 %, lymphocytes : 3 %) et le taux de plaquettes à 27 000/µL . L'examen de la moelle osseuse montrait 88 % de blastes.

La patiente a été mise sous aciclovir en intraveineux à 10 mg/kg/8 h pendant 10 jours ,associé à des antalgiques. Les lésions et l'inconfort ont disparu 20 jours après de traitement.

Discussion:

Le zona affecte généralement un seul dermatome.Chez les personnes immunodéprimées, les lésions peuvent parfois impliquer plusieurs dermatomes , bilatéraux ou inhabituels.L'atteinte de multiples dermatomes est rare et impliquent souvent les dermatomes cervicaux.

Le zona bilatéral qui est une présentation atypique du zona dont le taux d'incidence est inférieur à 0,1% , semble avoir des symptômes plus sévères que la forme commune du zona . Le dermatome thoracique est le plus souvent atteint.Environ 40 cas de zona bilatéral ont été rapportés dans la littérature selon une étude récente ,dont 21 cas de zona bilatéral asymétrique et 19 cas de zona bilatéral symétrique.

Dans notre cas de zona bilatéral affectant multiples dermatomes , la localisation au niveau des dermatomes lombaires et sacrés est inhabituelle. Une revue de la littérature a révélé seulement 3 cas de zona survenant bilatéralement dans les mêmes dermatomes lombaires, et un cas touchant les nerfs sacrés chez un transplanté rénal.

Les mêmes traitements indiqués dans la forme commune du zona, ont été utilisés empiriquement pour cette condition, et pour la plupart des patients ; l’évolution était favorable à l'exception d'un cas rapporté de zona bilatéral chronique chez un patient immunodéprimé présentant une résistance à l'aciclovir.

Conclusion:

Nous avons rapporté une présentation atypique de zona quant à sa localisation, qui selon les données de la littérature, ne semble pas représenter un facteur de risque de mauvais pronostic.

Zona ophtalmique chez un jeune patient immunocompétant : penser à la thyroïde !

Younes Benyamna, Khedija Bennani, Soukayna Kabbou, Salim Gallouj
Service de dermatologie-vénéréologie Tanger-Tetouan-Alhoceima

Introduction :
Le zona ophtalmique se caractérise par une éruption vésiculaire unilatérale suivant le dermatome du V1 accompagnée d'une douleur radiculaire, causée par la réactivation du virus varicelle-zona (VZV) dormant dans les ganglions de la racine nerveuse trigéminale ou dorsale après une infection primaire par la varicelle.
La diminution de l'immunité à médiation cellulaire chez les individus immunodéprimés conduit à la réactivation du VZV.
Sa prévention et son diagnostic précoce chez les individus sensibles sont essentiels pour réduire la morbidité par des complications dévastatrices telles que la kératite, le glaucome, la nécrose rétinienne aiguë ou l'atrophie du nerf optique.
Nous rapportons ici un cas de zona ophtalmique chez un jeune patient ayant comme antécédents une hyperthyroïdie pour laquelle il a été traité «par excès».

Observation :
Il s'agit d'un patient âgé de 23 ans, ayant comme ATCDs une hyperthyroïdie avec trouble de rythme sous Carbimazole 10 mg et Bisoprolol 5mg admis pour placard rouge douloureux œdématié de la région périorbitaire gauche.

4 jours auparavant, le patient rapporte des vésicules au niveau du nez qui se sont étendues vers le front et la région périorbitaire gauche. L'évolution a été marquée par l'apparition d'un œdème des paupières supérieure et inférieure gauches avec douleur périorbitaire.

À l'examen, on trouve un patient conscient apyrétique, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, avec présence de croutes hémorragiques au niveau de la région périorbitaire et frontale.

L'examen ophtalmologique a éliminé des complications oculaires.

La recherche de VIH a été négative, la glycémie à jeun était normale (0,98 g/l) et le reste du bilan biologique était normal mis à part une hypothyroïdie : T4 à 2.5 µg/dL avec TSH à 5.2 UI/L. À l'interrogatoire, le patient rapporte une modification de son traitement 8 jours auparavant. Les doses ont été augmentées soudainement de 5 mg à 10 mg.

Le patient a bénéficié d'un traitement antiviral (valaciclovir 1g, trois fois par jour) avec vitaminothérapie et traitement antalgique, ainsi que des soins locaux avec bonne amélioration.
Discussion :
L'âge avancé et l'immunosuppression due au VIH, à la transplantation rénale et au diabète sont les principales causes de réactivation du VZV.

L'atteinte cornéenne dans le zona peut être une kératite neurotrophique, pseudodendritique ou stromale.
Les hormones thyroïdiennes jouent un rôle essentiel dans le système immunitaire, le système nerveux et la transduction des signaux cellulaires, ainsi que dans l'expression des gènes, la réduction au silence, la latence et la réplication virale.
Une étude a montré une réduction de la réplication et de la libération du virus de l'herpès simplex (HSV) par des cellules contenant la T3 ; et après le retrait de la T3, le virus a conservé la capacité de se répliquer et de se réactiver.
Une perturbation de l'équilibre thyroïdien pourrait donc être responsable d'une réactivation du VZV, par un mécanisme similaire, puisque les deux virus appartiennent à la famille des alpha-herpès virus, avec un degré élevé d'homologie génomique, une fonctionnalité protéique et une structure de virion similaires.
Des études rétrospectives révèlent une multiplication par trois de la réactivation du VZV en cas de perturbation de l'équilibre thyroïdien.
L'hypothyroïdie soudaine secondaire de la modification du traitement de l'hyperthyroïdie serait responsable du zona ophtalmique chez notre patient.

Conclusion

Notre patient a présenté un zona ophtalmique après un surtraitement de son hyperthyroïdie.
Les patients souffrant d'une maladie thyroïdienne et ayant des antécédents de varicelle-zona ont besoin d'une stabilité de la maladie thyroïdienne pour éviter une réactivation.

Syndrome de Ramsay-Hunt sans atteinte du conduit auditif externe ou de la conque

M.A. Ennaciri, S. El Khaoua, A. Kinany, N. Hjira, M. Boui

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

Introduction

Le zona est une maladie due au VZV qui a un tropisme nerveux. Ce tropisme nerveux, va donner des manifestations dermatologiques dans le territoire asservi par le nerf en question. Si le zona intercostal est fréquent, le zona avec syndrome de Ramsay-Hunt l'est moins, mais est beaucoup plus problématique du fait de l'atteinte du nerf facial associée.

Observation

Un patient âgé de 40ans, sans antécédents particuliers, consulte aux urgences, sans notion de signes otologiques ou de vertiges, pour une paralysie faciale périphérique avec des lésions vésiculopustuleuses groupées en bouquets sur une base érythémateuse non infiltrée en rétroauriculaire droit (région mastoïdienne). Le pavillon de l'oreille n'était pas douloureux à la palpation et il n'y avait pas de lésions

au niveau de la conque ou du conduit auditif, et le tympan était d'aspect normal. L'examen avait retrouvé une adénopathie sous angulo-mandibulaire droite sensible, mobile et molle.

Devant le caractère aigu de son zona avec paralysie faciale, le patient a été hospitalisé pour administration d'antiviraux et de corticothérapie IV. Des examens complémentaires ont été réalisés. La numération formule sanguine ne retrouvait pas d'anomalie des lignées, la CRP était légèrement augmentée à 8,6mg/L. La sérologie HIV était négative. La glycémie à jeun était à 1,36g/L

Discussion

La définition du syndrome de Ramsay-Hunt n'est pas unanime dans la littérature. Robillard et Al le définissent par la triade : douleurs auriculaires + paralysie faciale périphérique + lésions zostériennes sur le tractus auditif externe, la conque ou d'autres dermatomes cervicaux. Sweeney et Al le définissent comme l'association de paralysie faciale périphérique et de lésions zostériennes auriculaires ou sur la muqueuse orale. Malin et Al le définissent comme un zona auriculaire associé à une paralysie faciale périphérique et à des lésions d'autres nerfs crâniens et des troubles sensoriels sur les dermatomes cervicaux

Les manifestations cutanées du zona auriculaire donnant le syndrome de Ramsay-Hunt se situent classiquement dans la zone de Hunt. La zone de Hunt comprend le tympan, le conduit auditif externe et la conque.

Au vu de l'anastomose avec des fibres sensitives d'autres nerfs crâniens et nerfs cervicaux ou à l'implication d'autres ganglions sensitifs, les lésions cutanées peuvent se manifester au-delà de la zone de Hunt. Les atteintes cutanées au-delà de la zone de Hunt peuvent concerner l'oreille externe en entier, la zone d'innervation hémifaciale du nerf trijumeau, et les segments cutanés de C2 à C4

La variabilité des territoires d'atteinte cutanée au cours du syndrome de Ramsay-Hunt est expliquée par des anastomoses individuelles entre les nerfs crâniens et les nerfs cervicaux

Conclusion

Notre patient remplissait 2 critères sur 3 de Robillard, ne remplissait par le deuxième critère de Sweeney, et ne remplissait pas les critères de Sweeney

Notre patient avait vraisemblablement un syndrome de Ramsay-Hunt avec atteinte cutanée dans le territoire C2

Le patient a bien évolué sous traitement antiviral IV, corticoïdes IV avec des séances de rééducation faciale
Peut-être est-il nécessaire de développer de nouveaux critères de diagnostic du syndrome de Ramsay-hunt
Le patient a bien évolué sous antiviraux et corticothérapie IV. Des séances de rééducation faciale ont été nécessaires

Ecthyma gangrenosum au point d'injection de l'insuline une complication à craindre

K.JAATAR, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL

Service de dermatologie, CHU mohamed VI de Marrakech, Laboratoire bioscience et santé, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad

INTRODUCTION :

Ecthyma gangreneux (EG), est une vascularite nécrosante, connue en dermatologie comme une manifestation cutanée de la septicémie aux bacilles gram négatif, particulièrement à Pseudomonas aeruginosa . Cette affection concerne plus les patients immuno-déprimés. Par ailleur l'EG aux bacilles gram positif reste extrêmement rare (1)

OBSERVTION :

Il s'agit d'une femme de 43 ans suivie depuis 4 ans pour un diabète type 1 sous insuline qui a été admise aux urgences du CHU pour la prise en charge d'une décompensation acidocétosique, chez qui l'examen clinique trouve un placard inflammatoire infiltré sous ombilical de 1cm de grand axe centré par une ulcération

profonde à bords surélevés et nécrotiques avec un fond purulent, évoluant depuis 1 semaine et coïncidant avec le site d'injection de l'insuline. Un bilan biologique a été réalisé objectivant un syndrome inflammatoire modéré avec GB à 9450 et une CRP à 64, un prélèvement bactériologique a été réalisé revenu en faveur d'un StaphMéti S raison pour laquelle la patiente a été mise sous Ertapénème pendant 14 jours, avec équilibration de son diabète.

Une bonne évolution clinico-biologique a été notée

DISCUSSION :

L'ecthyma gangréneux (EG) est un syndrome anatomoclinique lié à une infection cutanée par un micro-organisme qui envahit massivement les parois des petits vaisseaux cutanés, à l'origine d'une nécrose localisée. L'aspect clinique caractéristique est celui d'une ou de plusieurs macules érythémateuses douloureuses qui deviennent purpuriques, bulleuses et nécrotiques en leur centre, évoluant vers des ulcérations nécrotiques plus ou moins infiltrées cernées par un halo inflammatoire(2) .

L'EG est classiquement associé à une infection par Pseudomonas aeruginosa, aussi bien qu'un large éventail de bactéries gram négaif y compris (Aeromonashydrophila, Klebsiella pneumoniae, Serratia marcescens, Xanthomonas maltophilia, Morganellamorganii, Escherichia coli, et Citrobacterfreundii), qui ont aussi été rapportés comme agents causaux (1).

L'association à une infection par cocci gram positif est extrêmement rare, spécialement l'EG au Staphméti S où le premier cas de littérature a été publié en 2014. (2)

CONCLUSION :

L'ecthyma gangréneux reste une affection rare de physiopathologie mal élucidée, notre cas représente une entité encore plus rare due à un germe inhabituel au site

d'injection de l'insuline, ce qui met le point sur l'importance de l'asepsie même dans un geste banal comme l'auto-injection quotidienne d'insuline

La gale : une simulatrice bien déroutante ! A propos de 5 cas.

S. Zakaryaa[1], F. Hali[1], H. Rachadi[1], I. Chikhaoui[2], A. Kelati[2], S. Chiheb[1]

[1]Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca.

[2] Service de dermatologie et vénérologie, Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa, Casablanca.

Mots clés : Gale- atypique-dermoscopie.

Introduction

La gale est une ectoparasitose dont le diagnostic est essentiellement clinique ; certaines formes atypiques prêtent à confusion avec d'autres affections infectieuses ou allergiques. L'atteinte unguéale est rare, essentiellement retrouvée dans les formes chroniques et peut en être révélatrice. Nous rapportons 5 cas atypiques de gale.

Observations

1/ Patient de 58 ans ayant présenté depuis 3 mois un prurit généralisé. L'examen clinique a retrouvé des lésions papuleuses excoriées, des vésicules interdigitales et une hyperkératose sous-unguéale. Le scotch test était revenu négatif et le benzoate de benzyle a été appliqué sans amélioration. La notion de prise récente de bétabloquants a fait évoquer une toxidermie. L'examen dermoscopique péri-unguéal a révélé le signe du deltaplane et le patient a été traité par ivermectine.

2/ Patiente de 50 ans ayant présenté des lésions prurigineuses généralisées depuis 1 an avec automédication aux dermocorticoïdes. L'examen clinique a retrouvé des lésions papuleuses érythémateuses excoriées avec hyperkératose sous-unguéale. Le scotch test était négatif mais un prélèvement parasitologique sous-unguéal a objectivé un Sarcoptes Scabiei. La patiente a été traitée par ivermectine.

3/ Patiente de 62 ans ayant comme antécédent un Syndrome de Sharp s'est présenté pour un rash maculo-papuleux généralisé prurigineux depuis 6 semaines. La patiente était traitée comme toxidermie par corticothérapie avec aggravation de la symptomatologie. L'examen a révélé des lésions maculo-papuleuses, des lésions nodulaires ainsi qu'une atteinte interdigitale confirmant une gale à la dermoscopie. La patiente a été traitée par benzoate de benzyle.

4/ Patient de 14 ans ayant présenté depuis 20 jours un prurit généralisé aggravé par l'automédication aux dermocorticoïdes. L'examen a retrouvé des lésions papulo-pustuleuses prurigineuses et ombiliquées au niveau péri ombilical, axillaire, cuisses et interdigital associées à des lésions papulo-nodulaires excoriées au niveau des OGE. Le scotch test et des sérologies virales étaient négatifs ; le patient a été traité par benzoate de benzyle.

5/ Patient âgé de 71 ans, diabétique sous ADO, ayant présenté depuis 3 mois une éruption papuleuse prurigineuse généralisée. Au bilan : ANCA+ ; absence de dépôts d'immunoglobulines à l'étude histologique. Le scotch test était négatif et la TDM TAP sans anomalies. L'interrogatoire a révélé un prurit familial et l'examen dermoscopique a révélé le signe du deltaplane ; le patient a été traité par ivermectine.

Discussion

L'originalité de nos observations réside dans leurs présentations atypiques ayant conduit à un retard diagnostique. L'examen dermoscopique ainsi que

l'étude parasitologique des prélèvements sous unguéaux sont des examens clés du diagnostic positif. Il est également nécessaire de sensibiliser les patients aux dangers de l'automédication aux corticoïdes.

Une dermatite atopique compliquant un érysipèle chez un nourrisson

S. Ben Salem[1]; H.Daflaoui[1]; K.Kaddar[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 :

L'érysipèle est une dermo-hypodermite non nécrosante (DHNN) aigue, due le plus souvent au streptocoque béta hémolytique du groupe A et dont le diagnostic est clinique. Il touche avec prédilection les adultes et les sujets âgés mais il peut affecter aussi les enfants. On rapporte un cas d'un érysipèle dont la porte d'entrée correspondait à des lésions de dermatite atopique chez un nourrisson.

Observation :

C'était un nourrisson de 10 mois, de sexe masculin, suivi depuis l'âge de 4 mois pour une dermatose non documentée évoluant par poussée rémission faites de lésions papuleuses et vésiculeuses prurigineuses, admis pour une grosse jambe rouge droite évoluant depuis 3 joursavant son admission suite à une poussée de sa dermatose. À l'examen clinique on trouvait, un enfant conscient, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, fébrile à 39 °C. L'examen dermatologique objectivait un placard érythémateux œdémateux chaud à la palpation mal limité, circonférentiel centré par une lésion érosive surmontée par une croute hémorragique siégeant au niveau de la jambe droite sans purpura ni crépitations neigeuses et sans zones de nécrose. On notait également une xérose cutanée et la présence de multiples lésions papuleuses

érythémateuses excoriées et des lésions érosives arrondies au niveau du tronc, du visage, des membres inférieurs et supérieurs avec une disposition symétriques

Le bilan biologique quant à lui avait objectivé une hyperleucocytose de 19500/mm3 à prédominance polynucléaires neutrophiles à 11040/mm3 avec une CRP à 319 mg/l.

Le diagnostic de DHNN fut retenu compliquant une dermatite atopique dans sa forme mineure avec un SCORAD à 10.

L'enfant fut mis sous Amoxicilline protégée à la dose de 80mg/kg/j et acide fucidique local au niveau des lésions impétiginisées avec une bonne évolution clinique et biologique après 72h de traitement. Nous sommes donc passés à la voie orale avec une durée totale de 14 jours. Un bilan de contrôle dont une protéinurie de 24 h était normal à 3 semaines de son hospitalisation.

Discussion :

La DHNN est une infection des tissus cutanés qui touche essentiellement les adultes entre 35 et 40 ans et plus rarement les enfants avec une moyenne d'âge de 5 ans. Elle doit systématiquement faire rechercher une porte d'entrée sous forme d'intertrigo, de mycose interdigitale, de plaies, de piqûre ou d'ulcère. Notre cas est intéressant devant l'âge très jeune du nourrisson (10 mois) et devant la porte d'entrée qui correspond aux lésions de dermatite atopique pour laquelle il est suivi. Cliniquement elle se manifeste brutalement par une fièvre associée à l'apparition d'un placard érythémateux, œdématié, chaud, et douloureux, siégeant dans plus de 85 % des cas, aux membres inférieurs. Le diagnostic est clinique, mais un bilan biologique fait de NFS et CRP est nécessaire (4). Les Complications peuvent être locales ou générales.

Parmi les multiples critères d'hospitalisation on retrouve l'âge inférieur à 1 an comme notre cas. La prise en charge repose alors sur une antibiothérapie faite d'amoxicilline ou d'amoxicilline protégée (50-80 mg/kg/j) en cas de doute sur la possibilité d'autres bactéries en cause. Il est aussi impératif de traiter la porte d'entrée. L'évolution est en général favorable en 48h.

Conclusion :

La DHNN du nourrisson est une entité rare, bénigne, mais tout retard diagnostic peut être responsable de séquelles fonctionnelles handicapantes.

La Gale norvégienne

Introduction

La gale est une infestation de la peau par un acarien Sarcoptes scabiei. La gale entraîne des lésions prurigineuses intenses avec des papules érythémateuses et des sillons sur les espaces interdigitaux, les poignets, les aisselles et les organes génitaux. La gale norvégienne est due à une diminution de la réponse immunitaire, permettant aux acariens de proliférer pour atteindre un nombre de plusieurs millions; la desquamation des plaques érythémateuses implique souvent les mains, les pieds, et le cuir chevelu et peut se généraliser. Le diagnostic est surtout clinique et mise en évidence de l'acarien

Observation

Patient 77 ans, ATCD de trouble cardiaque sous Sintrom 4mg ½ comp/j; présenté à notre service de dermatologie pour érythrodermie sèche, le début remonte à 1 mois par apparition des lésions érythémateux-squameuse, prurigineuse au niveau des membres supérieures puis lésions érythémato-squameuse généralisé épargnant visage et cuir chevelu. L'examen dermatologique a révélé que Lésion érythémateux squameuses généralisé discrètement infiltré, Éruptions hyperkératosique au niveau des aisselles et partie inférieure du dos, (Fig. 1 et 2). Petit papule dans les bras, avant-bras, tronc et Fissure palmoplantaire. L'examen ganglionnaire révélé: adénopathie axillaire droite. Le diagnostic différentiel comprend : Psoriasis, Eczéma, Mycosis fongoïde et syndrome de Sézary. Des explorations biologiques ont été réalisées, et n'ont pas montré de perturbations rénales,

hépatiques, ou du métabolisme glucidique, avec un taux d'urée à 0,22 g/l, Une créatinine à 8 mg/l, ASAT à 20 UI/l, ALAT à 14 UI/l, et une glycémie à jeûne à, 05 g/l. la CRP < 5,

D'autres explorations ont été réalisées, vu l'âge du patient, notamment, un hémogramme plus frottis: hyperéosinophilie à 1600, absence de cellule de Sézary.

Un dosage de PSA, vitesse de sédimentation, dosage des lactico-déshydrogénases, ainsi qu'un bilan lipidique, et ont toutes étaient normales. Les sérologies viraux étaient négatives, L'étude histologique d'une biopsie cutanée, a montré un épiderme légèrement acanthosique et spongiotique surmonté d'une couche de kératine othokeatosique et montrant focalement des amas de polynucléaires neutrophiles réalisant l'aspect d'un abcès corne, le derme sous-jacent abrite un infiltrat inflammatoire de densité légère à modérée, lymphoplasmocytaire à disposition périvasculaire. Ces constatations histologiques d'un dermatitespongiotique, absence de signe de malignité. Un examen parasitologique de recherche d'ectoparasites trouve les sarcoptes scabie. Ont permis de retenir le diagnostic de la gale norvégienne. Après avoir établi le diagnostic, le patient a été mis sous Benzoate de benzyle (Ascabiol® lotion 1%) et Ivermectine (Stromectol ®cp 3 mg):Dose uniquede 200 ug/kg per os.

Discussion

La gale norvégienne est une forme rare de gale profuse. Elle s'observe chezlespatients immunodéprimés (traitement immunosuppresseur, infection VIH), la prolifération parasitaire est considérable, responsable d'une contagiosité extrême et de difficultés thérapeutiques. Le prurit peut être discret, voire absent. Cette forme de gale est suspectée devant une érythrodermie prurigineuse avec hyperkératose palmoplantaire « farineuse ». Le tableau clinique peut simuler alors diverses dermatoses squameuses : le psoriasis, la dermite séborrhéique ou une toxidermie.

Les infestations sont cosmopolites. La gravité est liée à l'état immunitaire du patient.

Le traitement repose sur des scabicides locaux ou parfois l'ivermectine par voie orale

La lèpre au Maroc : une maladie toujours d'actualité

Najoua.AMMAR*, Sara.KERROUM ,Laila.BENZEKRI, Kawtar.Znati', Karima.SENOUCI*

*Service de dermatologie et de Vénérologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V rabat

'Service d'anatomo-pathologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V rabat

Abstract :

La maladie de Hansen est une affection rare et peu connue dans les pays développés. Selon la stratégie de l'OMS, la lèpre n'est plus un problème de santé publique au Maroc.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons une observation de lèpre lépromateuse borderline chez une patiente révélée par une éruption maculopapuleuse.

Observation :

Une patiente âgée de 71 ans, nous a été adressée pour bilan étiologique d'une dermatosemaculo-papuleuse chronique, siégeant au niveau du dos, tronc et des membres. A l'interrogatoire, la malade rapportait des troubles de sensibilité des extrémités, à type de paresthésies, en gant et en chaussette sans trouble moteur associé. L'examen clinique retrouvait des plaques cuivrées, infiltrées, mal limitées, sans hypoesthésie, ni anhidrose. L'état général était conservé. L'examen ne montrait pas d'adénopathie ni d'hypertrophie des nerfs périphériques

Résultats :

L'histologie cutanée objectivait la présence d'un infiltrat inflammatoire dermique constitué de lymphocytes et d'histiocytes périvasculaire et annexiel. À la coloration de Ziehl-Neelsen, de multiples bacilles acido-alcoolo-résistants, évocateurs de bacille de Hansen, étaient observés. Le prélèvement bactériologique du lobule de l'oreille était positif avec un index bactériologique à 4 croix. La patiente présentant une lèpre multibacilaire, le schéma thérapeutique recommandé par l'OMS a été débuté, reposant sur une trithérapie incluant dapsone, clofazimine et rifampicine. Une amélioration clinique et bactériologique a été obtenue au bout de six mois de traitement. Un dépistage actif dans l'entourage proche de la patiente a été réalisé

Discussion :

La lèpre ou maladie de Hansen est une infection chronique, à tropisme cutané et nerveux. Même si elle reste un problème majeur de santé publique dans certains pays, elle est rare au Maroc, et sévit dans les régions rurales et enclavées du nord. L'expression clinique dépend de la qualité de la réponse immunitaire. Elle est polymorphe et représente un continuum dont les deux tableaux extrêmes sont la lèpre tuberculoïde et la lèpre lépromateuse.

Selon la classification de l'OMS, notre malade avait une lèpre multibacillaire, car comportant plus de cinq lésions cutanées, infiltrées symétriques mal

limitées et confluentes du tronc. Dans la classification de Ridley et Jopling, la malade était classée, entre une forme lépromateuse polaire et une forme borderline lépromateuse Le traitement de la lèpre repose sur la poly-chimiothérapie antilépreuse. Les associations et la durée de traitement varient en fonction de la forme de lèpre.

Conclusion :

Malgré les progrès réalisés à l'échelon national dans la lutte anti-lépreuse, la lèpre est encore loin d'avoir disparue. Cette observation confirme la nécessité, chez un patient originaire de pays d'endémie lépreuse, d'évoquer le diagnostic de lèpre devant toutes lésions cutanées atypiques inexpliquées

Un rare cas de lèpre révélant une infection par le virus de l'immunodéficience humaine acquise

F.Amaaoune1 ; W.Zidan2 ; M. Aboudouraib1; O.Hokar1; S.Amal1
1: Service de Dermatologie, CHU Med VI, Marrakech
2 : Département de Dermatologie, Centre Hospitalier Régional Hassan 2, Agadir

Introduction

La lèpre ou maladie de Hansen est une maladie infectieuse chronique provoquée par le bacille Mycobacterium leprae. La lèpre lépromateuse est une entité clinique qui est devenue rare de nos jours avec l'adoption de la polychimiothérapie dans le monde entier. Dans la co-infection VIH/lèpre, La

lèpre survient souvent en tant que syndrome inflammatoire de reconstitution immune (IRIS) induit par le traitement antirétroviral. Rarement, la lèpre lépromateuse est rencontrée dans le cadre d'un déficit immunitaire sévère non traité.
Nous rapportant le cas d'un patient de 41 ans avec une présentation clinique atypique d'une lèpre lépromateuse ayant justifié la recherche d'infection concomitante par le VIH.

Observation

Patient de 41 ans, célibataire, sans antécédents pathologiques particuliers, qui consultait pour des lésions cutanées évoluant depuis 5 ans, indolores et non prurigineuses, diffuses au niveau du visage, le tronc et les membres évoluant dans un tableau d'altération de l'état général et d'apyrexie.
L'examen général trouvait un patient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique. L'examen dermatologique trouvait de multiples papules et nodules fermes, luisants, de couleur brune, violacée et cuivrée, symétriques, bilatérales, indolores, normo-esthésiques, surfaces lisse, multiples, de tailles variables, siégeant sur une peau saine au niveau du visage, les oreilles, le thorax, le dos, les membres et les paumes des mains. On notait aussi la présence des plaques rugueuses et verruqueuses au niveau de la face dorsale des 2 mains avec des macules achromiques, brunes et violacées au niveau du dos. La palpation des nerfs périphériques, l'examen sensitif et moteur étaient normale de même que le reste de l'examen somatique. Des biopsies cutanées effectuées sur un nodule et une plaque verruqueuse ont montré un derme massivement occupé par un infiltrat inflammatoire diffus avec renforcement péri sudorale et périvasculaire. Cet infiltrat est essentiellement constitué d'histiocytes à cytoplasme pale prenant l'aspect de cellules spumeuses de Virchow et renferment de nombreux bacilles de Hansen groupés en globi confirmant le diagnostic de la lèpre lépromateuse fortement bacillifères.

La biologie sanguine avait objectivé une anémie ferriprive et une lymphopénie. La sérologie HIV demandée devant le polymorphisme lésionnel, l'AEG et la lymphopénie revenue positive avec une charge virale très élevée et un taux de CD4 effondrée. Les sérologies hépatiques et syphilitique étaient négatives. Les explorations thoracique, cardiaque, abdominale étaient normales.

Une polychimiothérapie type OMS multibacillaire associant la rifampicine, la clofazimine et la dapsone a été prescrite et le patient a été adressé au service des maladies infectieuses pour la prise en charge de son infection rétrovirale.

Discussion

La lèpre est une maladie connue depuis l'Antiquité. C'est une maladie infectieuse, transmissible, due à Mycobacterium leprae ou bacille de Hansen. La lèpre lépromateuse, qui est la forme multi-bacillaire, se manifeste généralement par des lésions non inflammatoires, macules hypochromiques et papulo-nodules érythémateux normo-esthésiques, d'apparition progressive comme c'était le cas chez notre patient.

L'incidence de la lèpre chez les patients infectés par le VIH est 18 fois plus importante dans les 3 mois suivant l'introduction des antirétroviraux (ARV) que chez les patients non traités. La lèpre peut ainsi se présenter en tant que syndrome inflammatoire de reconstitution immune (IRIS). Cet IRIS est défini par l'apparition, chez un patient infecté par le VIH profondément immunodéprimé (CD4<200/mm3), d'une lèpre et/ou d'un état réactionnel de type 1 ou 2 développés dans les 6 mois suivant l'introduction des antirétroviraux (ARV), associés aux critères classiques d'un IRIS (baisse de la charge virale>1 log et augmentation des CD4).

Il a été démontré que les lymphocytes T CD4, les principales cellules cibles de l'infection par le VIH, sont en nombre normal sur les biopsies des lésions lépreuses. Le derme contient des macrophages spumeux remplis de bacilles, mais peu de lymphocytes CD4+ et CD8+, et pas de granulome organisé, donc un faible risque de recrutement de cellules infectées par le VIH par rapport au granulome de la tuberculose. Ce paradoxe n'a été étudié que chez les

patients avec une co-infection VIH-lèpre paucibacillaire, par conséquent, on ne peut déduire des résultats similaires en absence des études chez ce groupe de patients. La faible réponse de l'immunité a médiation cellulaire (IMC) dans la lèpre lépromateuse est secondaire au faible nombre de CD4 périphériques, reflétant ainsi ce qui semble être une évolution parallèle, bien que progressant indépendamment.

On peut supposer que la lèpre lépromateuse chez un patient VIH implique un taux de CD4 périphérique très bas, ce qui suggère une immunosuppression sévère. Ce type de co-infection est rarement observé, probablement en raison de la longue période d'incubation de la lèpre. Les patients, au moment du diagnostic du VIH, peuvent être déjà décédés par des infections opportunistes liées au stade SIDA avant de présenter une lèpre lépromateuse.

Conclusion :

Rarement, la lèpre lépromateuse peut être rencontrée dans le cadre d'une immunodéficience sévère non traitée comme c'était le cas chez notre patient. Le dépistage du VIH dans le cas de la lèpre lépromateuse doit être envisagée chez les patients présentant des manifestations cutanées atypiques, telles que la lèpre verruqueuse.

Nodule de ORF de la main : à propos de 5 cas

L.Elyamani1 ;Y.Jaoudeh 1 ; H.Ragragui 1, H.Daflaoui 1;I.Ouadi 1 ; S.Dikhaye 1,2 ;N.Zizi 1,2

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

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

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

Introduction :

La maladie d'ORF ou ecthyma contagieux est une affection transmise à l'homme par les ovins. Elle est due à un virus dermotrope, spécifique de la famille des parapox-virus.

Le but de notre travail est de déterminer le profil épidémiologique , clinique et évolutif des patients présentant un nodule de ORF de la main.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive réalisée au service de Dermatologie-CHU d'Oujda étalée sur une période de 3 ans allant du mois de septembre 2019 jusqu'au mois de septembre 2022 colligeant tous les patients présentant une maladie de ORF de la main.

Les caractéristiques épidémiologiques , cliniques , thérapeutiques et évolutives ont été évaluées.

Résultats:

Au total 5 patients atteints de maladie de ORF ont été inclus (Tableau 1). L'âge moyen de nos patients était de 29 +/- 16 ans avec une prédominance féminine (un sex-ratio F/H= : 4).

L'anamnèse et l'examen clinique étaient évocateurs chez tous nos patients; un contact direct avec les ovins durant la fête du sacrifice a été retrouvé dans tous les cas avec un délai d'incubation moyen de 10 + /- 2 jours.

L'examen dermatologique a retrouvé une localisation au niveau de la main chez tous nos patients avec un aspect clinique typique, fait d'une papule jaunâtre prenant parfois une couleur blanc-perlé, évoluant vers un aspect en pseudo-cocarde.

Deux patients de notre série ont présenté une complication du nodule de ORF; 1 cas de surinfection et 1 cas d'érythème polymorphe.

Le traitement préconisé était la désinfection par des antiseptiques locaux et de l'acide fuscidique topique dans le cas de la surinfection. L'évolution était favorable chez tous nos patients avec un délai moyen de cicatrisation de 17+ /- 7 jours

Tableau 1

Épidémiologie	***N°***	1	2	3	4	5
	Age	25 ans	54 ans	31 ans	7 ans	32 ans

	Sexe	M	F	F	F	F
	Contage direct	+	+	+	+	+
	Siège	Face dorsale du doigt	Paume de la main	Face latérale du doigt	Face latérale du doigt	Face dorsale du doigt
Complications	***Surinfection***	+	_	_	_	_
	Érythème polymorphe	_	_	+	+	_
Traitement	***Antiseptiques***	+	+	+	+	+
	Acide fuscidique topique	+	_	_	_	_
	Chirurgie	_	_	_	+	_
Évolution	***Délai de cicatrisation***	30jours	14 jours	20 jours	10 jours	14 jours

Discussion :

Les résultats de nos patients confirment les données de la littérature où la période d'incubation de la maladie de ORF varie de 3 à 10 jours avec la présence de lésions uniques ou multiples affectant principalement les mains et le visage [1].

Le diagnostic est clinique basé sur la notion de contage avec les ovins et l'aspect clinque caractéristique , le recours à l'isolement du virus, la culture tissulaire ou le test (PCR) sont des techniques coûteuses, peu disponibles et non indispensable au diagnostic [1].

Le nodule de ORF doit être différencié du nodule des trayeurs . L'aspect clinique est très proche, mais le contage exclusivement bovin de cette affection permet de redresser le diagnostic [2].

Deux complications sont classiques et constituent un argument de plus en faveur de la maladie. Le plus souvent, il s'agit d'une surinfection bénigne et plus rarement, on note un érythème polymorphe localisé [2].

Le traitement conservateur associé à un antiseptique local sont recommandés pour prévenir l'infection bactérienne. La cryothérapie où lecidofovir topique peuvent être utilisées pour les grandes lésions. De faibles doses de stéroïdes systémiques et des antihistaminiques sont utiles dans le traitement de l'érythème polymorphe secondaire à la maladie de ORF [1].

Conclusion :

La maladie de Orf reste une affection virale bénigne pouvant provoquer des épidémies après la fête du sacrifice dans les pays musulmans. Nous recommandons une vaccination des ovins contre l'ecthyma contagieux ainsi que le port de gants devant tout contage direct ou indirect avec les ovins

Le médecin généraliste et les infections cutanées : quelle prise en charge ?

M. SIDKI, S. IBZER, M. ABOUDOURIB, S. AMAL, O. HOCAR Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI de Marrakech, Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction

Les infections cutanées représentent un motif fréquent de consultation. Le médecin généraliste est souvent le premier intervenant face à ces pathologies. Le but de notre enquête était de déterminer l'importance de ce motif en pratique courante, et d'évaluer la prise en charge.

Matériel et méthodes

Etude descriptive menée à travers un questionnaire anonyme conçu avec le logiciel Google Forms, envoyé aux médecins généralistes exerçant dans la région de Marrakech. Il comprenait des questions portant sur la fréquence et la prise en charge des différents types d'infections cutanées, et un quiz avec des images.

Résultats

Nous avons obtenu 86 réponses. Les infections cutanées constituaient un motif de consultation pour 100% des médecins, dont 49% recevaient plus de 10 patients par mois. Les infections bactériennes étaient dominées par

l'impétigo (84%), les abcès cutanés (70%), les furoncles (65%) et l'érysipèle (51%). Les infections fongiques par les onychomycoses (79%), le pityriasis versicolor et les candidoses cutanées (79%). Les infections virales par la varicelle (83%), l'herpès labial (74%) et le zona (72%). Les ectoparasitoses étaient dominées par la gale (97%). Concernant les infections bactériennes, la prescription des antiseptiques était systématique chez 63% des médecins, et l'association des antibiotiques locaux et oraux chez 18,6%. Les molécules préconisées étaient : l'amoxicilline acide-clavulanique (93%) et la flucloxacilline (67,4%). Pour les infections fongiques, 37% des praticiens ne demandaient jamais de prélèvement mycologique. Les antifongiques oraux étaient dominés par le fluconazole (88%), les principaux antifongiques locaux étaient : imidazolés (83%), terbinafine (79%) et griséofulvine (79%). Concernant les infections virales, les antiseptiques étaient systématiques chez 60%. Les antiviraux par voie orale étaient prescrits cas de zona, notamment chez l'immunodéprimé, ou d'herpes récurrent. L'aciclovir était le plus utilisé (83%), souvent associé à la voie topique (51%). L'avis du dermatologue était demandé devant la difficulté de la prise en charge ou l'échec thérapeutique, 11% avaient déclaré ne jamais avoir recours à cet avis. Sur le quiz, la staphylococcie de la face était diagnostiquée par 67,4% des médecins. Les lésions herpétiques n'étaient reconnues que par 34%, et le furoncle que par 33%, confondus par le reste avec l'impétigo, la syphilis et l'abcès cutané. Le besoin en formation était exprimé par 100% des participants.

Discussion

Notre étude démontre la fréquence importante des infections cutanées dans la pratique des médecins généralistes. Bien que la reconnaissance de ces dermatoses semble être aisée, notre enquête avait objectivé qu'une difficulté peut être rencontrée dans la reconnaissance et la différenciation des types d'infections. L'évaluation de la prise en charge thérapeutique a révélé la fréquence de prescription des antiseptiques, en association souvent avec les

antibiotiques. La combinaison des voies orales et topiques était fréquente et systématique chez certains médecins, ce qui a été également démontré par une étude française. Les indications au traitement antiviral notamment par voie orale n'étaient pas claires dans la majorité des cas, la réticence face à cette prescription a été constatée aussi lors d'une étude réalisée aux Pays-Bas, démontrant que le traitement oral était utilisé uniquement chez les patients immunodéprimés, ou en cas de tableau clinique sévère. La prescription d'antiviraux topiques représente une attitude plus confortable chez la majorité des médecins. Les infections fongiques cutanées étaient plus aisées à reconnaître et prendre en charge. Cependant, l'absence de réalisation de prélèvement mycologique au niveau des phanères mène vers une prise en charge plus vague et parfois non adaptée.

Conclusion

Cette étude met le point sur l'attitude des médecins généralistes face aux infections cutanées couramment rencontrées. Le besoin de tous les participants en formation continue reflète les difficultés rencontrées et la volonté de développer leurs compétences afin d'assurer une meilleure prise en charge

Un rare cas d'Orf avec de multiples lésions de siège inhabituel

F.Amaaoune; O.Handi ; M.Aboudouraib; O.Hokar; S.Amal

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Med VI, Marrakech-Laboratoire de bioscience et santé-FMPM-Université QuadiAyyad

Introduction :

L'orf, ou ecthyma contagiosum, est une zoonose due à un virus de la famille des Poxviridae, sous-famille des chordopoxvirinae et du genre parapoxvirus, qui atteint essentiellement les ovins et les caprins, ainsi que les petits ruminants. Les premiers cas ont été décrits à la fin du XIXe siècle, et le nom de la maladie est un mot irlandais désignant la maladie du mouton.

L’Orf se présente essentiellement sous forme d’une lésion solitaire au niveau des mains. Nous rapportons un cas chez un enfant de 13 ans avec de multiples lésions de siège inhabituel avec une lente évolution sur 3 mois.

Observation :

Il s’agit d’un enfant de 13 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui s’est présenté pour deux lésions cutanées non prurigineuses apparues 2 mois avant sa consultation au niveau de sa jambe gauche et une lésion au niveau de son gros orteil apparue un 1 mois après. Le patient ne rapportait pas une notion de blessure ou d’exposition à une lésion similaire mais il avait rapporté un séjour à la ferme avec notion de contact avec les moutons. L’examen dermatologique trouvait 2 nodules ulcéro-crouteux, douloureux, entourés d’un halo érythémateux au niveau de la face postérieure de la jambe gauche associés à une papule ombiliquée en voie de cicatrisation au niveau du gros orteil droit.

La biopsie cutanée réalisée avait montré un épiderme hyperplasique, réalisant des crêtes allongées, et dans lequel on voit un territoire de nécrose prédominant en surface sous la forme de kératinocytes ballonisés et clarifiés. Le derme renfermait un infiltrat lymphocytaire dense, et volontiers une intense néo-angiogenèse, formant des capillaires dilatés associés à un œdème dermique. Le diagnostic d’Org a été confirmé et un nettoyage des lésions avec une solution antiseptique a été proposé. La guérison des lésions a été obtenue 4 semaines après.

Discussion :

L’orf est une zoonose cosmopolite due à un parapoxvirus ayant un tropisme pour les cellules épidermiques. L’infection, ou ecthyma contagiosum est endémique dans de nombreux troupeaux de moutons et de chèvres. Les lésions des animaux sont surtout localisées sur le museau. L’homme se contamine au contact des animaux infestés, y compris les enfants, par

inoculation directe (simple contact avec des lésions ou des croûtes ou morsure. La contamination peut se faire également de façon indirecte (clôtures, mangeoires, litières, fourrage), du fait de la survie possible du virus dans le milieu extérieur pendant des mois, voire des années. La contamination interhumaine est exceptionnelle. Les localisations préférentielles sont représentées par la main (90 % des cas). Après une incubation variable de 3 jours à 4 à 6 semaines, la lésion évolue classiquement en six stades de 6 jours : maculo-papule, aspect en cible (pustule centrale érythémateuse, anneau blanc, anneau externe érythémateux), phase exsudative, nodule sec puis papillomateux, croûte sèche. La lésion est souvent douloureuse, en dehors de toute surinfection, et régulièrement accompagnée d'une lymphangite et/ou adénite. Des formes géantes sont rapportées chez le sujet transplanté et en cas de traitement anti-TNF-alpha. La description d'éruptions vésiculobulleuses de type érythème polymorphe ou pemphigoïde bulleuse (absence d'ADN viral dans les bulles) est singulière.

Les diagnostics différentiels sont représentés par la tularémie, le granulome à corps étranger du trayeur et surtout, une infection à pyogènes à l'origine de gestes chirurgicaux intempestifs.

En cas d'infestation d'un animal, il faut appliquer des mesures d'isolement. Chez l'homme, les lésions régressant spontanément, le traitement n'est que symptomatique, les soins locaux par des antiseptiques ayant pour but de limiter les surinfections. Chez les sujets immunodéprimés, un traitement local est conseillé par imiquimod ou cidofovir et des antibiotiques en cas de surinfection. Un curetage chirurgical est utile en cas de lésion importante, ne répondant pas au traitement médical. Cette maladie est immunisante de façon transitoire chez l'homme, expliquant les recontaminations, qui sont alors plus discrètes. Il existe un vaccin chez l'animal. La prophylaxie est basée sur le respect de règles d'hygiène avec des vêtements

de protection, (blouses, gants) pour manipuler les ovins et les caprins ainsi que la viande de ces animaux pour la vente.

Conclusion :

La prévention de l'orf est basée sur un bon suivi sanitaire des animaux, le respect d'une bonne pratique de l'alimentation des animaux, d'une bonne hygiène et de la propreté des bâtiments d'élevage, avec une ventilation efficace. Il faut effectuer un changement régulier de la litière avec une élimination rigoureuse des déchets organiques. Enfin, la prévention du personnel nécessite de pouvoir disposer d'un point d'eau, de savon liquide, de produits désinfectants, et de trousse d'urgence.

Profil épidemio-clinique de la tuberculose cutanée.

R. Ajaaouani ; F. Hali ;H.Rachadi; S. Chiheb

Service de dermatologie vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :

La tuberculose cutanée est encore fréquente. Elle représente 1 à 2 % des tuberculoses et 0,1 à 1 % des différentes pathologies cutanées. Il s'agit de la 5e forme extrapulmonaire. Le but de notre travail est de réévaluer le profil épidémio-clinique de cette entité au sein de notre service.

Matériel et méthodes :

C'est une étude rétrospective réalisée dans un service de dermatologie, concernant les cas de tuberculose cutanée hospitalisés ou diagnostiqués au centre de consultation entre janvier 2006 et mars 2021. Les données cliniques et épidémiologiques ont été recueillies dans une fiche d'exploitation.

Résultats :

Soixante-quatorze cas ont été colligés, avec un sex-ratio H/F de 0,89 (35 hommes et 39 femmes). L'âge moyen était de 40,3 ans (2–82 ans). 90% des patients étaient de bas niveau socio-économique. Un antécédent personnel de tuberculose a été noté dans 16 % des cas alors qu'un antécédent familial dans 26 % des cas. Aucun cas de VIH n'a été identifié. Le délai diagnostique moyen était de 12 mois. Les gommes et scrofulodermes prédominaient dans 59,4 % des cas, suivis par l'érythème induré de Bazin (28,3 %), le lupus tuberculeux (5,79 %), la tuberculeuse verruqueuse (4,34 %) et la tuberculose périorificielle (2,89 %). Une atteinte extra-cutanée était associée dans 29 % des cas, et elle a révélé chez 3 patients une tuberculose multifocale. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive chez 91,3 % des cas et la biopsie a révélé un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec ou sans nécrose dans 89,8 % des cas. L'évolution sous antituberculeux a été marquée par 16 % de rechute essentiellement des cas d'érythème induré de Bazin.

Discussion :

En comparant avec les données de la littérature, notre série se caractérise par la prédominance féminine avec un sex ratio (0,89 versus 1,07), l'augmentation de l'âge moyen (40,3 ans versus 29 ans), l'augmentation des cas de l'érythème induré de Bazin qui est devenue la 2e forme clinique et la mise en évidence du granulome épithélio-giganto-cellulaire dans (89,8 % versus 57 %). La prédominance des formes de tuberculose cutanée à type de scrofuloderme et de gommes, témoigne de l'endémicité de cette affection dans notre pays. On ne trouve pas d'association au VIH, principal facteur de résurgence de cette infection dans les pays développés. La tuberculose cutanée demeure cependant rare et de diagnostic difficile en raison du polymorphisme des tableaux anatomocliniques, de la multiplicité des diagnostics

différentiels et d'un certain flou nosologique de certains formes cliniques, d'où l'intérêt dans notre contexte d'utiliser les techniques de biologie moléculaire pour la mise en évidence du bacille de Koch dans les formes pauci bacillaires.

Dermohypodermite non nécrosante en pelure d'orange

I.BEJJA, H.BAYBAY, Z.DOUHI, S. ELLOUDI, M.SOUGHI, FZ.MERNISSI

Service dermatologie, CHU HASSAN II de Fès

Introduction :

L'érysipèle (ou dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante, DHBNN) est une infection bactérienne aiguë du derme et de l'hypoderme responsable d'une inflammation locale associée à des signes généraux. Le diagnostic reste clinique, des formes atypiques trompeuses sont possibles pouvant retarder la mise en route d'un traitement antibiotique bien adapté et évoluer vers un tableau engageant le pronostic vital.

Nous en rapportons un cas.

Observation :

Patiente de 45 ans, sans antécédents particuliers qui se présentait aux urgences pour prise en charge d'une induration du sein droit et rougeur de l'hémi-tronc homolatéral évoluant depuis 20jours.

L'examen clinique a révélé un placard induré inflammatoire intéressant l'hémi-tronc droit avec un sein prenant un aspect en peau d'orange surmonté d'un décollement cutané en ses quadrants externes évoluant dans un contexte de fièvre chiffrée à 40°C et d'altération de l'état général.

Devant la suspicion d'un contexte paranéoplasique, un bilan radiologique fait d'échographie mammaire et de TDM cranio-cervico-thoraco-abdomino-pelvienne a été réalisé n'objectivant pas de lésions suspectes.

L'avis dermatologique était sollicité et l'examen clinique a mis en évidence une écorchure de pouce constituant une porte d'entrée sans adénopathies inflammatoires homolatérales, ainsi le diagnostic d'une DHBNN a été retenu.

La patiente a été mise sous tri –antibiothérapie (Amoxicilline protégée +Fluoroquinolone +Métronidazole) et un traitement de la porte d'entrée avec une bonne évolution clinico-biologique.

Discussion :

L'érysipèle est une dermatose infectieuse bactérienne fréquente dont le diagnostic est clinique. Le streptocqoue béta-hémolytique du groupe A est le plus souvent en cause.

Dans sa forme typique, la DHBNN se manifeste par un placard œdémateux localisé, rouge vif, chaud, à bords plus ou moins nets, d'apparition brutale et d'extension rapide en surface, accompagnée d'une élévation thermique et de frissons.

Les deux sites de prédilection de la DHBNN sont la jambe et le visage mais d'autres topographies peuvent être atteintes. C'est le cas de notre patiente ayant présenté un tableau clinique et de siège atypiques avec un aspect en pelure d'orange évoluant dans un contexte fébrile faisant suspecter initialement un cancer du sein inflammatoire motivant la réalisation d'un bilan paranéoplasique. L'examen dermatologique a révélé une petite écorchure de pouce comme porte d'entrée ; il s'agissait en fait d'un tableau limite entre une fasciite nécrosante et une DHBNN polymicrobienne justifiant sa mise sous tri-ATBiothérapie à effet bactéricide ciblant à la fois les bactéries gram positif, gram négatif et les anaérobies avec une bonne amélioration clinico-biologique.

Conclusion :

Il s'agit d'une observation originale d'un cas atypique d'érysipèle montrant l'intérêt d'un examen clinique minutieux avant toute imagerie à la recherche d'une porte d'entrée permettant ainsi la mise en route précoce d'un traitement adapté.

Gommes inguinales révélant une tuberculose multifocale chez un immunocompétent

S.Boughaleb1; S.Elloudi1; S.Chhiti1; Z.Douhi1; M.Soughi1; H.Baybay1; FZ. Mernissi1; N.Elbouardi2

1 Dermatologie, Centre hospitalier universitaire Hassan II, Fès, Maroc;

2 Laboratoire de neurosciences - faculté de médecine et de pharmacie - usmba, Radiologie - Centre hospitalier universitaire Hassan II, Fès, Maroc

INTRODUCTION

La tuberculose sévit toujours à l'état endémique dans certains pays. Les localisations extra pulmonaires sont rares et l'atteinte cutanée n'en représente que 2%.

Son diagnostic est souvent difficile du fait du polymorphisme lésionnel et de la difficulté d'identification du bacille de Koch. Nous rapportons le cas d'un patient chez qui la présence de gommes inguinales a révélé une infection tuberculeuse multifocale.

OBSERVATIONS

Il s'agit d'un patient de 58 ans, sans antécédents, qui consultait pour deslésions inguinales et pubiennes d'évolution gommeuse progressant depuis 1 an, associées à une altération de l'étatgénéral, un amaigrissement, et une notion de troubles du transit intermittents. L'anamnèse ne trouvait pas de contage tuberculeux ni de notion de rapports sexuels non

protégés. L'examen objectivait de volumineux nodules sous cutanés de consistance tantôt ferme tantôt molle, des ulcérations et des cicatrices rétractiles au niveau des plis inguinaux et en sus pubien. Les autres plis étaientépargnés. Les sérologies syphilitique, HVB et HIV étaientnégatives. L'intradermoréaction à la tuberculine ainsi que la recherche de bacilles dans les crachats étaient aussi négatives.

Les explorations à la recherche d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin étaient normales. L'échographie réalisée montrait des adénopathies et des abcès inguinaux et le scanner avait dévoilé de multiples adénomégalies rétropéritonéales, iliaques et inguinales à centre nécrosé associées à des plages hypodenses spléniques.

L'histologie était marquée par la présence d'un infiltrat inflammatoire polymorphe et de foyers de nécrose éosinophile, sans identification de germe à la coloration de Ziehl-Neelsen, ni aux cultures bactériologiques ou mycologiques.

Une PCR sur tissu a enfin été réalisée afin d'identifier le bacille, égalementnégative. Enfin, le quantiferon s'étaitavéré positif.

Une tuberculose multifocale à localisation cutanée, ganglionnaire et splénique a finalement pu être retenue face au faisceau d'arguments rassemblés et le traitement anti bacillaire a été initié selon les recommandations du programme national de lutte antituberculeuse.

DISCUSSION

Les gommes tuberculeuses sont l'une des multiples présentations cliniques de la tuberculose cutanée. Elles témoignent d'une disséminationhématogène et sont souvent l'apanage de l'immunodéprimé, expliquant la négativité de l'intradermoréaction. Leur description évolutive permet de les reconnaîtreaisément. Leur présence chez notre patient a permis de révéler d'autres sites infectés par le bacille de Koch, et d'instaurer rapidement la combinaison adaptée d'anti bacillaires 2RHZE/4RH.

Le mystère d'un érythoedeme du visage chez un patient séropositif au VIH

Z.Bennouna,M.Soughi,Z.Douhi,S.Elloudi,H.Baybay,FZ.mernissi

Service de dermatologie CHU HassanII FES

Introduction :

La leishmaniose cutanée(LC) est une anthropozoonose due à un Protozoaire flagellé ayant un tropisme pour les cellules du système réticulo-endothélial. L'infection à VIH augmente le risque de développer la leishmaniose. Nous rapportons l'observation d'un patient séropositif au VIH qui a présenté une forme clinique inhabituelle de la leishmaniose cutanée.

Observation :

Un patient âgé de 43ans, séropositif au VIH, qui a présenté une année avant sa consultation unérythroedeme du visage asymétrique accentué au niveau de l'hémiface droit, parsemé de papulo-pustules, associé à une macrochéilite asymétrique. La dermoscopie avait montré un aspect lupoïdique par endroit avec un fond érythémateux et des télangiectasies. Une biopsie cutanée a été faite revenant en faveur d'une leishmaniose cutanée. Un bilan de viscéralisation a été réalisé objectivant la présence de corps de leishman au niveau sternal en faveur d'une leishmaniose viscérale associée. L'espèce retrouvée chez notre patient était la leishmania infantum ce qui nous a permis de retenir le diagnostic d'une dissémination cutanée d'une leishmaniose viscérale. Le patient a été mis sous 2 cures d'amphotéricine b suivie d'une cure de glucantime à la dose de 40mg/kg/j avec une persistance partielle de l'érythème et l'œdème, actuellement sous traitement d'entretien par dapsone 100mg/j.

Discussion :

La coinfection leishmaniose/VIH constitue un problème de santé mondiale. Elle potentialise leurs effets pathogènes et contribue à l'apparition des formes cliniques atypiques, avec viscéralisation des espèces dermotropes et dissémination cutanée des espèces à tropisme viscéral, le cas de notre patient. Le diagnostic biologique par l'examen direct (qui trouve de nombreux parasites intra-histiocytaires) ou histologique permet de trancher rapidement en vue d'instituer un traitement rapide, ce dernier demeure une question difficile et repose principalement sur l'amphotéricine B, le mieux toléré, et l'antimoniate de méglumine. Les rechutes sont fréquentes ce qui explique les cures répétées utilisées chez la majorité des cas rapportés dans la littérature et l'importance d'un traitement d'entretien.

Conclusion :

Cette observation montre l'atypie des présentations cliniques de la leishmaniose chez le patient infecté par le VIH, et l'intérêt d'y penser devant toute forme cutanée atypique en zone d'endémie. En outre, les formes inhabituelles de la LC doivent inciter à pratiquer un test rapide pour le VIH. Le traitement demeure une question difficile en attente d'essais cliniques contrôlés randomisés.

Des gommes à disposition sporotrichoïde révélant une tuberculose multifocale

Z.Bennouna, Z.Douhi,K.TahriJouteiHassani,K.Mejjati,M.Soughi,S.Elloudi,H.Baybay, FZ.Mernissi

Service de dermatologie CHU hassan II fes

Introduction :

La tuberculose sporotrichoïde est une forme rare de tuberculose cutanée. Le diagnostic repose sur un ensemble d'arguments, elle doit être envisagée devant toute lésion sporotrichoïde, en particulier dans les pays d'endémie tuberculeuse. Nous rapportons le cas d'une petite fille de 7ans chez qui le diagnostic de tuberculose gommeuse à disposition sporotrichoïde a été retenu par un faisceau d'arguments et a permis la découverte d'une atteinte multifocale.

Observation :

Il s'agit d'une enfant âgée de 7ans, sans antécédents pathologiques notable qui consultait pour des lésions du membre inferieur gauche évoluant depuis 1an. Ces lésions augmentaient progressivement de taille puis se fistulisaient à la peau laissant places à des cicatrices inesthétiques. Un contage tuberculeux chez l'oncle avec contact étroit était noté. L'examen cutané montrait la présence de 3 ulcérations à surface fibrineuse reposant sur un placard ichtyosiforme siégeant au niveau de la face

postérieure de la jambe, la cuisse et au niveau inguinal gauche, Les lésions suivaient un trajet linéaire sporotrichoïde depuis la face postérieure de la jambe jusqu'au niveau inguinal. Le frottis cutané à la recherche des corps de Leishman était négatif. Une biopsie cutanée à 3 fragments a été réalisée avec une histologie en faveur d'une granulomatose infectieuse polymorphe, et un examen cytobacteriologique et mycologique négatif. L'intradermoréaction à la tuberculine était négative. Une tomodensitometrie thoraco-abdomino-pelvienne a été faite objectivant de multiples collections abdomino pelviennes et de la racine de la cuisse gauche, associées à de multiples adénopathies sus et sous diaphragmatiques nécrotiques plaidant en faveur d'une origine tuberculeuse. Un traitement antituberculeux a été alors instauré avec une bonne évolution. Le recul est à ce jour de 7mois.

Discussion :

La tuberculose gommeuse est une forme rare résultant d'une dissémination hématogène du bacille de Koch à partir d'un foyer pulmonaire ou viscéral. La disposition sporotrichoïde est exceptionnelle. Le diagnostic repose sur un ensemble d'arguments cliniques, biologiques et histologiques. L'examen bactériologique ne permet d'isoler le germe que dans un tiers des cas, la culture sur milieu Lowenstein-Jensen est souvent négative. L'étude histologique ne permet pas toujours d'obtenir un diagnostic définitif. Les diagnostics différentiels se posent avec la sporotrichose, la leishmaniose, les mycobactéries atypiques et les mycoses profondes. Cette forme se voit essentiellement chez les enfants et les adolescents en rapport avec le bon drainage lymphatique chez ces sujets et à leurs prédispositions aux traumatismes.

Conclusion :

Ce cas illustre les difficultés diagnostiques causées par la tuberculose cutanée sporotrichoïde, cependant, ce diagnostic doit être évoqué devant toute lésion présentant une disposition linéaire le long des vaisseaux lymphatiques, en particulier dans les pays d'endémie tuberculeuse.

Un cas de zona bilatéral : une rare observation

F.Amaaoune; O. Handi, M.Aboudouraib; O.Hokar; S.Amal

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Med VI, Marrakech-Laboratoire de bioscience et santé-FMPM-Université QuadiAyyad

Introduction:

Le zona est une maladie virale causée par la réactivation du virus varicelle-zona latent endogène , provoquant typiquement une éruption vésiculaire unilatérale douloureuse dans un seul dermatome. Chez les patients immunodéprimés, le zona peut parfois impliquer plusieurs dermatomes, et peut être bilatéral ce qui est est extrêmement rare. Nous rapportons un cas de zona lombo-sacré bilatéral et symétrique chez une jeune femme immunodéprimée.

Observation:

Une femme de 30 ans, ayant comme antécédents un diabète de type I sous insuline , admise en réanimation pour prise en charge d' acidocétose diabétique, chez qui on a récemment diagnostiqué une leucémie aiguë myéloïde, qui avait présenté 2 jours après son admission une éruption douloureuse bilatérale et symétrique au niveau des hanches et des fesses.

L'examen dermatologique a révélé de petites papules et vésicules sur une base érythémateuse, réparties à peu près au même niveau des deux côtés de la région lombo- sacrée et s'étendant vers la région glutéale supérieure, du dermatome L2 à S1. Les aires ganglionnaires inguinales étaient libres à l'examen. Le diagnostic de zona bilatéral a été évoqué devant l'aspect clinique et le terrain immunodéprimé.

L'hémogramme a révélé une une anémie à 7,5 g/dl d'hémoglobine .Les leucocytes étaient à 49 000/µL (neutrophiles : 5 %, lymphocytes : 3 %) et le

taux de plaquettes à 27 000/µL . L'examen de la moelle osseuse montrait 88 % de blastes.

La patiente a été mise sous aciclovir en intraveineux à 10 mg/kg/8 h pendant 10 jours ,associé à des antalgiques. Les lésions et l'inconfort ont disparu 20 jours après de traitement.

Discussion:

Le zona affecte généralement un seul dermatome.Chez les personnes immunodéprimées, les lésions peuvent parfois impliquer plusieurs dermatomes , bilatéraux ou inhabituels.L'atteinte de multiples dermatomes est rare et impliquent souvent les dermatomes cervicaux.

Le zona bilatéral qui est une présentation atypique du zona dont le taux d'incidence est inférieur à 0,1% , semble avoir des symptômes plus sévères que la forme commune du zona . Le dermatome thoracique est le plus souvent atteint.Environ 40 cas de zona bilatéral ont été rapportés dans la littérature selon une étude récente ,dont 21 cas de zona bilatéral asymétrique et 19 cas de zona bilatéral symétrique.

Dans notre cas de zona bilatéral affectant multiples dermatomes , la localisation au niveau des dermatomes lombaires et sacrés est inhabituelle. Une revue de la littérature a révélé seulement 3 cas de zona survenant bilatéralement dans les mêmes dermatomes lombaires, et un cas touchant les nerfs sacrés chez un transplanté rénal.

Les mêmes traitements indiqués dans la forme commune du zona, ont été utilisés empiriquement pour cette condition, et pour la plupart des patients ; l’évolution était favorable à l'exception d'un cas rapporté de zona bilatéral chronique chez un patient immunodéprimé présentant une résistance à l'aciclovir.

Conclusion:

Nous avons rapporté une présentation atypique de zona quant à sa localisation, qui selon les données de la littérature, ne semble pas représenter un facteur de risque de mauvais pronostic.

Éruption vésiculeuse post vaccin Sars-CoV-2

Bouraqqadi O, Baybay H, Douhi Z, Soughi M, Elloudi S, Mernissi FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

La pandémie liée au Sars-CoV-2 a créé des séquelles médicales et socio-économiques considérables. Afin de limiter la morbi-mortalité et stopper la transmission virale, une multitude de vaccins ont été développés.

Bien que ces vaccins soient considérés comme sûrs, certains individus manifestent des effets indésirables, notamment dermatologiques. Une réactivation du virus varicelle-zona (VZV) a été observée suite à leur administration, toutefois la causalité reste un sujet de débat.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 58ans, hypertendue sous Amlodipine, ayant reçu la première dose du vaccin Astra Zeneca ChAdOx1-nCoV19 5 jours avant l'installation d'une douleur type décharges électriques, suivie 1 jour plus tard par l'apparition de lésions vésiculeuses du bras, avec extension progressive au reste du corps.

L'examen clinique a révélé la présence d'un placard érosif du pli du coude bien limité de contours polycycliques, impétiginisé suite à l'application d'un traitement traditionnel, ainsi que de multiples vésicules regroupées en bouquet, ombiliquées par endroits, reposant sur une peau érythémateuse, de disposition métamérique. Nous avons noté également la présence de quelques vésicules varicelliformes au niveau du visage, cou et membres inférieurs.

Le diagnostic retenu était un zona généralisé. La patiente a été traitée par la valaciclovir et une antibiothérapie avec nette amélioration.

Discussion

La varicelle est une maladie courante causée par le VZV. Après la primo-infection, le virus de la varicelle peut rester latent pendant des années, avant d'être réactivé avec l'âge ou dans un état immunosuppressif, comme une grossesse, une infection par le VIH, un cancer, la prise de stéroïdes, ou lors d'un état de stress accru, etc.

Cette réactivation est traduite cliniquement par une éruption vésiculeuse douloureuse sur un dermatome particulier. Plus rarement, on pourrait avoir un zona généralisé, caractérisé par une dissémination par voie hématogène du virus et l'apparition de vésicules varicelliformes, non regroupées, dépassant le dermatome initialement atteint, parfois généralisée.

La stimulation du système immunitaire après la vaccination induit une forte réponse cellulaire avec une augmentation des cellules T CD8+ et des cellules T CD4+ de type 1. Paradoxalement, la réactivation du VZV après la vaccination par COVID-19 semble contradictoire.

Une hypothèse convaincante pour ce paradoxe phénoménologique suggère que les cellules CD8+ spécifiques du VZV ne sont pas, temporairement, capables de contrôler le VZV après le déplacement massif des cellules CD8+ naïves dans le cadre de la vaccination contre le SRAS-COV-2.[1]

Conclusion :

Bien que plusieurs cas de réactivation du VZV ont été rapportés après le vaccin Sars-Cov-2, aucun lien de causalité n'a été retenu.

Paralysie faciale périphérique zostérienne : à propos d'un cas

L. Benchekroun ; Z. Loubaris; H. Darghal; O. Essadeq ; M. Meziane ; N. Ismaili ; L. Benzekri ; K. Senouci

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

Introduction :

La varicelle est une maladie d'installation aigüe et de caractère très contagieux. Elle est due au virus VZV, responsable de la varicelle et du zona. Maladie bénigne chez l'enfant, elle peut survenir chez l'adulte, notamment en cas d'immunodépression, avec un risque de survenue de complications. La complication la plus fréquente est la surinfection bactérienne de la peau, des poumons ou des os. Les complications neurologiques sont rares et se déclarent dans environ 0,03% des cas. La paralysie faciale périphérique est une complication neurologique rare de la varicelle, qui peut se développer de cinq jours avant à seize jours après l'apparition de l'éruption. Nous rapportons le cas d'une patiente immunodéprimée ayant développé une paralysie faciale périphérique 10 jours après l'éruption varicelleuse.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 43 ans, ayant comme antécédent un carcinome canalaire infiltrant du sein droit depuis une année sous chimiothérapie, qui a été hospitalisée pour une éruption fébrile généralisée à type de varicelle. A l'examen la patiente présentait des croûtes nécrotiques sur le cuir chevelu, des vésicules ombiliquées sur l'ensemble du corps ainsi que sur le visage, sans notion de céphalées, de troubles visuels, de déficits neurologiques focaux, de diminution de force musculaire, D'asymétries de la sensibilité ou d'autres symptômes suggérant une atteinte supplémentaire du système nerveux central. La douleur rétro auriculaire, l'hyperacousie, la diminution de la production de larmes ou l'altération du goût ont également été niées. Par ailleurs, elle a présenté des vomissements isolés. La patiente a donc reçu de l'aciclovir en intraveineux à dose de 10 mg/kg/8 h avec bonne évolution. Dix jours plus tard la patiente se présente aux urgences dans un tableau de paralysie périphérique de l'hémiface gauche. L'examen neurologique a montré un signe de Charles Bell positif, et des asymétries dans les mouvements labiaux, qui n'étaient pas évidentes au repos en raison d'une symétrie faciale normale. La diminution de la capacité à fermer la paupière gauche et L'affaissement concomitant du coin droit de la bouche étaient compatibles avec un paralysie faciale périphérique gauche en tant que complication neurologique de la varicelle. Étant donné que le diagnostic de la paralysie faciale périphérique est clinique et que la patiente en présentait des symptômes pathognomoniques, aucune autre étude sérologique ou

d'imagerie n'a été réalisée. La patiente a donc été traitée par corticothérapie orale avec résolution complète.

Discussion :

La varicelle est une maladie bénigne chez le sujet immunocompétent, mais à risque de décès et de complications graves si elle survient sur un terrain d'immunodépression. Les complications d'ordre neurologique sont très rares et surviennent dans 0.03% des cas. Elles peuvent avoir diverses présentations ; les manifestations neurologiques principales restent l'encéphalite, l'ataxie cérébelleuse aiguë, la myélite et la méningite. Notre observation met en évidence une complication rare de la varicelle, la paralysie faciale périphérique, survenue dix jours après l'éruption. La relation entre la paralysie faciale périphérique et la varicelle n'est ni courante ni complètement comprise.

Deux mécanismes possibles existent : une lésion nerveuse directe due à une toxicité virale directe ou une atteinte nerveuse associée à une réponse inflammatoire à médiation immunologique. Bien que rares, les rapports disponibles sur le pronostic de la paralysie faciale périphérique associée à la varicelle montrent un bon pronostic et le traitement par l'aciclovir et/ou les stéroïdes pourraient accélérer la récupération attendue.

Conclusion :

Le VZV peut être un agent causal de la paralysie faciale périphérique avant, pendant, ou après l'éruption. Bien que rare, cette complication neurologique de la varicelle doit être gardée à l'esprit.

L'objectif de notre cas est de sensibiliser sur la survenue possible de neuropathies périphériques accompagnant la varicelle, afin d'en informer les patients et de pouvoir instaurer le traitement dans les meilleurs délais, assurant une récupération complète des déficits.

L'évaluation des connaissances des médecins généralistes de la région de Fès en matière de prise en charge des IST

K.Mejjati, M.Soughi ,M.Guechchati,S.Elloudi,H.Baybay, FZ.Mernissi

Service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès

Introduction :

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un probème de santé publique , et un motif de consultation fréquent notamment chez les médecins généralistes . L'objectif de notre travail est d'évaluer les connaissances et les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis des IST .

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une étude descriptive transversale dont l'objectif était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de la région de Fès et leurs conduites vis-à-vis des IST. Pour cela,un questionnaire anonyme comportant 17 questions a été conçu avec le logiciel Google Forms et envoyé via l'application Whatsapp et par mail aux médecins.

Résultats :

73 médecins généralistes ont répondu au questionnaire , dont 63% ont déclaré avoir reçu un enseignement spécifique concernant les IST lors de leur études . 69,9 % des médecins travaillaient au secteur publique . 95,9 % ont déjà été confrontés à traiter au moins une fois un cas d' IST , les pathologies traitées ont été diverses; dont l'urétrite comme chef de fil à 87,14 %, suivie de la syphilis 60%, l'herpès génitale 52 ,85% puis les condylomes 40% et le reste des IST.

Devant une ulcération génitale ou un écoulement urétral ; 88,57% des médecins ont traité d'emblée sans recours à un avis spécialisé , après un bon interrogatoire et un examen clinique minutieux , tandis que 60 % ont demandé un bilan sérologique avant de traiter et 25,71% ont adressé le patient aux spécialistes ; 58,7% des dermatologues , 28 ,57% des gynécologues et 24,28% des urologues . 83,6% des généralistes ont affirmé connaitre l'approche syndromique devant une ulcération génitale et un écoulement urétral.

En ce qui concerne le traitement des ulcérations génitales , 89% ont proposé un traitement combiné visant à la fois la syphilis et le chancre mou selon l'approche syndromique .

Concernant le traitement de l'urétrite, 94,5% des médecins ont prescrit un traitement anti-gonococcique et anti-chlamydia.

Un bilan à la recherche des autres IST associées a été demandé seulement par 58,9 % des médecins .

Cependant le traitement du partenaire sexuel n'a pas été prescrit par 9,6 % autres .

En fin de consultation , 95,9% des médecins reconnaissaient avoir un rôle dans l'éducation et le sensibilisation des malades .

Discussion :

Cette étude a permis d'apprécier les connaissances des médecins généralistes de la région de Fès en matière de prise en charge des IST , notamment des ulcérations génitales et des urétrites .

En effet , la majorité semblent maîtriser l'approche syndromique . Nos résultats s'éloignent d'une étude menée en France sur 350 médecins généralistes ; où seulement 33% ont traité selon les recommandations de la société française de dermatologie (1).

Cependant , le dépistage des IST chez le patient et le traitement de son partenaire ont été omis par la majorité des médecins généralistes de notre étude , ce qui favorise davantage la transmission et la propagation des IST. De ce fait , une formation médicale continue et des campagnes de sensibilisation à destination des généralistes pourrait améliorer la prise en charge des IST .

Conclusion :

Les IST demeurent un motif de consultation fréquent en particulier dans les milieux défavorisés et peu instruits. La connaissance et la maitrise de l'approche

syndromique sont des armes nécessaires à leur gestion , qui doit être maîtrisée par tout médecin généraliste .

1. Évaluation de la prise en charge globale des infections sexuellement transmissibles en médecine générale M.Lerebours(Médecin

généraliste)1 L.Boulet2D.Vautrin2L.de Ménibus-Demas3A.Lesourd2 https://doi.org/10.1016/j.medmal.2019.04.195

La leishmaniose cutanée infantile : à propos de 9 cas

K. Mejjati ,H.Baybay , M.Guechchati , G.Sqalli , Z.Douhi, M.Soughi ,S.Elloudi,Fz.Mernissi

Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction

La leishmaniose cutanée (LC) est une affection parasitaire due au genre Leishmania . Elle constitue un challenge diagnostique et thérapeutique chez les enfants.

Le but de notre travail était de décrire les particularités épidémiologiques et cliniques de la LC chez cette population à travers une étude prospective.

Materiel et méthodes

Nous avons colligé tous les cas de LC consultant au service de Janvier 2020 à Janvier 2022.

Résultats

09 cas de LC étaient recensés, l'âge moyen était de 9,57 ans. Le sexe-ratio H/F était de 0,88.

Tous les patients séjournaient en zone d'endémie. La lésion de leishmaniose était unique chez 6 patients. La localisation au niveau du visage était prédominante chez 7 patients, un patient avait présenté une lésion au niveau plantaire.

Le diagnostic de présemption de la LC était clinique et dermoscopique. La forme papulonodulaire était la plus fréquente chez 5 enfants , suivie de la forme ulcéro-crouteuse chez 2 enfants et la forme psoriasiforme chez 2 enfants .

Le diagnostic était confirmé par l'examen parasitologique direct chez 8 patients et par l'histologie chez un autre.

Vu le caractère périorificiel et multiple des lésions, le traitement de choix était l'antimonate de

N-méthylglucamine (glucantime) systémique associé à Chlortetracycline Chlorrhydrate pommade 3% chez 4 enfants. Le traitement séquentiel par Clarithromycine était utilisé chez 4 enfants, et un seul enfant avait bénéficié d'une injection en intralésionnel de glucantime associée au traitement local.

Tous les traitements étaient bien tolérés avec une bonne évolution.

Discussion

En période épidémique, bien que la LC touche tous les âges, elle semble être plus fréquente dans la population pédiatrique [1]. Ceci est dû au caractère immunologiquement naif des enfants, associé à une absence ou une faible immunisation spécifique contre Leishmania. [2]

Dans notre série, la forme papulo-nodulaire était prédominante, avec 1 cas de leishmaniose palmoplantairepsoriasiforme. Le visage était plus fréquemment touché en raison de son exposition aux piqûres de phlébotomes.

En raison de la similitude de son aspect clinique avec d'autres pathologies, infectieuses (tuberculose cutanée), inflammatoires (sarcoïdose) et tumorales, la

LC représente souvent un problème diagnostique. La dermoscopie permet d'orienter le diagnostic. Dans notre série, elle avait permis de déceler une forme psoriasiforme de LC chez un enfant suivi pour un psoriasis.

La confirmation est obtenue par un frottis cutané objectivant les corps leishmaniens ou par une histologie.

Un vaste arsenal thérapeutique est actuellement disponible pour la prise en charge de cette affection. Pour les lésions localisées , le traitement est local, reposant principalement sur l'application de ChlortetracyclineChlorrhydrate pommade 3% et les injections intralésionnelles de l'antimoniate de méglumine.

Étant donné que notre service est une structure hospitalière , les malades recrutés avaient des lésionspériorificielles et multiples. Ainsi , le traitement de choix était l'antimoniate de méglumine en intramusculaire qui avait prouvé son efficacité et sa bonne tolérance .

Cependant, ce traitement a certaines limites notamment l'absentéisme scolaire lors des injections.

Conclusion

La leishmaniose cutanée est une pathologie assez fréquente chez la population pédiatrique .

Notre série est caractérisée par une particularité clinique qui est la forme psoriasiforme et une bonne réponse au traitement .

Rare cas de fusariose cutanée type Dimerum chez une patiente neutropénique.

LahrouguiA,AboudouribM,HocarO,Amal S

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc

Laboratoire Biosciences FMPM

Introduction

L'incidence des infections fongiques, souvent mortelles, a considérablement augmenté chez les patients atteints de neutropénie prolongée due à un traitement contre la leucémie.

Nous décrivons un cas de fusariose cutanée type Dimerum chez une patiente neutropénique.

Observation

Patiente de 57 ans ayant comme antécédents un lymphome Hodgkinien thyroïdien traité en 2014, et suivie pour une leucémie myéloblastique aiguë.

Pendant son hospitalisation pour une chimiothérapie d'induction en octobre 2021, la patiente a présenté une neutropénie profonde ainsi qu'un aspect radiologique au scanner thoracique en faveur d'une aspergillose pulmonaire, traitée par voriconazole puis par amphotéricine B.

A 26 jours de neutropénie post chimiothérapie, la patiente a également présenté de multiples lésions cutanées nodulaires, pseudococaroides à centre nécrotique et périphérie purpurique, localisées au niveau du visage et du genou droit, le tout évoluant dans un contexte fébrile chiffré à 39°C ainsi qu'une altération de l'état général.

Le résultat de la biopsie cutanée avec examen mycologique a mis en évidence une dermite ulcérée à Fusarium Dimerumcomplex sans aucune amélioration après 3 semaines de traitement par l'amphotéricine B, la patiente est décédée d'un choc septique.

Discussion

Le Fusarium Dimerum est un champignon opportuniste très rare, qui touche avec prédilection les patients immunodéprimés avec un taux de mortalité supérieur à 80 %.

Les Fusarioses cutanées se caractérisent par leurs polymorphismes cliniques, les lésions les plus incriminées sont les granulomes, les ulcères, les nodules, les mycétomes, la nécrose, la panniculite et l'intertrigo.

L'investigation paraclinique du patient doit donc impérativement inclure la réalisation d'hémocultures fongiques, une radiographie des poumons et des sinus ainsi qu'une biopsie cutanée incluant culture et coloration fongique immédiate.

Bien que l'Amphotéricine B soit considéré comme le traitement de référence de la fusariose, de nombreuses études ont prouvé l'efficacité de la Voriconazole et du Posaconazole.

Conclusion

Malgré sa rareté, le diagnostic de fusariose doit être évoqué devant toute fièvre associée à des lésions cutanées ne répondant pas aux traitements antimicrobiens chez le patient immunodéprimé.

Epidermophyties du nouveau né : A propos d'un cas

S .Hazmiri , Z .Mernissi , M .Aboudourib , W .Hocar , S .Amal

Service de Dermatologie Vénérologie CHU Mohamed VI Marrakech

Introduction

Les dermatophytoses sont des mycoses : infections de la peau ou des phanères dues à des champignons microscopiques filamenteux. Les dermatophytes appartiennent à 3 genres, Trichophyton , Microsporum et Epidermophyton . La dermatophytie circinée, autrefois appelée herpès circiné, s'observe aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant et rare chez le nouveau né. Nous rapportons le cas d'épidermophytie chez un nouveau né à J1 de vie .

Observation

Nouveau Né de sexe masculin , fils de K.I. , avait présenté des lésions diffuses circinées du visage et du cou à H4 de vie . Concernant la grossesse , l'anamnèse infectieuse était positive et avait révélé une mycose des grands plis et des leucorrhées fétides au troisième trimestre non traitées chez la mère. Le diagnostic d'épidermophytie a été retenu , à transmission directe par le passage du nouveau né par la filière génitale infectée de la maman .

Discussion

Les dermatophytoses du nouveau né sont des affections rares . Elles sont le plus souvent dues à des dermatophytes anthropophiles plus que zoophiles .La contamination peut se faire par contact direct ou indirect. Les lésions réalisent des placards arrondis ou polycycliques (coalescents). L'atteinte est unique ou multiple : avec une bordure très évocatrice érythémato-vésiculo-squameuse ; concernant les régions découvertes surtout ; avec un prurit parfois intense ;

d'évolution centrifuge avec guérison centrale . Le diagnostic biologique repose sur un prélèvement de qualité, en zone active des lésions (en périphérie), à distance de toute thérapeutique locale ou générale . La mise en culture des prélèvements est réalisée sur des géloses de Sabouraud . Concernant le diagnostic différentiel , des lésions annulaires ne sont pas synonymes de dermatophytoses, il faut éliminer : une dermatiteatopique , un eczéma nummulaire ,un psoriasis annulaire ,un pityriasis rosé de Gibert , un lupus érythémateux. La controverse demeure quant à savoir le choix des antifongiques topiques ou systémiques.

Conclusion

Les dermatophytes sont des champignons filamenteux microscopiques bien adaptés à la kératine humaine et animale. Les lésions qu'ils provoquent sont en général bénignes mais elles évoluent sur un mode chronique et volontiers récidivant, simulant d'autres affections dermatologiques.L'identification du dermatophyte responsable est obligatoire avant de débuter un traitement spécifique, particulièrement dans les formes cutanées étendues, les teignes et les atteintes unguéales. La prévention, facilitée par la connaissance du champignon repose sur la maîtrise (dépistage, traitement) de la source de la contamination.

Une dermatophytie généralisée masquant un lupus subaigu.

Moumna R, Elloudi S, Baybay H, Soughy M, Douhi Z, Mernissi FZ

Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

INTRODUCTION :

Les infections cutanées dues aux dermatophytes sont des affections fréquentes, superficielles et le plus souvent bénignes chez la majorité des sujets. Cependant, elles peuvent poser un problème de diagnostic différentiel avec d'autres pathologies plus sérieuses ayant des présentations cliniques similaires, ou survenir sur une dermatose sous-jacente, modifiant ainsi son tableau clinique et rendant le diagnostic positif parfois difficile.

OBSERVATION:

Nous rapportons le cas d'une patiente de 49 ans, sans antécédents pathologiques, sans notion de photosensibilité ni d'autres signes systémiques, qui présentait à son admission une éruption cutanée diffuse prurigineuse évoluant depuis 6 mois faite de placards érythémateux annulaires à bordure circinée vésiculo-squameuse avec une extension centrifuge. Le prélèvement mycologique cutané retrouvait des filaments mycéliens à l'examen direct, et des Trichophytons Mentagrophytes à la culture. Une première biopsie objectivait une parakératose avec des foyers de spongiose ainsi que des filaments mycéliens au niveau de la couche cornée après coloration par l'acide période de Schiff (PAS). L'immunofluorescence directe était négative. Le diagnostic de dermatophytie généralisée était donc retenu et la patiente était traitée par Terbinafine par voie orale à dose de 250 mg/j pendant 14 jours associée à la voie topique, avec une nette amélioration et une régression complète des placards annulaires mais apparition de nouvelles lésions à type de papules et de plaques urticariennes au niveau du visage et du corps. La dermosccopie retrouvait une vascularisation en points sur un fond érythémateux ou jaune-orangé. Une deuxième biopsie était réalisée au niveau d'une lésion récente infiltrée, et l'étude histologique retrouvait une vacuolisation de la membrane basale associée à une mucinose dermique et un infiltrat inflammatoire lymphocytaire péri-vasculaire en faveur d'un lupus. Après réalisation d'un bilan de systématisation qui était négatif, le diagnostic de lupus cutané subaigu était retenu, et la patiente a été traitée par antipaludéens de synthèse associés à la photo protection, avec une bonne évolution.

DISCUSSION

La dermatophytie de la peau glabre est une affection fréquente, pouvant survenir à tout âge, due le plus souvent au Trichophyton Rubrum ou au Microsporum canis, qui se manifeste initialement par une petite macule rosée finement squameuse dont la bordure deviendra ensuite plus saillante et vésiculeuse avec une extension centrifuge et un centre plus pâle. La confluence de plusieurs lésions donnera naissance à des placards polycycliques.

L'aspect clinique peut parfois prêter à confusion avec d'autres affections dermatologiques comme le lupus subaigu, qui peut également se manifester par des lésions maculeuses érythémateuses ou papuleuses évoluant vers des lésions annulaires de contours polycycliques à bordure érythémateuse squameuse ou vésiculo-croûteuse, avec un centre hypo pigmenté grisâtre parfois couvert de télangiectasies.

Il sera donc nécessaire de rechercher la notion de photosensibilité et les autres signes systémiques, ainsi qu'une prise médicamenteuse particulière, notamment de diurétiques thiazidiques, celle-ci ayant souvent été associée au déclenchement du lupus subaigu.

La dermoscopie est également un outil important pouvant faire suspecter le diagnostic de lupus subaigu par la mise en évidence de squames blanchâtres, d'une vascularisation polymorphe (vaisseaux en points, linéaires irréguliers ou arborescents) sur un fond érythémateux ou plus rarement jaune-orangé.

CONCLUSION

Le diagnostic clinico-biologique d'une dermatophytie de la peau glabre ne doit pas faire éliminer une autre affection dermatologique sous-jacente. Par conséquent, une surveillance clinique après traitement de l'épisode infectieux est indispensable et une biopsie cutanée doit être réalisée au moindre doute.

Des lésions verruqueuses des membres inférieurs à disposition sporotrichoïde

R. Moumna- H. Baybay – Z. Fajri - R. Al Heyasat - Z. Douhi - M. Soughi - S. Elloudi - FZ. Mernissi

Service de Dermatologie, CHU Hassan II, Fès

INTRODUCTION :

La tuberculose est une infection due à Mycobacterium tuberculosis. Bien qu'elle soit endémique au Maroc, la localisation cutanée est peu fréquente occupant le 4 ème rang des localisations extra- pulmonaires. La tuberculose cutanée est

dominée par les lésions scrofulodermes et gommeuses, cependant la forme verruqueuse est une présentation clinique très rare à l'échelle mondiale.

OBSERVATION :

Une patiente de 89 ans, ayant une notion de contage tuberculeux 10 ans auparavant, consultait pour des lésions asymptomatiques des membres inférieurs évoluant depuis 6 mois, chez qui l'examen clinique trouvait une patiente en bon état général, qui présentait des nodules et des plaques à surface verruqueuse de disposition sporotrichoïde bilatérale et asymétrique au niveau des membres inférieurs. La dermoscopie retrouvait un aspect papillomateux et un fond rouge-jaunâtre. Une biopsie à 3 fragments était réalisée. Les examens mycologiques, bactériologiques et parasitologiques étaient négatifs, et l'étude histologique a objectivé un granulome épithéloïde et gigantocellulaire avec nécrose caséeuse en faveur d'une tuberculose cutanée. L'IDR à la tuberculine et la recherche du bacille de Koch dans les crachats étaient négatives, et la TDM thoracique objectivait une formation tissulaire lobaire supérieure droite en rapport avec une tuberculose pulmonaire. La patiente a été traitée par anti-bacillaires avec une bonne évolution clinique.

DISCUSSION :

Notre observation souligne le challenge diagnostic de la tuberculose cutanée du fait de sa rareté, de son polymorphisme lésionnel et de la multiplicité des diagnostics différentiels qu'elle peut mimer.

Comme le cas de notre patiente, chez qui l'aspect sporotrichoïde en rapport avec la dissémination lymphatique et l'aspect verruqueux faisaient aussi évoquer une leishmaniose, une infection à mycobactérie atypique ou une mycose profonde de type sporotrichose ou chromoblastomycose.

La dermoscopie plaiderait en faveur d'une tuberculose verruqueuse par la mise en évidence d'une surfacepapillomateuse à vascularisation atypique, d'un aspect lupoïdique, ou d'un fond rouge- jaunâtre, et par l'absence d'autres signes dermoscopiques notamment l'aspect en larmes ou en étoile éclatée retrouvé

dans la leishmaniose, ou encore les structures ovoïdes jaunâtres et les points rouges-noirs retrouvés dans la chromoblastomycose.

CONCLUSION :

Le diagnostic de tuberculose cutanée doit être évoqué devant toute lésion verruqueuse sans tendance à la guérison, et étant donné la rareté d'identification du bacille de Koch, la mise en route du traitement anti-bacillaire doit être effectuée sur un faisceau d'arguments cliniques, dermoscopiques, immunologiques, histologiques et évolutifs.

Ce que cache un dos rouge

Guechchati M, Baybay H, Boughaleb S, Douhi Z, Soughi M, Elloudi S, Mernissi FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

Introduction :

Les complications de l'infection par le virus varicelle-zona (VZV) sont rares [1]. Surtout vus chez des enfants atteints de varicelle, cette complication est rarement décrite en cas de zona. Le risque potentiel d'aggravation de l'infection par le VZV associé à l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) a été remis en question.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 52 ans, ayant comme ATCD une hernie étranglée opérée, sniffeur de tabac. Présentait des picotements et névralgies suivis par une éruption liquidienne au niveau thoracique manipulée. L'évolution était marquée par l'apparition d'un placard douloureux du dos. Notion de prise d'AINS ; et première dose de vaccin contre la Covid-19 deux semaines avant. L'examen trouvait un placard érythémateux œdémateux bien limité prenant le dos surmonté de multiples bulles à contenu hémorragique par endroit et pustules microbiennes par d'autre. De multiples vésicules ombiliquées regroupées en bouquet de trajet métamérique thoracique droit. La biologie montrait une hyperleucocytose et une CRP élevée à 332 mg/L.

Le diagnostic de zona bulleux était évoqué cliniquement, compliqué de dermo-hypodermite poly-microbienne avec décollement cutané. Une pharmacovigilance était réalisée impliquant la probabilité du vaccin dans l'activation de zona et l'incrimination des AINS dans la surinfection bactérienne.
Après réalisation de soins locaux et association d'antibiothérapie et antiviral, l'évolution était marquée par une amélioration clinique et biologique.

Discussion :

Le zona est la manifestation de la réactivation varicelleuse souvent vue chez les personnes âgées et immunodeprimés.
La présentation atypique du zona peut rendre difficile le diagnostic et retarder le traitement, car elle peut mimer d'autres troubles ; [3] De plus, il existe des variantes cliniques, notamment les types hémorragique, nécrosant et bulleux chez l'immunodéprimé et en cas de prise d'AINS ; tel est le cas de notre patiente [3].
La complication la plus fréquente de la varicelle est la surinfection bactérienne des lésions cutanées, causée le plus souvent par Staphylococcus aureus ou Streptococcus pyogènes. [2]
Dans la maladie zostérienne, ce risque est moins fréquent [1], et serait expliqué en raison de la rupture de la barrière cutanée par les vésicules. [4]
Des études ont suggéré une augmentation plus faible du risque de ces complications associées aux AINS chez les patients atteints de zona. [1]
La décision de traiter les patients par un traitement antiviral ou antibiotique, ou les deux, peut donc parfois être difficile, et des paramètres diagnostiques supplémentaires sont nécessaires. [4]

Conclusion :

Notre observation souligne l'intérêt de l'examen clinique pour mettre en évidence l'association entre le zona et la dermo-hypodermite chez le même patient.
Elle met le point sur l'implication du vaccin anti Covid-19 dans le zona par immunomodulation secondaire et le risque des AINS dans la genèse de la dermo-hypodermite. Il est donc recommandé de proscrire leur prescription en cas d'infection par le VZV. [2]

Zona chez le VIH : décours et découverte

Guechchati M, Soughi M, Mejjati K, DouhiZ ,Elloudi S, Baybay H, Mernissi FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

Introduction :

Le zona est une dermatose virale causée par la réactivation du virus varicelle-zona, vu 3 à 20 fois plus chez les populations infectées par le VIH. (2)

L'objectif de cette étude était d'illustrer les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et les complications du zona chez cette population séropositive à la lumière d'une série de 13 cas ; ainsi que de souligner l'importance du dépistage du VIH chez un jeune patient ayant un zona.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons, à travers une étude rétrospective, de janvier 2016 à Juin 2022 une série de 13 cas séropositifs ; dont 5, le zona était révélateur.

Résultats :

L'âge moyen était de 33.46 ans ; le sex-ratio H/F de 2.25.

8 patients étaient séropositifs sous trithérapie, dont 5 avaient un taux de CD4<200 ; Chez 2 patients, le zona survenait immédiatement après instauration du traitement. Chez 5 cas, le zona avait révélé le VIH.

La notion de rapports non protégés était explicitement déclarée chez 10 patients.

Les prodromes étaient : picotements, douleurs, décharges électriques ou prurit.

Trois formes cliniques étaient individualisées : érythémato-vésiculeuse (7cas), bulleuse (4cas) et nécrotico-hémorragique (2cas). La topographie était lombosacrée (4 cas), thoracique (4 cas), brachiale (3 cas) et ophtalmique (2cas). 3 malades avaient présenté une forme multi-métamérique.

Les complications étaient : une surinfection bactérienne locale (4 cas), une extension des lésions (1cas), une insuffisance rénale post thérapeutique (1cas), et une kératite chez 2 patients.

Tous nos patients avaient reçu des soins locaux et l'aciclovir injectable.

L'évolution était favorable chez nos patients. 4 cas de douleurs post zostériennes (DPZ) étaient signalés.

Discussion :

Le zona est une infection virale bénigne. Néanmoins, des formes graves sont observées chez l'immunodéprimé. (5)

Le risque de zona est plus élevé dans la population infectée par le VIH, cet excès de risque serait plus élevé aux âges plus jeunes avec un pic entre 15 et 34 ans (6) ; Ce qui concorde avec la tranche d'âge de nos patients.

Les lésions cutanées chez les séropositifs peuvent être uni-métamériques, multi-métamériques, disséminées ou ulcéreuses. (6)

Chez les séropositifs, le zona est témoin d'un dysfonctionnement immunitaire et peut constituer la circonstance de découverte de la maladie. Il est également observé lors du syndrome de reconstitution immune, après début de la trithérapie ; ce qui était le cas chez nos 2 patients.

Les complications chez les séropositifs surviennent plus fréquemment, (6) ce qui n'était pas le cas dans notre échantillon vu l'instauration rapide du traitement ; qui diminue l'incidence des douleurs post-zostériennes de 50%. (5)

Conclusion :

Le zona peut indiquer un système immunitaire affaibli, incitant au test de dépistage du VIH chez les jeunes patients. (3)

Considéré comme condition immunosuppressive, le zona peut révéler un stade de SIDA, un échec thérapeutique, ou un syndrome de restitution immune. Le retard de traitement a un impact sur le pronostic à court et à long terme des patients séropositifs. (4)

Ecthyma gangrenosum périnéal : une urgence thérapeutique à ne pas rater !

S.Boujloud, FZ. El Fatoiki, H Skali, F. Hali, S.Chiheb

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

Introduction :

L'Ecthyma gangrenosum (EG) est une infection cutanée sévère, potentiellement mortelle qui se produit généralement chez les patients immunodéprimés rarement chez des patients auparavant en bonne santé. Toutefois un ecthyma gangreneux chez un enfant doit faire rechercher un déficit immunitaire transitoire ou persistant.

Le tableau clinique est le plus souvent représenté par des ulcérations évoluant vers la nécrose.

Le clinicien devra poser précocement un diagnostic correct et mettre en place une antibiothérapie en intraveineuse en urgence !

Observation :

Nous présentons le cas d'un enfant de sexe féminin âgée de 2 ans et demi récemment suivie pour une fièvre prolongée qui a présenté depuis une semaine de multiple ulcérations douloureuses initialement localisées au niveau vulvaire avec une bordure érythémateuse puis apparition d'autres ulcères similaires avec une extension rapide au niveau du périnée en absence de zone de nécrose, le tout évoluant dans un contexte fébrile avec altération de l'état général.

Au bilan biologique une anémie hypochrome microcytaire, une neutropénie à 149/mm3 avec une CRP augmentée. Un écouvillonnage cutané a mis en évidence la présence du Pseudomonas aeruginos avec absence de bactériémie à l'hémoculture. Une sérologie EBV a également été demandée revenue négative.

Le diagnostic retenu était un ecthyma gangrenosum sur terrain de déficit immunitaire en cours d'exploration. La patiente fut hospitalisée en urgence en pédiatrie et a été mise sous céphalosporine troisième génération en intraveineuse avec antalgique et soins locaux adaptés. Une guérison avec cicatrisation complète a été observée après 3 semaines.

Discussion :

L'ecthyma gangrenosum est considéré comme une forme rare de septicémie cutanée. Il atteint particulièrement les patients immunodéprimés principalement les neutropénies acquises ou congénitales. C'est une infection sévère potentiellement mortelle causée le plus souvent par le Pseudomonas aeruginosa ; d'autres agents

pathogènes ont été impliqués tels que le Staphylocoques aureus, Escherichia Coli et klebsiella pneumonie.

Cliniquement, il se caractérise par des lésions ulcérées uniques ou multiples à bordure infiltrée érythémateuse et à centre nécrotique. La localisation au siège est particulièrement fréquente.

Le traitement devra être instauré en urgence et comprend une antibiothérapie ciblée par voie intraveineuse. La prévention reste essentielle et passe par des précautions particulières lors des soins face à un patient immunodéprimé.

Les facteurs de risque de récidive des érysipèles de jambes : Etude de 290 cas

A.Kerouach, F.Hali, S.Belanouane, K.ZaroualiOuariti, M. Sodqi, S.Chiheb

Service de dermatologie, Service de Bactériologie, Service de maladies infectieuses

CHU Ibn Rochd, Casablanca , Maroc

Introduction : L'érysipèle est une infection dermo-hypodermique superficielle aiguë, touchant principalement la jambe. La récidive est l'une des complications les plus fréquentes, qui survient dans 12 à 29 % des cas d'érysipèle.

Objectif de ce travail était d'identifier les facteurs de risque de récidive des érysipèles de jambes, afin de réduire le fardeau social et financier de cette affection.

Patients et méthodes : Nous avons inclus dans une étude rétrospective tous les patients hospitalisés au service de dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca pour un érysipèle de jambe entre janvier 2015 et avril 2022.

Les patients ont été répartis en deux groupes : le 1er groupe avec un seul épisode d'érysipèle de jambe (SEE) sans aucune rechute après un suivi de 2 ans, et le 2 ème groupe présente un érysipèle de jambe récurrent (ER), défini comme étant un

épisode d'érysipèle de jambe survenu après au moins un mois à deux ans après le premier épisode et sur le même site anatomique.

Résultats : Deux-cent-quatre-vingt-dix patients ont été recensés, dont 149 patients (soit 51,37 %) avaient un ER et 141 patients avec un SEE (soit 48,60%). Le nombre moyen d'épisodes pour le groupe ER était de 4 (avec des extrêmes allant de 2 à 11). Les récidives sont survenues dans 45 % des cas au cours des 6 premiers mois de suivi, et principalement dans la période estivale (36 % pour le seul mois d'août).

Les facteurs de risque présentant une association significative avec l'ER dans les analyses univariables étaient l'intertrigo interorteil (P = 0,0003), l'onychomycose (P < 0,0001), le lymphœdème (P < 0,0001), le diabète (P = 0,0015), l'obésité (P = 0,002), la prise antérieure d'AINS (P = 0,046) et l'insuffisance veineuse (P = 0,042). En analyse multivariable, Une effraction cutanée [odds ratio ajusté (aOR) = 1,9 ; intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) : 1,0-3,71] et le lymphœdème [aOR= 19,6 ; IC 95 % : 8,0-57,2] étaient significativement associés à la récidive. Le seul facteur général incriminé était l'obésité [aOR 2,3 ; IC à 95% : 1,1-5,2].

L'association initiale entre ER et l'onychomycose n'était plus significative en analyse multivariée, ce qui suggère que l'onychomycose est un facteur de risque indirect de récidive lié à d'autres facteurs tels que l'intertrigo interorteil, la plaie locale et l'eczéma dyshidrosique. Les épisodes graves, définis par la nécessité d'une hospitalisation et/ou d'une antibiothérapie intraveineuses étaient plus fréquents dans le groupe SEE (P = 0,04).

Discussion : Nos résultats suggèrent que l'érysipèle de jambe est une maladie potentiellement chronique. La pierre angulaire de la prévention secondaire est le contrôle des facteurs de risque de récidive, principalement le lymphœdème, l'effraction de la barrière cutanée et l'obésité, en éduquant les patients sur ces risques et mettant en place une prophylaxie antibiotique

ONYpathie DU NOURRISSON : penser a la candidose

C. Ait khabba, M. Asermouh, Z.Mehsas, N.Ismaïli, L. Benzekri , M. Meziane, K. Senouci

Service de Dermatologie et de Vénérologie du CHU IBN SINA

Université Mohammed V Rabat, Maroc

Introduction

Les onychomycoses sont considérées comme des infections liées à l'âge. C'est une pathologie rare chez le nourrisson (incidence inférieure à 0,3 %) et qui constitue 15,5 % des onychodystrophies de l'enfant surtout les trisomiques et les immunodéprimés. Le diagnostic différentiel se pose avec le psoriasis, la dermatite atopique, le lichen plan, l'ichtyose..
Nous allons étudier les caractéristiques épidémio-cliniques des onychomycoses du nourrisson à travers 02 cas cliniques.

Observations

Cas n°1 : Nourrisson de 6 mois, sans antécédents personnels particuliers avec notion d'onychomycose chez le père, qui présente un épaississement de l'ongle du pouce de la main gauche avec une xanthonychie évoluant depuis 20j sans notion de traumatisme, ou de succion du pouce.

A l'examen clinique on notait une xantho-pachyonychie de l'ongle du pouce de la main G atteignant la partie latéro-distale avec une hyperkératose sous-unguéale et un péri-onyxis. Pas d'atteinte des autres ongles des mains et des pieds, pas de lésions muqueuses et le reste de l'examen général était sans particularités.

La dermoscopie objectivait une chromonychie jaunâtre, des stries longitudinales, une hyperkératose sous unguéale avec des bords déchiquetés. Le prélèvement mycologique avec examen direct et culture était en faveur d'une infection à candida albicans>50 colonies. La patiente a été mise sous crème antifongique (ciclopiroxolamine) avec amélioration après 3 mois du traitement.

Cas n ° 2 : Nourrisson de 22 mois, sans ATCDs particuliers, qui présente depuis 8 mois une onychoptose de l'ongle du pouce droit suivie d'une repousse d'un ongle hyperkératosique. A la dermosocopie on note une xantho-pachyonychie avec hyperkératose sous unguéale très importante. L'examen mycologique confirmait la présence de candida albicans et la patiente a été mise sous crème antifongique.

Discussion

Les onychomycoses chez le nourrisson sont considérées jusque-là rares. Cette rareté peut être attribuée à plusieurs facteurs comme la différence dans la structure de la tablette unguéale, la moindre exposition aux traumatismes, la rapidité de la repousse unguéale et l'absence de troubles circulatoires.

Les facteurs favorisants sont difficiles à déterminer : la succion des doigts, la contamination exogène à partir des parents, la contamination endogène provenant d'un autre site infecté comme la peau…

L'âge moyen est de 8 mois (1 mois—1 an), le sexe ratio à 0,98, la localisation préférentielle est les ongles des doigts avec possible atteinte simultanée de plusieurs doigts ou orteils. Cliniquement l'atteinte unguéale est de type disto-latérale avec hyperkératose sous unguéale et péri-onyxis.

La dermosocpie est un outil rapide et facile objectivant une chromonychie chez tous les patients (jaunâtre 100 %), des stries longitudinales, une hyperkératose sous unguéale réalisant un « aspect de ruines », une onycholyse distale avec bords déchiquetés et des hémorragies linéaires.

Les onychomycoses du nourrisson sont le plus souvent d'origine candidosique (C.Albicans) alors que les onychomycoses à dermatophytes (T. rubrum +++,T. violaceum++) prédominent chez les enfants de 11-14 ans.
Il convient de rechercher systématiquement une source d'infection notamment une teigne, une atteinte interdigito- plantaire, une dermatomycose familiale, ...
Les antifongiques systémiques n'ont l'AMM qu'à partir de 16 ans, les antifogiques topiques (ciclopirox) sont préférés. Une abstention thérapeutique est possible vu la croissance plus rapide de l'ongle.

Conclusion

Les onychomycoses du nourrisson sont rares avec une prévalence en nette augmentation. Il est impératif de rechercher une source d'infection et la confirmation mycologique permet un traitement précoce et adéquat.

La varicelle auprès des médecins : connaissances et prise en charge thérapeutique

S. Jebbouje[1], F. Hali[1], H. Rachadi[1], S. Chiheb[1]

[1] Service de dermatologie, Chu Ibn Rochd Casablanca, Maroc

Introduction : La varicelle est une éruption cutanée virale très fréquente chez l'enfant. Elle fait partie du quotidien des médecins. Son traitement est essentiellement symptomatique, fait l'objet de plusieurs recommandations contre indiquant l'introduction de plusieurs médicaments (AINS, l'acide acétyle salicylique, les corticoïdes..). Le but de notre travail était d'évaluer les connaissances et les pratiques des médecins sur la prise en charge de la varicelle.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive et transversale portant sur l'ensemble des médecins marocains. Les données ont été collectées à travers un questionnaire distribué aux médecins publics et privés à travers les plateformes des réseaux sociaux. Ce questionnaire rempli de façon anonyme, a comporté 38 questions évaluant les connaissances et les habitudes thérapeutiques des praticiens en cas de varicelle. L'enquête sur le terrain s'est déroulée sur une période de 4 mois du Mai 2022 au septembre 2022.

Résultats : Le taux de participation était à 100%. La population de l'étude a été constituée de 337 médecins dont 229 du secteur public et 108 du secteur privé. Le sex-ratio était de 2.4 en faveur des femmes. La moyenne d'âge des médecins est de 38.31 avec prédominance de la tranche d'âge de <40 ans. Selon l'expérience clinique des médecins interrogés : 70.3 % des médecins reçoivent des cas de varicelle dans leur pratique quotidienne avec une moyenne de 2 cas par jour. Les enfants d'âge scolaire étaient les plus touchés pour 97.3% des médecins, la fréquence de la varicelle augmente à l'été pour 40% des médecins. Sur le plan connaissances : la fièvre (97.3%) et l'asthénie (70.3%) représentent les prodromes les plus rencontrés. Les lésions cutanées sont représentées par des vésicules (86.5%), pustules (59.5%), croûtes

(56.8%), papules (40.5%), macules (32.4%) et cicatrices rosées (24.3%). 89.2% des médecins connaissaient le caractère ombiliqué de la vésiculopustule et 45.9% des médecins connaissaient la forme atypique de la varicelle. 62.2% des médecins n'ayant jamais reçu une forme grave de la varicelle. 91.9% des médecins connaissaient les complications de la varicelle à savoir les surinfections cutanées bactériennes (93.9%), pulmonaires (57.6%), neurologiques (42.4%) et le syndrome de Reye (21.2%).

37.8% des patients avaient déjà reçu un cas de varicelle chez un patient immunodéprimé, dont 78.2% avaient le réflexe d'hospitalisation en premier lieu.

62.2% des médecins considéraient que la vaccination antivaricelle est importante dont 59.9% connaissaient les recommandations vaccinales. Sur le plan thérapeutique : 29.7% des médecins prescrivaient l'antiviral par voie orale. 67.6% des médecins savaient l'existence des indications à l'introduction de l'antiviral en IV. 5.4% optaient pour une antibiothérapie orale. L'antipyrétique de choix était le paracétamol pour 91.9% des médecins. Tous les médecins savaient que l'acide acétylsalicylique est contre indiqué au cours de la varicelle. L'antihistaminique était recommandé par 83.8% des médecins. Les antiseptiques cutanés étaient prescrits par 94.6% des praticiens. L'éviction scolaire était recommandée par 89.2% des praticiens avec une moyenne de 7 jours chez 83.3%.

Discussion : il en ressort de ce travail que le niveau de connaissance des médecins est moyen vis-à-vis cette pathologie, et médiocre en ce qui concerne le volet vaccination. De même, les recommandations et les propositions thérapeutiques dans le traitement de la varicelle sont faiblement appliquées par nos médecins, on assiste encore à des erreurs de prescription ambulatoire.

Dermatite à pyemotes : le signe de la comète

Imane Bahbouhi 1* , Houda Tadili 1 , MaryemAboudourib 1 , Said Amal 1 , OuafaHocar 1

1 Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Mohammed VI, Av. Ibn Sina 2360, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction

La dermatite à Pyemotes, survenant surtout en été, a été décrite principalement dans le sud de la France. Elle est liée à la piqûre d'un acarien, le Pyemotesventricosus. Sur le plan clinique, le signe de la comète est fortement évocateur du diagnostic.

Observation :

En août 2021, une femme âgée de 45ans, sans antécédent particulier, consultait pour une eruption cutanée prurigineuse apparue trois jours auparavant. Il n'y avait pas de notion de retour d'un voyage, ni de piqûre d'insecte, ni d'application de substance topique. L'examen trouvait au niveau de l'épaule gauche une lésion papulonodulaire centrée par une dépression croûteuse, reposant sur un fondmaculopapuleux érythémateux associée à une traînée linéaire se prolongeant vers la region sternale, mesurant plusieurs centimètres de longueur. Cet aspect réalisant le « signe de la comète », était évocateur d'une dermatite à pyemotes. L'évolution était rapidement favorable après un traitement par dermocorticoïdes.

Discussion:

La dermatite à Pyemotes est due à la piqûre d'un acarien habituellement parasite d'insecte, survenant généralement en période estivale, de mai à septembre avec un pic en juillet et août, parce que la température optimale de développement de l'acarien se situe autour de 26°C. L'éruption apparaît de manière retardée par rapport à la piqûre, avec un délai de dix à 48 heures, et concerne généralement les régions couvertes. La piqûre est habituellement indolore. L'éruption est à type de lésions maculopapuleuses érythémateuses prurigineuses, parfois centrées par une vésicule, suivies par l'apparition dans un deuxième temps d'une traînée érythémateuse linéaire appelée « signe de la comète ». Ce signe, décrit par Del Giudice et al en 2006, est fortement évocateur du diagnostic. Cette traînée linéaire pourrait correspondre à une forme de lymphangite limitée ou serait due à une réponse immunitaire induite par la piqûre. Le traitement est symptomatique basé sur l'utilisation de dermocorticoïdes, associé aux mesures environnementales visant à éviter la réinfestation.

Médecine interne :

La tuberculose cutanée : un diagnostic trompeur

S.BELLASRI; I.LAKHAL;R.CHAKIRI
Service de Dermatologie, CHU SOUSS MASSA, Agadir, Maroc

Introduction:
La tuberculose est une maladie infectieuse endémique où l'atteinte pulmonaire occupe la première place, au Maroc, la localisation cutanée représente 2 % des localisations extrapulmonaires. Son diagnostic reste difficile à établir en raison du polymorphisme des tableaux anatomocliniques, de la difficulté d'isoler l'agent pathogène et de la multiplicité des diagnostics différentiels.[4]

Observation :
Nous rapportons un cas d'une patiente âgée de 65 ans, diabétique sous anti diabétiques oraux depuis 4 ans, qui consulte pour des nodules cutanées situées au niveau du pouce et du 5 ème doigt de la main gauche évoluant depuis 1 an, suivie 7 mois après par l'apparition d'une adénopathie axillaire gauche fistulisée sans autres signes associés.Initialement le diagnostic de
panaris a été posé par les traumatologues d'où la mise sous antibiothérapie mais sans amélioration.
Devant la non amélioration et lors d'une deuxième consultation dermatologique,l'interrogatoire poussé a révélé la présence de signes d'imprégnation tuberculeuse à savoir des sueurs nocturnes et une altération de l'état général.
L'examen clinique trouvait deux nodules durs, l'un au pouce, ulcéré, et le deuxième au 5 ème doigt de la main gauche, mesurant 3 cm de grand axe chacun, douloureux, et une adénopathie axillaire gauchemobile, émettant du pus à la palpation évoquant un scrofuloderme. Le reste de l'examen somatique était sans particularités.Devant cet aspect clinique on avait évoqué une tuberculose cutanée, une sarcoïdose cutanée pour les nodules des doigts et une hydradénite suppurée au niveau axillaire.
Une IDR à la tuberculine a étédemandée revenue positive à 23 mm, la biopsie du pouce a révélé une dermite granulomateuse épithélio-giganto-cellulaire en faveur d'une tuberculose. La radiographie thoracique montrait des infiltrats parenchymateux basithoraciques bilatérales et une adénopathie hilaire droite révélant une tuberculose pulmonaire sous-jacente. La patiente a été donc adressée au centre spécialisédes malades tuberculeux pour prise en charge.

Discussion :
Les présentations cliniques de tuberculose cutanée sont multiples, toutefois au Maroc comme au Maghreb, les lésions gommeuses et scrofulodermes sont les plus fréquentes.[5]Les scrofulodermes résultent de l'envahissement, par contiguïté, de la peau à partir d'un foyer sous-jacent. Cette forme de tuberculose cutanée réalise un ou des nodulesfermes sous-cutanés, mobiles au départ, qui se ramollissent secondairement pour fistuliser en regard de foyers tuberculeux profonds ganglionnaires ou ostéoarticulaires. Les gommes tuberculeuses se traduisent par des abcès froids tuberculeux métastatiques. La dissémination du BK dans les tissus sous-cutanés se fait par voie hématogène, à partir d'un foyer tuberculeux à distance. Cliniquement, les gommes réalisent des nodules dermohypodermiques bien limités, indolores, fermes puis fluctuants, qui s'ulcèrent et finissent par cicatriser. Elles sont souvent multiples, asymétriques, de taille variable (3 à 10 cm de grand axe) et fréquemment situées sur les membres. Classiquement, elles surviennent sur un terrain débilité, chez des enfants dénutris ou des patients

immunodéprimés.Un foyer tuberculeux initial (pulmonaire ou autre) est fréquemment retrouvé.
L'IDR est habituellement positive dans les deux formes.L'histologie retrouve des granulomes ou tuberculoïdes constitués d'un amas de cellules épithélioïdes et de cellules géantes de type Langhans ou encore des infiltrats non spécifiques. Le granulome tuberculeux avec nécrose caséeuse est moins fréquent.
Le diagnostic positif impose une recherche systématique d'autres localisations qui peuvent précéder l'atteinte cutanée, ou plus rarement être révélées par cette dernière. Cela va permettre une prise en charge thérapeutique adéquate s'adaptant au cas par cas.

Conclusion :
La tuberculose cutanée peut se révéler difficile à reconnaître. Les aspects cliniques étant multiples, la biopsie cutanée est recommandée devant toute lésion cutanée chronique et traînante. Le diagnostic est surtout basé sur l'histologie. Elle peut s'associer à d'autres localisations connues de la maladie ou exceptionnellement les révéler. Notre cas demeure intéressant par la coexistence de deux formes de tuberculose cutanée chez une même patiente qui ont révéler une atteinte pulmonaire sous-jacente.

MALADIE DE BEHCET : A PENSER DEVANT UN ULCERE DOULOUREUX, A PROPOS DE 2 CAS

J. El Haddad Meriem, Ibtissam Al Faker, Farah Marraha Hanane Chahoub, Najlae Rahmani Youness Benyamna, Kabbou Soukayna, Rkiek Yasmine, Snoussi Ilham, Boukamza Firdaous , Talhaoui Imane, El Ghazouli Israe, Gallouj Salim

Service de Dermatologie Vénéréologie CHU Tanger, Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université Abdelmalek Saidi -Tanger -Maroc

Introduction :

La maladie de Behçet (MB) est une maladie multisystémique, chronique et inflammatoire caractérisée par un large spectre de manifestations. Bien que les lésions cutanéo-muqueuses et articulaires représentent les caractéristiques cliniques bénignes de la maladie, d'autres peuvent développer des manifestations graves et potentiellement mortelles. L'atteinte vasculaire est observée chez environ 46% des patients atteints de la maladie de Behçet, dominée par l'atteinte veineuse qui se voit dans 24,9% à 43% . Les ulcères de jambes ne sont pourtant qu'exceptionnellement décrits. Nous en rapportons 2 cas hospitalisés dans notre service.

Observation 1

M.M patient de 62 ans est connu porteur de la MB depuis de 40 ans. Le diagnostic a été retenu devant l'association d'aphtose buccales et génitales récidivantes, une thrombophlébite et un pathergy test positif. Le patient a été traité au long cours par colchicine, sintrom et prednisone à faible dose (7,5mg).

A son admission, l'examen clinique trouvait des ulcères des deux jambes récidivants et invalidants, accompagnée de signes d'insuffisance veineuse.

Le doppler veineux avait montré une thrombose partielle de la veine fémorale commune et superficielle.

Après le traitement symptomatique et les soins locaux, l'évolution se faisait vers la cicatrisation des ulcères

Observation 2

T.M patient de 58 ans est connu porteur de la MB depuis 4 ans. Le diagnostic a été retenu devant l'association d'une aphtose buccale récidivante à des aphtes génitaux, des pseudofolliculites et un pathergy test positif, Le patient a été traité par la colchicine, immunosuppresseurs et prednisone à forte dose (60mg/).

A son admission, l'examen clinique trouvait de multiples ulcères dans les deux jambes, avec une peau peri-lesionnelle siège d'une dermite ocre.

L'echodoppler veineux avait montré une thrombose veineuse profonde intéressant les deux membres inferieurs étendue du système veineux superficielle .

Le doppler artériel n'avait montré aucune anomalie au niveau du réseau artériel au niveau des deux membres

La biopsie cutanée réalisée au niveau des berges de l'ulcère montrait des lésions de vascularite avec nécrose fibrinoïde cerné par un infiltrat inflammatoire comportant quelques leucocytes neutrophiles confirmant l'origine vasculaire de ces ulcères de jambes.

Après l'ajustement de son traitement et les soins locaux, l'évolution se faisait vers le début la cicatrisation des ulcères

Discussion

Les ulcères des membres inférieurs au cours de maladie de Behçet sont rarement rapportées dans la littérature par rapport aux autres manifestations cutanéomuqueuses habituelles de la maladie. En effet Vaiopoulis G n'a rapporté qu'un seul cas dans sa série de 202 patients ayant la maladie de Behçet avec manifestations cutanées ; soit une fréquence de 0,5%. Kerkeni N. a rapporté trois cas dans sa série de 28 cas d'atteintes cutanées au cours de la MB et Takeuchi A. n'a signalé que cinq cas dans sa grande série thérapeutique. Sinon les autres cas sont rapportés de façon sporadique. De notre part nous n'avons observé cette lésion assez particulière que deux fois dans notre série de MB.

Dans le cas des ulcères de jambes, le mécanisme physiopathologique inclue une vascularite cutanée avec une réaction inflammatoire accrue, la rendant moins susceptible de guérir spontanément. Le spectre histologique varie de la vascularite nécrosante complètement développée avec nécrose fibrinoïde marquée des parois vasculaires à l'inflammation périvasculaire avec ou sans infiltrat inflammatoire.

Le traitement de l'ulcère de jambe au cours de la MB est souvent difficile à réaliser. Il repose sur la colchicine et la corticothérapie orale, la dapsone et chlorambucil ont été également utilisés avec succès Les corticostéroïdes topiques, la thérapie des plaies par pression négative (TPN) se sont avérées efficace. Les formes récidivantes et résistantes aux thérapeutiques habituelles ont répondu favorablement aux prostaglandines : le OP-1206-CD®. Actuellement la biothérapie occupe la place de choix dans le traitement de ces atteintes.

Conclusion :

L'ulcère de jambe reste une manifestation exceptionnelle de la maladie de Behçet. Un bilan vasculaire se trouve indiqué à la recherche d'une thrombose veineuse profonde ou d'une obstruction cave inférieure sous-jacente. Établir le lien entre l'ulcère de jambe et la maladie de Behçet, bien que difficile si ces lésions sont révélatrices, est indispensable pour une prise en charge appropriée.

La prise en charge est souvent lourde et multidisciplinaire. La corticothérapie et les anticorps monoclonaux sont à nos jours les thérapeutiques les plus efficaces pour ces lésions.

Connaissances, prévalence de l'acné et son retentissement sur la qualité de vie auprès des lycéens de la ville d'Agadir

S.BELLASRI; R.CHAKIRI

Service de Dermatologie, CHU SOUSS MASSA, Agadir, Maroc

Introduction :

Par son caractère affichant, l'acné représente une source d'insatisfaction liée à son apparence notamment auprès des adolescents, cette tranche d'âge particulièrement sensible aux troubles de l'humeur. Son impact psychologique peut affecter l'estime de soi, la qualité de vie et le rendement scolaire, nécessitant ainsi une vigilance accrue afin de pouvoir repérer les éventuels troubles anxio-dépressifs qui peuvent en résulter, voire les traiter s'ils persistent.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique au moyen d'un questionnaire anonyme auprès des lycéens de la ville d'Agadir. Le but était d'évaluer la prévalence ainsi que les connaissances autour de l'acné dans cette population, et secondairement d'évaluer le retentissement psychologique de cette pathologie sur la qualité de vie et le rendement scolaire. L'analyse statistique a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS,

les associations pour lesquelles la valeur-p était inférieure à 0,05 ont été considéré comme statistiquement significatives.

Résultats :

327 réponses ont été collectées au total. Le sexe ratio H/F était de 0,31/1. 45,6% des participants avaient plus de 17 ans. Parmi les lycéens inclus, 50,5% étaient en 2 ème année baccalauréat, 31,5% en 1 ère année baccalauréat et 18% en tronc commun. Au total 96% des lycéens n'étaient suivi pour aucune pathologie quelconque. Concernant les connaissances autour de l'acné, 53,2% des participant affirment en avoir déjà entendu parler, seul 41,3% savaient vraiment ce qu'est une acné et 5,5% affirment n'avoir aucune idée sur cette pathologie. Parmi les lycéens qui ont des connaissances sur l'acné, 61,8% affirment que c'est une pathologie d'origine génétique, 58,1% assurent qu'elle est due à un déséquilibre hormonal, 57,5% avancent que c'est une condition normale chez les adolescents et 7,6% affirment qu'elle est due à une mauvaise hygiène de vie. Au total, 64,5% affirment reconnaître que l'acné reste une pathologie qui régresse sous traitement médicamenteux et 16,8% attestent qu'elle régresse spontanément avec le temps sans traitement. 0.6% des participant affirment qu'elle est incurable.

À propos de la prévalence d'acné dans notre étude, 82,9% des participants ont répondu avoir une acné. La première localisation était le visage avec un pourcentage de 97,9%, suivie du dos et épaules (40,4%), région fessière (33,2%) et la poitrine (13,6%).

Pour les lycéens ayant une acné, 77,9% ont consulté chez un médecin, 57,5% ont demandé conseil à leurs entourages, 30,5% ont recherché des solutions sur les réseaux sociaux, 5,3% ont demandé conseil à leurs pharmaciens et 4,2% n'ont rien fait.

Les participants acnéiques exposés au stress, soleil et alimentation déséquilibrée semblent avoir plus de chance de développer une acné modérée à sévère ($p<0,001$). Concernant le traitement suivi, 27% des participants suivaient à la fois un traitement oral, local, des produits cosmétiques et des remèdes naturelles à domicile, dont 19,9% rapportent une amélioration minime de leur acné et 6,8% seulement rapporte une nette amélioration ($p<0,01$), comparé à 16,9% qui ne prenaient pas de traitement oral dont 11,1% rapportent une amélioration minime et 5,7% une nette amélioration ($p<0,01$). 11,5% prenaient un traitement oral et local à la fois dont 6,8% rapportent une nette amélioration et 4,7% une amélioration minime. 6,1% n'appliquaient que des produits cosmétiques et des remèdes naturels dont 5,4% rapportent une amélioration minime et 0,7% ne rapportent aucune amélioration ($p<0,01$).

Concernant le retentissement psychosocial, le sexe féminin semble être plus concerné ($p<0,001$), l'estime de soi et les relations sociales sont plus affectés chez les participants avec une acné modérée à sévère que chez ceux avec une acné minime ($p<0,001$). Les lycéens avec une acné sévère sont plus susceptibles à ressentir de l'anxiété et de la

dépression à cause de leurs images (p<0,001). Le retentissement scolaire péjoratif est plus marqué chez les participants ayant une acné sévère (p<0,001).

Discussion :

L'acné est une maladie fréquente, la majorité des études faites auprès des adolescents rapporte une prévalence de 80 à 90%, ce qui rejoint les résultats de notre étude. En ce qui est des connaissances autour de cette pathologie, nos résultats se rapprochent d'une étude similaire faite par Peiqi Su en Singapore auprès d'un institut tertiaire qui a révélé l'implication des gènes dans 65% des cas et des hormones dans 59,7%, par contre dans son étude 65% ont relié l'acné à un manque d'hygiène contre seulement 7,6% dans la nôtre. Milena RažnatovićĐurović dans une étude récente similaire à la nôtre au Montenegro, 85% des participants ont relié l'acné à un manque d'hygiène. Par ailleurs, seul 4,8% des participants dans une autre étude de WaneeWisuthsarewong en Thailand ont relié l'acné au manque d'hygiène. Ces différences de perceptions peuvent souligner le manque de sensibilisation dans notre échantillon. Seuls les participants ayant suivi un traitement médical rapporte un pourcentage de nette amélioration rejoignant ainsi les données de la littérature. 64,5% au total reconnaissent que l'acné régresse sous traitement médicamenteux avec le temps, des données qui se rapprochent de l'étude récente de Savo Irina faite en Albanie.

Dans le retentissement de l'acné sur la vie psychique du sujet, il est habituel de souligner un mouvement dans les deux sens : l'acné, le plus souvent faciale et affichante, peut être à l'origine de réactions émotionnelles négatives, elles-mêmes pouvant aggraver l'acné, soit subjectivement dans la perception que le sujet en a, soit objectivement par des manipulations auto-agressives. Les résultats de notre étude rejoignent les données de la littérature en ce qui concerne la susceptibilité du sexe féminin à l'impact psychologique de l'acné comparé au sexe masculin . Par ailleurs, la corrélation clinique avec l'intensité du retentissement psychosocial de l'acné reste absente dans l'ensemble des études faites dans ce sens, en effet, le retentissement est corrélé à la perception personnelle de chaque individu, si l'acné est jugée comme sévère, le retentissement l'est aussi généralement.3

Conclusion :

Il va sans dire que l'acné a bel et bien un retentissement psychosocial sur l'individu, notamment chez les adolescents. Ceci implique de bien rechercher les différents troubles anxio-dépressifs qui peuvent en suivre afin d'améliorer l'estime de soi, la qualité de vie et le rendement scolaire de cette tranche d'âge particulièrement. Il serait judicieux notamment de mieux faire connaître et médiatiser cette pathologie auprès des adolescents afin d'améliorer les connaissances et limiter l'angoisse qu'elle peut engendrer.

Pityriasis lichenoïde : Série de 6 cas

O. LAFDALI, I.ELMODAFFAR , H.MARGHADI , O .HOCAR, S .AMAL , M.ABOUDOURIB

Service de dermatologie CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de bioscience de la FMPM

Introduction :

Le Pityriasis lichénoide , anciennement dénommé « parapsoriasis en gouttes » est une dermatose inflammatoire d'étiologie inconnue, caractérisée par une éruption constituée de nombreux éléments maculopapuleux et squameux , c'est un diagnostic relativement rare et son éthiopathogenie n'est pas clairement élucidée .

Patient et méthodes :

Nous rapportons le cas de 6 patients, diagnostiqués au sein du service de dermatologie du CHU mohamedVIMarrakech , avec un pityriasis lichénoïde dans sa forme aigue ou chronique .

Observation :

Six malades dont 2 hommes et 4 femmes avec une moyenne d'âge de 26,5 (58 ans – 8 ans) , sans antécédents pathologiques particuliers présentaient tous un premier épisode d'une éruption cutanée généralisée chez 5 d'entres eux et localisée chez une seule patiente . Cette éruption évolue depuis une moyenne de 3,3 mois (7 mois – 2 semaines).

L’éruption généralisée était faite de multiples lésions maculeuses érythémateuses évoluant rapidement vers des papules et se recouvrant parfois par des croutes micacées au niveau abdomen, tronc, dos, et membres chez 5 patients. Une seule patiente présentait des lésions papuleuses localisées au niveau de la face interne de la jambe droite sur cicatrice post opératoire .

Le prurit était absent chez 4 patients et important chez les 2 autres. L’état général était conservé chez les 4 adultes de la série et altéré chez les 2 autres -enfants-. En dérmoscopie on objectivait un aspect de réseau capillaire très pauvre, des squames fines, et plusieurs granules brunâtres.

Sur le plan biologique, une NFS a été réalisée chez 3 patients devant l’altération de l’état général, montrant une hyperleucocytose à prédominance neutrophile et une VS élevée à la première heure. Une hyper éosinophilie chez une seule malade.

Une biopsie a été réalisée évoquant un pityriasis lichénoïde aigu dans 4 cas et un pityriasis lichénoide chronique dans 2 cas.

Notre démarche thérapeutique a consisté en des séances de photothérapie UVB (20 séances à raison de 2 séances par semaine et une antibiothérapie à base de macrolides chez 3 patients (érythromycine 500 x 2 par jour chez l’adulte et azithromycine 10mg/kg/j chez l’enfant), et à base de cyclines chez les 3 autres. L’évolution était bonne sur le plan clinique laissant place à des cicatrices leucomélanodermiques.

Discussion :

Une étude avec une population de grand effectif comprenant 82 sujets montrait un âge moyen de 29 ans (2). Les autres études ont rapporté des âges moyens de 25 à 40 ans . Notre série n’était pas très loin des données de

littérature avec une moyenne d'âge de 25,5 ans. Par rapport à la prédominance féminine dans notre série (67%) , celle-ci s'accorde parfaitement avec plusieurs séries de littérature .

L'utilisation des cyclines dans notre série a été bénéfique. Dans la littérature, Des auteurs ont rapporté l'efficacité de la tétracycline chez leurs patients atteints de PLC à une dose de 2g par jour pendant 2 à 4 semaines, suivi d'une dose d'entretien de 1g par jour. L'évolution était bonne avec disparition des lésions à un an de traitement.

L'utilisation des macrolides dans le pityriasis lichenoide chez une population pédiatrique à dose de 200 mg d'érythromycine 3 ou 4 fois par jour, était le gold standard dans plusieurs séries de la littérature. Un taux de rémission assez élevé a été obtenu (70%).

D'autres auteurs ont noté une amélioration assez satisfaisante après traitement par érythromycine chez des enfants atteints de pityriasis lichénoïde.Des antibiotiques comme lacéphalexine, l'amoxicilline-acide clavulanique, le céfaclor, la tétracycline et l'azithromycine ont aussi été utilisés occasionnellement aprèséchec de l'érythromycine ou en première ligne.

Aucun cas dans la littérature n'a décrit un pityriasis lichenoide sur cicatrice post opératoire , par contre quelques études ont rapportées des PLEVA après une vaccination faisant évoquer une réaction immunologique secondaire à une origine virale .

Conclusion

Le pityriasis lichénoïde est une dermatose affichante dont le diagnostic nécessite une bonne analyse sémiologique . Une prise en charge précoce peut prévenir leslésions cicatricielles indélébiles qui peuvent engendrer un fort retentissement social, psychologique et physique

Un syndrome de Sweet induit par piqûre d'insecte.

S. Ait Oussous[1]; F. El Alaoui El Abidi[1]; I. Lakhal[1]; R. Chakiri[1]

[1]Dermatologie et Vénéréologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Profil épidémio-clinique de l'acné au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire d'Agadir :

H. ElHalla;R.Chakiri

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

Introduction :

L'acné est une pathologie inflammatoire chronique du follicule pilosébacé évoluant par poussées. Elle touche 70 à 80 % des adolescents et peut être à l'origine des cicatrices. Elle apparaît à la puberté et disparaît le plus souvent à l'âge adulte.L'objectif de ce travail est d'étudier le profil épidémio-clinique des acnés diagnostiquées dans notre formation.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients suivis pour acné au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Sous- Massa d'Agadir sur une période allant de juillet 2019 au Aout 2022.

Résultats :

Cent patients étaient inclus : 83% des femmes et 17 % des hommes. L'âge moyen était de 21.82 ans. Tous les patients étaient des marocains. 64.4% des patients n'avaient pas d'antécédents pathologiques particuliers. La localisation la plus fréquente était le visage avec un pourcentage de 76.8%, suivi de 20% pour visage et hors visage et 3.2% des patients avaient une localisation hors visage seul : cou, dos, poitrine et bras.

94.4% avaient une séborrhée, 96.3% avaient des lésions rétentionnelles, 55.6% avaient des lésions inflammatoires superficielles, 5.6 % des lésions inflammatoires profondes et 3.7% des cicatrices. Les formes cliniques étaient : acné mixte (63.9%),

suivi d’acné rétentionnelle (27.8%), puis, acné inflammatoire (8.2%).Parmi les quinze patients présentant des signes d’hyperandrogénie, 66.7% présentaient un hirsutisme, hyperpilosité chez 20 %, suivie d’alopécie androgénique (6.7%) et oligoménorrhée (6.7 %). Le traitement par l’association de peroxyde de benzoyleet rétinoïde topique était utilisée dans 37 cas, des rétinoïdes topiques seuls (22 cas), l’association de peroxyde de benzoyle + rétinoïde topiqueet l’antibiothérapie générale (21 cas), hormonothérapie (6 cas), isotrétinoine (5 cas), antibiotique généraleseul (5 cas), association rétinoïdes topiques + peroxyde de benzoyle + antibiotiques généraux (2 cas), association rétinoïdes topiques + peroxyde de benzoyle + isotrétinoine (1 cas), rétinoïde topique associé à l’antibiothérapie générale (1 cas). Les mesures hygiéniques avec photoprotection étaient toujours de mise.

Discussion :

L’acné est une maladie inflammatoire chronique du follicule pilo-sébacé évoluant par poussées, elle représente un motif fréquent en consultation dermatologique. Laprédominance dans notre série chez l’adolescent etl’adultejeuneconcorde avec lesdonnées de la littérature.La sex-ratio est de 1, cependant, les femmes consultent plusfréquemment que les hommes comme pour toute affection cutanée surtout dansle cas de l’acné qui est une dermatose souvent affichante. Dans notre étudenous avons retrouvé une forte prédominance féminine.Trois facteurs jouent un rôle essentiel dans l’apparition de l’acné :l’hyperséborrhée, la kératinisation anormale de l’épithélium folliculaire et uneréaction inflammatoire locale liée à la présence d’une bactérie : lePropionibacteriumacnes.

Le diagnostic est clinique, elle est une affection polymorphe dans laquelle on retrouve différenteslésions élémentaires qui peuvent coexister ou succéder les unes aux autres lors des poussées. Dans notre série, la forme la plus fréquente est l’acné mixte, ce qui rejoint les données de la littérature. Le traitement médical dépend de la forme clinique et la sévérité des lésions cutanées, cette dernière est évaluée par le score : échelle Global AcneEvaluation (GEA), L’association de peroxyde de benzoyle et rétinoïde topique est le traitement le plus prescrit.Devant des troubles du cycle menstruel ou un hirsutisme ou une acné d’apparitionprécoce, un bilan endocrinologique devra être proposé.

Conclusion :

La prévalence de l'acné est de l'ordre de 80 % dans la majorité des pays du monde. C'est une affection qui peut être lourde par son retentissementpsychologique.Si le diagnostic est engénéral facile, la prise en charge thérapeutique doit être adaptée au type d'acné et sa sévérité.L'acné est aujourd'hui considérée commeune maladie chronique nécessitant un traitement d'induction et d'entretien.

Introduction :

Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophilique rare.Il est caractérisé par une constellation de symptômes cliniques, d'anomalies biologiques et histologiques.

Au cours des dernières années, la compréhension de son spectre clinique s'est élargie mais son étiologie demeure incertaine. Certains auteurs suggèrent un possible phénomène de pathergie.

Observation :

Un homme de 64 anss'est présenté en consultation pour des lésions douloureuses et prurigineuses, siégeantau niveau des zones découvertes (mains, avant-bras et cou),évoluant depuis 3 jours. Les lésions étaient précédées par des piqûres d'insecte au même endroit.L'anamnèse ne retrouvait pas demaladie associée, ni prise médicamenteuse, ni notion d'infection ou de vaccination récente.A l'examen clinique, on notait de multiples papules et plaquesérythémato-violacées, infiltrées, bien limitées, de taille variable, dont certaines étaient centrées par des vésiculo-pustules ou croûtes.Le patient était apyrétique, avec un état général conservé.Le bilan biologique a révélé une élévation de la CRP (54mg/l) et une VS accélérée (1ère heure= 76 mm ; 2ème heure= 96 mm). La numération formule sanguine quant à elle était normale.Une biopsie a été réalisé objectivant un infiltrat dermique riche en polynucléaires neutrophiles en faveur d'un syndrome de Sweet. Le patient a été mis sous corticoïde topique et AINS avec bonne évolution clinique.

Discussion :

A notre connaissance, c'est le 2ème cas de syndrome de Sweet induit parpiqûred'insecte.Le 1er cas,rapporté par M.Soua, était une femme de 65 ans, suivie pour leucémie lymphoïde chronique, et qui a présenté un tableau clinico-biologique similaire à notre patient. Elle a été traitée par doxycycline, ce qui a entraîné une guérison complète en 2 semaines.

Le syndrome de Sweetou dermatose aigue fébrile neutrophilique est une maladie inflammatoire rare à expression cutanée prédominante. Il est caractérisé par son polymorphisme clinique et la diversité des maladies qui peuvent lui être associées.

Les mécanismes physiopathologiques du syndrome de sweetsont mal élucidés. Certains auteurs suggèrent une hyperréactivité du système immunitaire, probablement médiée par des cytokines, entraînant un afflux de neutrophiles activés par IL-1. Bien que rare, un phénomène de pathergie a été décrit après piqûre d'insecte, traumatisme, brûlure, perfusion ou biopsie, vaccination, morsure ou griffure de chat.Ce phénomène est déclenché chez les patients qui semblent présenter une hypersensibilité exagérée notamment aux piqûres d'insectes.

Capillarite purpurique type lichen aureus : à propos d'un cas :

H. El Halla, I. Zouine, S. Bellasri, FZ. El Alaoui, C. Cherrad, R. Chakiri

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

Introduction :

Le lichen aureus est une forme rare des dermatosespurpuriquespigmentées,désigné par Calnan en 1960. Il affecte généralement les jeunes adultes de sexe masculin et est typiquement localisé sur une jambe unilatérale.Sa couleur varie de l'orange ou du brun doré au violet, selon l'étendue de l'hémorragie et du dépôt d'hémosidérine.

Nous rapportons une observation de lichen aureus chez une patiente âgée de 48 ans.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 48 ans, suivie au service de médecine interne pour anémie ferriprive, des arthralgies inflammatoires et une aphtose buccale récidivante, adressée à la consultation de dermatologie pour des lésions cutanées localisées à la jambe droite, sans notion de traumatisme, persistantes depuis 4 ans, non douloureuses et non prurigineuses.

L’examen général trouvait unepatiente consciente, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique.

L’examen dermatologique objectivait un phototype 3, des macules violacées au niveau de la face interne de la jambe droite, s’effaçant à la vitropression, indolores à la palpation.

L’examen dermoscopique trouvait des télangiectasies linéaires avec une pigmentation rouge cuivrée sur le fond.

L’examen des muqueuses trouvait des érosions buccales.

Le reste de l’examen clinique était sans anomalies.

L’étude anatomo-pathologique d’une biopsie cutanée faite, mesurant 8 mm, objectivait un épiderme normoacanthosique surmonté d’une kératine orthokératosique, avec présence au niveau du derme d’un infiltrat lymphocytaire périvasculaire, sans lésions de vascularite. Il s’accompagne d’extravasation érythrocytaire et de dépôts d’hémosidérine. Absence de bande sous épidermique ou de lésions d’interface, absence d’infiltrat lymphoïde atypique ou d’épidermotropisme : aspect morphologique en faveur d’une capillarite pigmentaire.

Devant cet aspect clinique, dermoscopique et histologique, le diagnostic de Lichen aureus a été posé.

La prise en charge étaitun traitement par diprosoneune application par jour pendant 6 semaines, avec un bilan biologique : NFS-PQ, TSH us et le dosage de la vitamine D.

Discussion :

Le lichen aureus est une variante localisée de la dermatite purpurique pigmentée et est rarement reporté.L'éruption est généralement asymptomatique, chronique et résistante au traitement. Les lésionssont cliniquement caractérisées par une couleur distinctive :orange ou brun doré. Elles se présentent sous forme de macules, de papules confluentes ou de plaquesavec des pétéchies occasionnelles. On note une prédilection pour les hommes et les extrémités inférieures, le plus souvent les jambes.

L'étiologie du lichen aureus est inconnue. Plusieurs explications concernant le mécanisme physiopathogénique du dermatite purpurique pigmentée ont été postulées. L'une des explications possibles est l'implication de l'immunitécellulaire. La plupart des cellules infiltrées dans leslésions étaient des cellules T CD4+, et ces cellules, ainsi que les kératinocytes, exprimaient des antigènes HLA-DR.Une explication alternative est

l'insuffisance veineuse.Cette hypothèse reste controversée et ne peut cependant pas expliquer l'apparition de l'éruption chez notre patiente, vue l'absence des signes cliniques d'insuffisance veineuse.

L'examen dermoscopique montre une pigmentation rouge cuivrée sur le fond, imprégnée d'un réseau brun foncé. De plus, des vaisseaux linéaires dans la partie centralede la lésion accompagnée de vaisseaux ponctués, surtout dans la périphérie de la lésion.

Sur le plan histopathologique, laprincipale observation est une infiltration lymphohistiocytaire dense, en bandes, avecextravasation d'érythrocytes et dépôt d'hémosidérine dans le derme superficiel.

Les dermatitespurpuriques pigmentées seraient associés àun dysfonctionnement de la thyroïde, la polyarthrite rhumatoïde, le diabète sucré,troubles hématologiques, lupus érythémateux, maladies hépatiques,porphyries, hyperlipidémies ou tumeurs malignes, tandis que la relation entre le lichen aureus et le mycosis fongoïde reste controversée.

Une étude a montré la régression des lésions après un traitement par : dermocorticoïde, carbazochrome orale et acide tranexamique durant 2 mois. D'autres traitements peuvent être utilisés notamment : pimecrolimus, tacrolimus, pentoxifylline orale, rutoside,photochimiothérapie PUVA, les lasers à colorant pulsé et les UV-B à bande étroite.-

Conclusion :

Le lichen aureus est une dermatose purpurique pigmentée rare, son diagnostic repose sur l'examen clinique, dermoscopique et sur l'examen histologique. Le traitement repose essentiellement sur la corticothérapie locale.

Localisation cutanée d'un myélome multiple à IgA Lambda mimant une tumeur vasculaire.

K. Kaddar[1] ; H.Daflaoui[1] L. Elyamani[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 localisations extra-médullaires du myélome multiple sont rares, notamment l'atteinte cutanée et tout particulièrement les formes pseudo-vasculaires qui restent exceptionnelles. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'une prolifération plasmocytaire cutanée et médullaire.

Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente une localisation cutanée secondaire pseudo-vasculaire d'un myélome multiple.

Observation :

Patiente âgée de 64 ans, suivie pour un myélome multiple à IgA Lambda, retenu sur la présence d'un syndrome osseux, hématologique et immunologique et compliqué d'une insuffisance rénale. La patiente a été mise sous chimiothérapie etbisphosphonates, et a reçu 4 cures de VCD (Bortézomib + Cyclophosphamide + Dexaméthasone) puis 6 cures de CTD (Cyclophosphamide, Thalidomide, Dexamethasone). Deux mois après, elle a présenté une lésion érythémateuse papuleuse unique, arrondie, bien limitée, molle à la palpation, non douloureuse et non prurigineuse, faisant environ 3 cm de diamètre, saignant facilement au contact, siégeant au niveau du flanc gauche. A la dermoscopie, on a noté une plage érythémateuse surmontée de vaisseaux réguliers en pointillés et d'un réseau de lignes blanchâtres brillantes.

La biopsie cutanée a révélé une infiltration dermique par une prolifération plasmocytairemyélomateuse différenciée monotypique Lambda. L'analyse immunohistochimique a montré une expression du marqueur CD138 et des anticorps anti-chaîne légère Lambda, confirmant ainsi le diagnostic d'une localisation cutanée du myélome multiple.

Discussion :

Les localisations cutanées métastatiques du myélome multiple sont rares. Elles prennent l'aspect de lésions papuleuses ou nodulaires cutanées ou sous cutanées ou de plaques érythémateuses infiltrées ou non, siégeant au niveau du tronc ou des membres. (1) (2)

Les lésions pseudo-vasculaires restent exceptionnelles et à notre connaissance, c'est le deuxième cas rapporté dans la littérature. (3)

De manière générale, les patients suivis pour un myélome multiple sont à risque de développer d'autres tumeurs cutanées bénignes (les dermatofibromes, les xanthomes, les lipomes..) et malignes (notamment les plasmocytomes et les carcinomes basocellulaires) auxquels il faut penser. (4)

Conclusion :

Notre observation est particulière par la localisation cutanée au niveau du flanc et l'aspect mimant une tumeur vasculaire de la métastase du myélome. Et malgré sa rareté, il faut évoquer une métastase cutanée devant des lésions cutanées chez un patient suivi pour un myélome multiple.

Association Sarcoïdose et syndrome de Gougerot-Sjogren :quel lien ?

S. MHAIMER(1) ; I.LAKHAL(1) ; I.ZOUINE(1) ; C.CHERRAD(1) ; H.IKROU(2) ; F.EL KADAH(2) ; H.SERHANE (2); R.CHAKIRI(1)

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

(2) Département de Pneumologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Lupus érythémateux subaigu induit par la capécitabine

FZ .El Alaoui , S.Aitoussous , R.Chakiri

Service de Dermatologie,CHU Souss Massa , Agadir , Maroc

Introduction :

La capécitabine est prescrite dans le cancer du sein et le cancer colorectal. Elle peut induire divers effets secondaires dermatologiques, certains fréquents comme les érythodyesthésies palmoplantaires, d'autres exceptionnels comme le lupus érythémateux cutané subaigu (LECSA) dont nous rapportons 1 observation

Observation :

Patiente âgée de 52 ans,suivie pour cancer du sein, type carcinome canalaire infiltrant (CCI),stade métastatique, depuis 5 ans, ayant bénéficié de 2 interventions chirurgicales,qui présentait des lésions érythémateuses squameuses au niveau des zones photo exposées : le Visage et le dos des mains, non prurigineuses et non douloureuses,depuis une semaine, l'interrogatoire révèle le début d'un traitement par la Capécitabine pour des métastases Hépatiques 3semaines avant.

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

L'examen dermatologique notait la présencedes plaques érythémateux squameuses au niveau du visage en aile de papillon et en sus labiale,et des papules érythémateux violacées au niveau du dos des mains.

L'examen deromoscopique trouvait : un pseudo réseau pigmentés, quelques vaisseaux linéaires,des squames blanchâtres, sur un fond érythémateux.

Les diagnostics évoqués devant ces signes cliniques et dermoscopiques : Lupus induit, Toxidermie lichénoïde.

Le résultat de labiopsie cutanée révèle : Une Dermatose lichénoïde à intégrer dans son contexte clinique et biologique.

Bilan : AAN +, ANTI ADN +, le reste du bilan immunologique et biologique était négatif, notamment le bilan rénal.

Devant l'aspect clinique, le résultat de la biopsie et la positivité du bilan immunologique le diagnostic d'un LUPUS SUBAIGU INDUIT PAR LA CAPECITABINE a été posé.

Le résultat de la pharmacovigilance : Compte tenu des données dont nous disposons, les données chronologiques et bibliographiques sont compatibles avec un Lupus induit par la Capécitabine.

La patiente a été mise sous dermocorticoïdes topique et les mesures de photoprotection avec une nette amélioration clinique, la patiente a décédé avant la

mise sous traitement systémique type APS, suite à des complications de son cancer du sein.

Discussion :

Les éruptions cutanées sont fréquentes chez les patients sous chimiothérapie anticancéreuse. Elles font discuter de principe un syndrome paranéoplasique, cependant assez rare, ou un tableau cutané spécifiquement lié aux traitements antinéoplasiques. Elles comprennent ainsi des cas de lupus érythémateux cutanés subaigus induits.

Dans notre observation, Nous avons évoqué chez cette patiente sans antécédents de lupus érythémateux systémique le diagnostic de Lupus cutané subaigu induit par la capécitabine.

Le tableau clinique et biologique était compatible avec un LECSA. La chronologie d'apparition des lésions après le début du traitement par capécitabine et la régression du tableau à l'arrêt de ce traitement, ainsi que les données histologiques, étaient compatibles avec un diagnostic d'éruption induite par la Capecitabine.

L'hypothèse d'un syndrome paranéoplasique a été éliminée puisque les lésions cutanées avaient régressé avec l'arrêt du traitement.

Conclusion :

Certaines chimiothérapies comme la capécitabine peuvent révéler ou induire des lésions de LECSA, dans le cadre d'un lupus préexistant ou non. Les cas rapportés auprès de la pharmacovigilance sont rares, mais cet effet secondaire doit être connu en raison de l'augmentation constante de l'utilisation de ces antica

Introduction

L'association sarcoïdose et syndrome de Gougerot-Sjögren primitif est rare.

La sarcoïdose est une maladie systémique, de cause inconnue caractérisée par l'infiltration des organes atteints par des granulomes immunitaires épithélioïdes et

giganto-cellulaires (appelés aussi granulomes sarcoidiens) sans nécrose caséeuse. Le diagnostic nécessite d'avoir éliminé les causes connues de granulomes.

Le syndrome de Gougerot-Sjögren est une maladie auto-immune caractérisée par une infiltration lymphoïde des glandes salivaires et lacrymales responsable d'une sécheresse buccale et oculaire, et par la production de différents auto-anticorps.

Nous rapportons une observation d'un cas de sarcoïdose associée à un syndrome de Gougerot-Sjogren.

Observation

Il s'agissait d'une femme âgée de 60 ans, ayant comme antécédents pathologiques un diabète, HTA, Anémie sous hydroxycobalamine, Rhumatisme articulaire chronique sous plaquenil et vitiligo non traité évoluant depuis l'enfance , qui était hospitalisée au service de pneumologie pour dyspnée stade 3 de Sadoul évoluant depuis 3 mois avant son hospitalisation associée à une xérostomie et xérophtalmie et une constipation chronique. La patiente présentait depuis 1mois et demi des nodules sous cutanés non douloureuses, non prurigineuses.

L'examen clinique trouvait une patiente consciente, asthénique, eupnéique, normocarde et normotendu avec à l'examen de la peau des nodules sous cutané fermes mobiles par rapport aux 2 plans sans signe inflammatoire en regard, allant de 1 et 2 cm situées au niveau des 2 avant bras avec une xérose cutanée.

Devant ce tableau on a évoqué la tuberculose cutanée en premier, suivie de sarcoidose cutanée, lupus type panniculite, lymphome T type panniculite

Une biopsie des glandes salivaires a été faite et a montré une sialadénite grade III de Chisholm- Masson qui est en faveur de <u>syndrome de Gougerot-Sjogren</u>

La biopsie cutanée a montré une dermite granulomatose faite d'infiltrats inflammatoires associant lymphocytes, histiocytes et montrant des granulomes épitheloides et gigantocellulaire, petits confluents et sans nécrose caséeuse.

Le reste du bilan était en faveur de <u>sarcoïdose cutanée et médiastinale</u>, avec une **IDR à la tuberculine : négatif**, AcantiSSA : **positif**, AAN : **positif**, AcantiSSB : négatif,

AcantiSm: négatif, AcantiDNA : négatif, Dosage de l'IFN gamma : négatif, Sérologie VIH : négative, **ECA** : élevé

La **TDM thoracique** a montré des ADP hilomédiastinales bilatérales, non compressives et non nécrosées avec quelques petits nodules pulmonaires bilatérales en faveur de sarcoïdose

Et la médiastinoscopie réalisée avec biopsie exérèse d'adénopathie médiastinale a montré granulomes épitheloides gigantocellulaire sans nécrose caséeuse

Devant tous ses arguments, le diagnostic retenu était de sarcoïdose associée à un syndrome de Gougerot-Sjogren

Et la patiente a été mise sous corticothérapie par voie orale à raison de 40mg/jour

Discussion

Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est une affection auto-immune touchant en premier lieu les glandes exocrines. Sa principale manifestation clinique est le syndrome sec salivaire et/ou oculaire par infiltration lymphocytaire des glandes salivaires et/ou lacrymales.

La sarcoïdose est une granulomateuse systémique dont le pic de fréquence se situe entre 20 et 39 ans avec une prédominance féminine. Elle peut toucher différents organes dont le poumon (90 %), **la peau** (première manifestation extrathoracique selon l'étude ACCESS), l'œil, les ganglions, le foie, le système nerveux, le cœur, les os et les articulations.

Les manifestations cutanées spécifiques sont de type sarcoïdes à petits nodules, des sarcoïdes à gros nodules, des sarcoïdes en plaques et un lupus pernio.

L'association sarcoïdose et syndrome de Gougerot-Sjögren primitif est rare.

La sarcoïdose et le sd de Gougerot-Sjogren ont en commun des propriétés pathogènes, immunogénétiques, et des caractéristiques cliniques. Les deux sont des pathologies inflammatoires chroniques d'origine inconnue se caractérisent par une intense activité cellulaire de l'infiltrat immunitaire aux sites de la maladie,

principalement composé des lymphocytes T. La similitude des mécanismes immunopathogénétiques sous-jacents a été présentée comme une explication de la coexistence des deux maladies. Autre auteurs suggèrent le désordre immunologique causé par un trouble peut entraîner l'autre, et une troisième perspective suggère qu'il s'agit d'une simple coïncidence. (3)

Des cas de littérature ont été rapporté : Au service de Médecine Interne et Maladies Multi-Organiques (MIMMO) de Montpellier, 7 cas ont été identifiés et qui présentaient des manifestations cliniques systémiquesévocatrices de sarcoïdoseassociées à un SGS d'expression glandulaire.

Un autre cas de littérature a été rapporté parXavier Belgodere et Al, il s'agissait d'Une femme de 75 ans qui a été diagnostiquée de l'association de Sarcoïdose cutanée, syndrome de Sjögren et thyroïdite auto-immune associés à une infection par le virus de l'hépatite C, l'atteinte cutanée de sarcoïdose est faite des plaques rondes jaunâtres légèrement atrophiques localisées symétriquement sur le front, indolores.

Dans la moitié des cas, la sarcoïdose précède le diagnostic de syndrome de Gougerot-Sjögren primitif d'un délai médian de huit ans.

La présentation clinique est celle d'un syndrome sec (90 à 100 % des cas) et d'une parotidomégalie (32 % des cas).

Les anticorps anti-nucléaires sont présents dans 79 % des cas et leur présence face à un tableau évocateur de sarcoïdose doit faire rediscuter ce diagnostic.

La difficulté diagnostique est accentuée par la coexistence possible de ces deux pathologies qui possèdent des similitudes cliniques.

En cas d'absence de lésions spécifiques, le phénotypage des lymphocytes des glandes salivaires constituerait un élément d'orientation supplémentaire, les lymphocytes étant majoritairement de type TCD8+ et TCD4+ respectivement dans la sarcoïdose et le syndrome de Sjögren.

Conclusion

L'association Sarcoïdose et Gougerot-Sjogren est rare.

Le phénotypage lymphocytaire pourrait être une aide au diagnostic.

La signification nosologique de cette association mérite d'être prise en considération

Dermatomyosite et anticorps anti-TIF1gamma

L.Elyamani 1 ;N.Zerrouki 1 ; 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:

L'association entre la dermatomyosite et les anticorps anti-TIF1-gamma est établie. L'objectif de notre étude est de déterminer la prévalence du cancer, la sensibilité et la spécificité des anticorps anti-TIF1gamma dans le diagnostic de la DM paranéoplasique.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive réalisée au service de Dermatologie-CHU d'Oujda. Nous avons inclus tous les patients adultes atteints de DM certaine selon les critères de Peter et Bohan ayant bénéficié du dosage des anticorps anti-TIF1gamma et d'un bilan paranéoplasique pour le dépistage d'un cancer.

Résultats :

Au total 17 patients ont été inclus. Nous avons noté une prédominance féminine (sex-ratio F/H:5). L'âge moyen de début de la maladie était de 56ans+/-19ans. La DM paranéoplasique représentait 41% des cas avec une moyenne d'âge de 60 ans+/-15ans et une prédominance féminine(57 %). Le cancer du nasopharynx était le plus fréquent(42, 8%).
Les anticorps anti-TIF1-gamma étaient positifs dans 64% des cas avec une sensibilité de 85,7%, et une spécificité de 50% pour le diagnostic de la DM paranéoplasique.

Discussion:

Le cancer est associé à la DM dans 13–42% dans la littérature[1]. La sensibilité des anticorps anti-TIF1-gamma est élevée dans notre étude (85,7%) se rapprochant des résultats d'une méta-analyse où elle est estimée à 78 %[2].Ces anticorps peuvent être considérés comme un outil précieux pour orienter le diagnostic de la DM paranéoplasique adulte.Nous avons noté une faible spécificité du TIF1gamma (50%) pour le diagnostic du cancer s'éloignant des résultats de cette métanalyse où la spécificité était de 89%[2].Cette faible spécificité pourrait être expliquée par la possibilité du diagnostic du cancer dans les années qui suivent le diagnostic de la dermatomyosite. Le cancer du nasopharynx est le plus fréquent dans notre étude; des résultats similaires ont été rapportés dans une métanalyse[3]. Nous suggérons un examen systématique clinique et paraclinique à la recherche de ce cancer dans notre contexte.

Conclusion:

Le dosage des anticorps TIF1-gammma est très sensible pour le diagnostic de la DM paranéoplasique, les patients séropositifs à cet anticorps sont considérés à haut risque de cancer ; par conséquent, ils doivent bénéficier d'un bilan paranéoplasique plus approfondi selon des algorithmes spécifiques.

Une dermatomyosite révélant un adénocarcinome de l'ovaire : A propos d'un cas

,, ,, J. OUALLA1.2, K. OUJENNANE 1.2, M. ABOUDOURIB1.2, O.HOCAR1.2, S. AMAL1.2

1 service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

2 Laboratoire Biosciences et santé, FMPM université CaddiAyyad, Marrakech

Introduction :

La dermatomyosite (DM) est une pathologie idiopathique appartenant au groupe du myopathie inflammatoire. Elle se caractérise par une faiblesse musculaire proximale et symétrique ainsi que des lésions cutanées érythémateuses. Elle présente deux pic de fréquence entre 40 et 60 ans chez l'adulte et entre 5 et 14 ans chez l'enfant

L'incidence de DM paranéoplasique associée à un carcinome de l'ovaire est de 9%. [1].

Nous rapportons une observation sur une dermatomyosite paranéoplasique révélant un adénocarcinome de l'ovaire**.**

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 68 ans , suivie pour arthrose du genou sous traitement , un trouble de rythme cardiaque sous avlocardyl , qui a présenté 21 jours avant son admission des lésions cutanées érythémateuses prurigineuses sur les zones photo-exposées , associées à une faiblesse musculaire dans un contexte d'asthénie générale . L'examen cutané objective un érythème poikilodermique du visage et du décolleté, un érythéme flagellé du dos et de la nuque, signe de la manucure, un érythème en bande du dos des mains et des doigts et un érythéme des 2 fesses et de la face d'extension des 2 genoux.

Les signes cutanés étaient associés à un déficit musculaire prédominant au niveau proximal , le bilan biologique a montré des enzymes musculaires élevées.

une biopsie cutanée a été réalisée en faveur d'une dermatomyosite, et l'électromyogramme (EMG) a objectivé un tracé myogène. Le bilan étiologique révèle une augmentation des marqueurs tumoraux (CA 15-3 et CA 125), l'échographie retrouve une masse ovarienne suspecte, un complément par IRM pelvienne réalisé objectivant une formation ovarienne en faveur d'un adénocarcinome.

La patiente a reçu une cure d'immunoglobuline 1g/kg/j sur 2 jours, et on a réintroduit chez elle la corticothérapie 1mg/kg/j associée à plaquenil.

La patiente est adressée en gynécologie pour prise en charge de l'adénocarcinome ovarienne.

Discussion :

L'association dermatomyosite et cancer est fréquente allant de 18 à 32% [2]. .elle peut survenir à n'importe quel âge mais elle touche essentiellement l'adulte. Elle possède deux pics de fréquence: entre 5 et 14 ans pour l'enfant et dans la 5ème ou 6ème décennie chez l'adulte [2].

Tous les types histologiques et toutes les localisations de cancers observés dans la population générale peuvent être associés à la dermatomyosite [3, 4,]. Cependant, les cancers gynécologiques semblent plus particulièrement représentés. Ainsi, d'après Calen et al, ils représenteraient 33 % de l'ensemble des cancers associés incluant les cancers mammaire (17 %), ovarien (9 %) et utérin (7 %).

De ce fait, pour certains auteurs, un dépistage systématique devrait être effectué chez les femmes de plus de 40 ans par examen gynécologique, mammographie, échographie ou TDM pelvienne et frottis cervicovaginal.

Conclusion :

Nos résultats suggèrent qu'un bilan gynécologique extensif incluant un examen gynécologique clinique, un dosage de CA 125, CA 15-3 et une échographie

pelvienne doivent être systématiquement pratiqués chez toute femme âgée de plus de 40 ans ayant une DM. L'indication d'une cœlioscopie pelvienne doit être retenue au moindre doute notamment en cas d'élévation du taux de CA 125

Un mycosis fongoïde polymorphe chez un même patient

I.LAKHAL ;S.AIT OUSSOUS ; S. BELAASRI ; H.KHERBACH ; R.CHAKIRI

Service de Dermatologie CHU Souss Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

Le mycosis fongoïde (MF) est le lymphome cutané T le plus fréquent (50%). La variante classique du MF est celle qu'on rencontre le plus souvent.Les variantes cliniques du MF sont nombreuses et parfois trompeuses : MF hyperpigmenté ou surtout hypopigmenté, psoriasiforme, verruqueux, voire icthyosiforme, bulleux, poïkilodermique…. D'une manière plus générale, le MF peut mimer nombre d'autres maladies dermatologiques. Nous rapportons un cas d'un patient atteint de mycosis fongoïde avec des lésions polymorphes ; classiques, papuleuses, hyperpigmentées, poikilodermiques, plantaires et folliculotrope.

Observation :

Patient de 71 ans, suivi pour hypertrophie bénigne de prostate depuis 2ans et arthrose du genou gauche depuis 8 ans. Il a été admis dans notre formation pour prise en charge de lésions érythémato-squameuses et pigmentées prurigineuses non douloureusesévoluant depuis 6mois, les lésions avaientdébuté des deux jambes puis extension aux pieds, cuisses, dos et la face antérieure du thorax, sans autres signes associés notamment ganglionnaires ou pulmonaires ou digestifs ou neurologiques.

L'examen clinique trouvait un patient en bon état général avec à l'examen de la peau des papules et plaques érythémato-squameuses infiltrées fixes , bien limitées par endroit plus floues par ailleurs des deux jambes et face postérieure des 2 cuisses et le dos des pieds et des mains , un placard érythémateux infiltré surmonté de squames

fines mal limité de la plante des deux pieds , un placard hyperpigmenté mal limité au niveau du cou et du dos , un aspect poikilodermique like au niveau des fesses et une dépilation des deux jambes.

Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

L'histologie des lésions objectivait un mycosis fongoidepilotrope sans mucinose.

L'immunohistochimie montrait des Anticorps anti-CD20 et Anticorps anti-CD30 négatifs, des Anticorps anti-CD3, des Anticorps anti-CD4 et des Anticorps anti-CD8 avec positivité des cellules tumorales avec épidermotropisme , l'Anticorps anti-Ki67 exprimait une positivité modérée.

Le bilan biologique était normal avec recherche de cellules de Sézary négative. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne était sans anomalies.

Le patient a été classé T2b N0 M0 B0, stade IB.

Le patient a été mis sous méthotrexate injectable 15mg par semaine ainsi qu'une préparation à base de corticoïdes locaux d'activité très fort.

L'évolution clinique a été favorable avec disparition des lésions cutanées après une dose cumulée de 230mg de méthotrexate.

Discussion :

Le mycosis fongoïde (MF) est le lymphome cutané T le plus fréquent (50%). Si son pronostic est favorable dans la grande majorité des cas (88% de survie à 5 ans), la survenue de tumeurs cutanées, ou, plus rarement, d'une érythrodermie, assombrit le pronostic.

Il touche des sujets d'âge médian 55-60 ans, avec un ratio homme/femme de 2/1.

La variante classique représente 70 à 75% des cas des MF.Le MF classique se caractérise par des plaques érythémato-squameuses plus ou moins prurigineuses, des placards érythémato-squameux infiltrés et/ou des tumeurs rougeâtres. Les plaques sont habituellement très peu à peu palpables et peuvent évoluer en placards plus ou moins infiltrés. Ensuite, des vraies lésions tumorales peuvent survenir. La fixité

des lésions, leur délimitation nette et leur prédominance dans les zones non photoexposées sont des éléments évocateurs du diagnostic.

Outre le MF classique, toute une série de formes atypiques et plus rares sont décrites: pagétoïde, folliculotrope, syringotrope, granulomateux, ichtyosiforme, érythrodermique, unilésionnel ou solitaire, verruqueux ou hyperkératosique, bulleux ou vésiculeux, pustuleux, palmo-plantaire ou acral, alopécique, poïkilodermique, hypopigmenté, hyperpigmenté, intertrigineux, papillomateux ou végétant, muqueux, et purpurique pigmenté.Notre patient avait l'association des lésions classiques, papuleuses, hyperpigmentées, poikilodermiques, plantaires et folliculotrope.

La stadification de la maladie repose sur le système TNMB, qui évalue l'étendue de l'atteinte cutanée (T), la présence ou de cellule de Sézary dans le sang périphérique (B). L'atteintecutanée se définit comme T1 (< 10% de la surface corporelle), T2 (> 10% de la surface corporelle), T3 (lésions tumorales) ou T4 (stade érythrodermique).

Histologiquement, le MF se caractérise par un infiltrat lymphocytaire T dermique superficiel en bande sous-épidermique et épidermotrope. Les cellules tumorales sont disposées en « chaînettes » ou « file indienne » le long de la couche basale, ou peuvent dans l'épiderme se grouper en amas, appelés micro-abcès de Pautrier ou thèques. L'immunomarquage montre que cet infiltrat est majoritairement de phénotype T mature CD2+, CD3+, le plus souvent CD4+. Au stade des tumeurs, la recherche d'une transformation cytologique, définie par la présence de plus de 25% de grandes cellules, exprimant ou non CD30 est recommandée.

Le pronostic du mycosis fongoide est favorable dans la majorité des cas. Le meilleur facteur pronostique reste le stade de la classification TNM. Les malades avec un mycosis fongoide au stade de plaques localisées ont une survie identique à celle de la population générale du même âge et de même sexe.

Pour le traitement du MF au stade des macules et/ou plaques infiltrées

sans atteinte ganglionnaire clinique ou histologique, on utilise des corticoïdes locaux très forts (niveau IV) seuls si lésions limitées (T1), des badigeons de caryolysine, ou la photothérapie de type PUVA ou UVB.En cas d'échappement ou de non réponse aux traitements précédents,sontdiscutés selon les antécédents du patient, son âge et le type de lésions : l'interféron alpha seul ou associé à la puvathérapie ou à un

rétinoïde, l'acitrétine seule ou en association avec l'interféron alpha ou la puvathérapie, le méthotrexate à faible dose (15 à 25 mg/semaine) ou le bexarotène.

Conclusion :

Les présentations cliniques du MF sont nombreuses et variées. Il peut mimer différentes dermatoses.Devant toute présentation clinique atypique d'une dermatose fréquente, résistance ou perte de réponse thérapeutique, il ne faut pas hésiter à réaliser une biopsie cutanée afin d'exclure un diagnostic de lymphome cutané.

La main des connectivites

Almheirat yousef[1] ; Ragragui hanane[1]; Nada Zizi[1,2] ; Siham 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'atteinte de la main est fréquente au cours des connectivites ; ce qui nous permet de faire le diagnostic facilement en particulier de dermatomyosite ou de sclérodermie systémique. Le but de notre travail est de décrire les atteintes des mains au cours du lupus, de la dermatomyosite et de la sclérodermie systémique pris en charge dans notre service.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive, colligeant tous les patients pris en charge dans le service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda durant une période de 6 ans allant de Janvier 2016 à juin 2022.

Résultats :

Nous avons colligés 56 patients dont 44 femmes et 12 hommes avec une nette prédominance féminine soit un sex-ratio Femme/Homme à 3,66. L'âge moyen de

nos patients était de 49,55(±18)ans. Sept patients présentaient une sclérodermie systémique, 20 une dermatomyosite, 10 patients avaient un lupus systémique et 19 avaient un lupus cutané chronique.

L'atteinte de la main était présente dans 73% des cas. Quatre-vingt pourcent des patients atteints de dermatomyosite avaient une atteinte de la main, 71.4% des patients avec une sclérodermie et 69% des patients atteints de lupus cutané ou systémique.

Pour la sclérodermie, la présence de phénomène de Raynaud a été identifié chez tous les cas (100%), la sclérose cutanée et la pulpite dans 80% des cas, alors qu'aucun patient n'avait présenté une carcinose sous cutanée. L'analyse des images de la dermoscopie péri-unguéale dans la sclérodermie systémique a révélé la présence de mégacapillaires dans 71,5% des cas, des plages avasculaires, des exsudats et des microhémorragies dans 28,5% des cas.

Concernant la dermatomyosite, les papules de Gottron et le signe de Gottron étaient présents dans 77.7% des cas, le signe de la manucure était positif dans 61% des cas et la main des mécaniciens dans 27.7% des cas. Les anomalies de la capillaroscopie péri-unguéale étaient dominées par les mégacapillaires dans 65% des cas, suivies par les microhémorragies dans 50% des cas.

En ce qui concerne le lupus érythémateux cutané chronique ; on avait noté la présence des lésions érythématosquameuses atrophiques dans 55% des cas, la pulpite et l'atteinte unguéale a été trouvée dans 11% des cas. La capillaroscopie péri-unguéale dans le lupus cutané a montré un aspect normal dans 58.6% des patients, des mégacapillaires dans 31% des cas, suivis par les plages avasculaires dans 24% des cas et des microhémorragies dans 17%.

Discussion :

La sclérodermie systémique est la connectivite la plus associée à la présence d'un phénomène de Raynaud observée dans plus de 95 % des cas. L'atteinte de la main est très fréquente, souvent précoce et apporte des éléments très contributifs pour le diagnostic de la maladie. L'aspect capillaroscopique dans la sclérodermie systémique est dénommé par le paysage sclérodermique qui est très spécifique de la maladie et qui est caractérisé par la présence de raréfaction capillaire et de zone

avasculaire, des mégacapillaires sur deux doigts, des capillaires ramifiés et une désorganisation architecturale majeure.

Concernant la dermatomyosite, une étude multicentrique rétrospective initiée par la société tunisienne de médecine interne sur 50 cas de dermatomyosite montrant que l'érythème péri-unguéal et les papules de Gottron étaient présents respectivement chez 50 et 36 % des cas de DM. La capillaroscopie montre des lésions généralement similaires à celles observées dans les sclérodermies systémiques.

Bouaziz et al ont réalisé une étude sur 34 cas de lupus cutané chronique avec atteinte digitale, 70% des patients avaient une pulpite, 32% des patients avaient des lésions érythématosquameuses, 12% avaient des lésions papulo-nodulaires et 18% avaient une atrophie cutanée. La capillaroscopie dans le lupus cutané et systémique n'est pas spécifique. Dans une revue systématique menée par Cutolo et al, plusieurs aspects de la capillaroscopie péri-unguéale ont été rapportés à savoir des capillaires allongés et dilatés, des capillaires ramifiés avec une tortuosité accrue et des plexus sous-papillaires proéminents.

Nos résultats rejoignent ceux retrouvés dans la littérature, montrant que les lésions cutanées des mains sont nombreuses et variées au cours des maladies systémiques et elles peuvent avoir un intérêt diagnostique ou pronostique.

Conclusion :

Les lésions cutanées digitales au cours des maladies systémiques nécessitent un œil de dermatologue pour les reconnaître car elles sont régulièrement prises pour des lésions de vascularite par les internistes ou les rhumatologistes.

L'atteinte phanérienne dans la dermatomyosite

L.Elyamani1 ;N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

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

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

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

Introduction:

La dermatomyosite (DM) est une myopathie inflammatoire primitive caractérisée par la présence de lésions cutanées et d'une inflammation des muscles squelettiques.

L'atteinte du cuir chevelu dans le cadre de la DM est rare et souvent résistante au traitement, tandis que l'atteinte péri-unguéale est beaucoup plus fréquente pouvant être révélatrice de la maladie.

Le but de notre travail est d'apprécier l'atteinte phanérienne dans le cadre de la DM.

Matériels et méthodes:

C'est une étude rétrospective descriptive réalisée au service de Dermatologie-CHU d'Oujda étalée sur une période de 8 ans allant du mois de juin 2014 jusqu'au mois de juin 2022. Nous avons inclus tous les patients atteints de DM selon les critères de Peter et Bohan .Les anomalies du cuir chevelu et du repli péri-unguéal ont été évaluées.

Résultats:

Au total 17 patients ont été inclus. Nous avons noté une prédominance féminine (sex-ratio F/H:5). L'âge moyen de début de la maladie était de 56ans+/-19ans.

Pour L'atteinte du repli de l'ongle, le signe de la manucure représentait l'atteinte la plus fréquente (77,8%), suivi de l'érythème ou la kératose péri-unguéale dans 55,6%, de l'hypertrophie cuticulaire dans 48,1% et enfin des cuticules dystrophiques dans 18,5%.

Les principales anomalies notées à la capillaroscopie étaient les mégacapillaires dans 11 cas (64 ,7%) suivis des microhémorragies dans 9 cas (52,9%), les capillaires tortueux et ramifiés dans 6 cas (35 ,2%) la désorganisation capillaire dans 5 cas (29, 4%) et enfin la raréfaction capillaire et les zones

avasculaires ont été retrouvés chez 4 patients (23,5 %).

Pour l'atteinte du cuir chevelu, la présence de plaques et placards érythémato-squameux associés ou non à une atrophie était présente dans 5 cas soit 29,4%. Une alopécie non cicatricielle a été retrouvée dans 4 cas soit 23,5%.

Discussion:

Dans notre série, le signe de la manucure représentait l'atteinte du repli de l'ongle la plus fréquente (77,8%), suivi de l'érythème ou la kératose péri-unguéale dans 55,6%, de l'hypertrophie cuticulaire dans 48 ,1% et enfin des cuticules dystrophiques dans 18,5%. L'érythème et les télangiectasies péri unguéales retrouvées dans les différentes séries de la littérature (1,4) varient entre 50% et 65% ce qui concorde avec les résultats de notre étude.

L’évaluation capillaroscopique est d’un intérêt majeur dans le cadre de la DM. En effet, différentes études ont retrouvé une association significative entre l'activité globale de la maladie et les différentes anomalies capillaroscopiqes permettant ainsi une surveillance non invasive de l’efficacité du traitement. (5,6)

L'atteinte du cuir chevelu dans le cadre de la DM se caractérise par des plaques atrophiques, érythémateuses et squameuses. Ces manifestations de la DM peuvent être diagnostiquées à tort, surtout dans la phase initiale, comme une dermatite seborrhéique ou un psoriasis. L'éruption du cuir chevelu s'accompagne souvent d'une alopécie généralisée non cicatricielle.

Dans notre série, la présence d'une alopécie non cicatricielle a été retrouvée dans 4 cas soit 14,8%, ces résultats sont concordants avec les différentes études de la littérature où une alopécie non cicatricielle a été notée entre 10 et 33% selon les différentes études:(1,2,3)

Conclusion:

L'atteinte de repli- péri-unguéal est d'une importance majeure dans l'évaluation clinique de la DM elle est en corrélation avec l'activité de la maladie permettant ainsi l'évaluation de l'efficacité du traitement. L'atteinte du cuir chevelu est récalcitrante nécessitant une prise en charge plus adapté

Un cas rare de lupus discoïde étendue avec dégénérescence maligne multiple

F.Amaaoune1 ; M.Rachid2 ; M. Aboudouraib1; O.Hokar1; S.Amal1
1: Service de Dermatologie, CHU Med VI, Marrakech
2 : Département de Dermatologie, Centre Hospitalier Régional Hassan 2, Agadir

Introduction

Le Lupus discoïde (LD) est une forme de lupus érythémateux cutané chronique. La transformation maligne est une complication rare. Nous rapportons un cas de lupus discoïde disséminé avec dégénérescence maligne multiple.

Observation

Patient de 64 ans, tabagique chronique avec notion d'exposition solaire chronique, qui s'est présenté pour des lésions diffuses évoluant depuis 20 ans.
L'examen trouvait des placards atropho-cicatricielles, érythémateux, dyschomique, kératosiques par endroit avec une taille variable de 2 cm à 35 cm, siégeant au niveau de la région fronto-pariéto-occipitale du cuir chevelu, le dos, le visage, les lèvres, les oreilles, le dos des deux mains associés à 2 tumeurs ulcéro- bourgeonnante de 4 à 8 cm de grand axe en rétro auriculaire gauche et au niveau lombaire avec 3 cornes cutanées infiltrées en regard du sillon naso-labial et au niveau de l'oreille droite associant à des adénopathies cervicale gauches.
La biopsie des lésions était en faveur d'un lupus discoïde compliqué de carcinomes épidermoïdes moyennement différenciés, peu matures et infiltrants pour les tumeur rétro-auriculaire et lombaire avec des carcinomes épidermoïdes in situ pour les 3 cornes cutanées.

Les bilans de routine ainsi que le bilan de systématisation du lupus systémique étaient normaux. La TDM cranio-faciale avait objectivé un processus malin auriculaire gauche localement avancé avec des adénopathies cervicales gauche, alors que la TDM thoraco-abdomino-pelvien est revenue normale. Le patient a été mis sous Plaquenil 400mg/j, les mesures de la photoprotection et il a été transféré au service de la chirurgie.

Discussion:

L'apparition d'un CE sur le 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 étaient présents chez notre patient. L'intervalle entre le développement du LD et du CE varie de 4 à 20 ans et c'était le cas chez notre malade. Le CE survenant dans le LD est considéré comme un carcinome localement agressif. Une étude a rapporté des récidives locales dans environ 20% des cas et des métastases dans 30% des cas.
Conclusion :
Bien que l'incidence de la transformation maligne des lésions de LED soit rare, une grande prudence est toujours justifiée.

Le lupus bulleux : une présentation inaugurale rare du lupus érythémateux systémique

M. SIDKI, M. ABOUDOURIB, O. HOCAR, S. AMAL Service de Dermatologie Vénérologie, CHU Mohammed VI de Marrakech, Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune dont les manifestations cutanées sont très nombreuses. Le lupus bulleux est une atteinte cutanée rare qui représente moins de 5% des lupus. Très rarement, il peut être inaugural de la maladie lupique, et s'associe souvent à une atteinte systémique. Nous présentons une observation particulière de lupus bulleux.

Observation Patient âgé de 64 ans, sans antécédents pathologiques, qui présentait depuis 4 ans un érythème malaire avec notion de photosensibilité, ayant consulté pour une éruption bulleuse installée 10 jours avant son hospitalisation sans prise médicamenteuse préalable ni autres signes associés. L'examen clinique avait objectivé des lésions bulleuses tendues reposant sur peau érythémateuse, au niveau du tronc et des membres supérieurs et inférieurs, associées à de multiples érosions intéressant la face et le scalp, et des ulcérations buccales. Il n'y avait ni cicatrices ou grains de milium. Le bilan biologique avait noté un syndrome inflammatoire sans autres anomalies. La recherche des anticorps antinucléaires était positive. L'histologie avait montré une bulle sous épidermique avec infiltrat dermique inflammatoire riche en polynucléaires éosinophiles, neutrophiles et en lymphocytes, et à l'immunofluorescence directe un dépôt linéaire d'IgA, IgM, C3 et C1q au niveau de la membrane basale. Le diagnostic de lupus bulleux était retenu devant les signes de lupus, les lésions bulleuses, l'aspect histologique et la présence de la bande lupique à l'immunofluorescence directe. Le traitement était à base de dapsone 100 mg/j et corticothérapie 0,5 mg/kg/J avec bonne évolution clinique.

Discussion Le lupus bulleux est une entité rare qui illustre le polymorphisme clinique de la maladie lupique. Il touche avec prédilection les femmes jeunes, contrairement à notre cas. Les bulles sont souvent généralisées d'installation brutale, sur peau érythémateuse ou saine, au niveau des zones couvertes ou découvertes qui disparaissent sans cicatrices. Il s'associe souvent à une atteinte systémique notamment rénale. Les principaux diagnostics différentiels sont

l'épidermolyse bulleuse acquise, les autres dermatoses bulleuses auto-immunes, et les toxidermies bulleuses. Le diagnostic est particulièrement difficile notamment lorsqu'il est inaugural comme chez notre patient, et en absence d'autres signes de lupus. Histologiquement, il s'agit de bulles sous-épidermiques avec un infiltrat de neutrophiles et d'éosinophiles souvent associé à une vascularite leucocytoclasique et bande lupique à la jonction dermo-épidermique. L'éruption bulleuse ne s'accompagne pas obligatoirement d'une poussée systémique de lupus. Le traitement repose sur la dapsone à la posologie de 100 mg/j. La corticothérapie et les immunosuppresseurs prescrits pour le traitement des manifestations viscérales permettent aussi la guérison des manifestations cutanées.

Conclusion Notre observation met le point sur une manifestation dermatologique peu fréquente dont le diagnostic n'est souvent pas aisé. Sa connaissance est primordiale afin d'y penser devant un tableau clinique évocateur.

Lupus comédonien : une variante rare du Lupus érythémateux cutané chronique

B.Karrakchou[1], C.Ait Khabba[1], K.Znati[2], L.Berbich[1], K.Senouci[1]

[1] *Service de Dermatologie et de Vénéréologie, Hôpital Ibn Sina, Université Mohammed V de Rabat, Maroc*

[2] *Service d'anatomo-pathologie, Hôpital Ibn Sina, Université Mohammed V de Rabat, Maroc*

Introduction :

Le lupus érythémateux cutané chronique (LEC) se présente le plus souvent sous la forme discoïde faite de plaques érythémateuses squameuses recouvertes de fines télangiectasies entourant une atrophie centrale. Le lupus comédonien est une variante rare de lupus cutané chronique d'aspect trompeur acnéiforme. Nous rapportons un cas rare de Lupus comédonien de la narine gauche et en détaillons les caractéristiques.

Observation :

Un patient de 30ans, sans antécédents médicaux, présentait depuis 10mois une papule érythémateuse ferme de la narine gauche, augmentant progressivement de taille. L'examen clinique retrouvait une plaque érythémateuse infiltrée de 1cm de diamètre bien limitée à bordure surélevée et recouverte de multiples comédons ouverts surtout en périphérie. En dermoscopie, il y avait un fond érythémateux avec quelques fines télangiectasies et des bouchons cornés au niveau des orifices folliculaires. Une biopsie cutanée avec examen anatomo-pathologique ont été réalisés retrouvant une hyperkératose orthokératosique s'enfonçant dans les orifices folliculaires dilatés par des amas de sébum. Il y avait également une vacuolisation de la membrane basale avec un infiltrat lymphocytaire important en bande sous épidermique et périannexiel/péri vasculaire. Le derme était siège de discrets dépôts de mucine à la coloration bleu alcian. L'immunofluorescence directe n'a pas été réalisée. Le diagnostic de Lupus comédonien a été retenu et le malade a été mis sous tacrolimus topique 0,1% x2/j avec bonne évolution, le bilan d'atteinte systémique était négatif.

Discussion :

Le lupus comédonien est une variante rare de Lupus érythémateux cutané chronique probablement sous diagnostiqué. Il est caractérisé par la présence de comédons sur une plaque érythémateuse, principalement dans les zones séborrhéiques. Son étiologie est inconnue. Il a été suggéré que l'exposition au soleil pourrait être impliquée dans la formation de comédons. Les lésions actiniques produiraient des modifications du collagène de la peau normale, altérant sa structure et favorisant la rétention de sébum, se concluant par la formation de comédons, comme cela se produit dans la maladie de Favre-Racouchot. L'autre théorie qui est postulée est que le colmatage folliculaire agirait comme un promoteur de la comédogénèse. Le diagnostic différentiel se fait avec l'acné inflammatoire, la maladie de Favre-Racouchot, les grains de millium, et l'hamartomecomédonien. Lorsqu'il n'y a pas de comédons, il s'agit d'un patron cicatriciel acnéiforme. Dans cette entité, les lésions se caractérisent par la présence de cicatrices en pic à glace secondaires à la destruction du follicule pileux et des glandes sébacées par l'infiltrat inflammatoire.

Le diagnostic est confirmé par l'étude histopathologique, dans laquelle la dermite d'interface prédomine avec dégénérescence de la couche basale et épaississement de la membrane basale, accompagnés de bouchons folliculaires et de comédons, comme décrits chez notre patient. L'immunofluorescence directe peut contribuer au diagnostic lorsque les résultats histologiques ne sont pas concluants, dans lesquels un dépôt d'IgM, d'IgG et de C3 est observé dans la jonction dermo-épidermique.

Les options thérapeutiques sont variées, bien que le traitement de choix soit l'hydroxychloroquine (200 mgx2/j). Dans notre cas, elle n'a pas été administrée devant une lésion unique de petite taille. Comme alternative, des corticoïdes topiques ou du tacrolimus topiques sont proposés.
Le pronostic du lupus comédonien est incertain et bien que peu de cas soient décrits dans la littérature, un risque d'évolution vers le LES a été observé chez la moitié d'entre eux. Un diagnostic précoce et un suivi à long terme sont d'une grande importance en raison du risque d'évolution vers une atteinte systémique.

Conclusion :
Ce cas clinique illustre la nécessité d'élargir les diagnostics différentiels des lésions atypiques acnéiformes et comédoniennes. Le lupus comédonien doit être envisagée en particulier dans une lésion localisée prurigineuse qui ne s'améliore pas avec le traitement conventionnel de l'acné vulgaire.

Une association inhabituelle de lupus discoïde et de leishmaniose cutanée : coïncidence ou déclencheur ?

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

INTRODUCTION :
La leishmaniose, provoquée par des protozoaires du genre *Leishmania*, est l'une des 6 maladies infectieuses tropicales les plus fréquentes selon l'OMS ; (1) endémique dans le bassin méditerranéen. Il existe des rapports concernant la co-infection de la leishmaniose cutanée (LC) avec d'autres maladies, notamment des troubles du système immunitaire et la notion de « réponse isotopique » a été discuté dans ce cas.

Nous présentons un patient présentant des lésions de LC associé à un lupus érythémateux chronique discoïde (LECD), ainsi qu'une blépharite lupique rarement décrite.

OBSERVATION :

Nous rapportons le cas d'un patient de 37 ans. Il consultait pour une papule au niveau nasal puis de l'avant-bras prurigineuses, remontant à 18 mois ; traitées par injections d'antimoniate de méglumine vu un frottis de Leishmaniose positif.
L'examen clinique trouvait des plaques érythémateuses infiltrées squameuses blanchâtres au niveau de l'arête du nez, rétro-auriculaire et de l'avant-bras, avec à la dermoscopie des bouchons cornés et une vascularisation en virgules. Une chéilite et blépharite chronique des 2/3 externes de l'œil télangiectasique était également retrouvées.
Une nouvelle biopsie avait objectivé les caractéristiques histologiques d'un lupus discoïde sans corps de Leishmani. Un bilan normal excluait une leishmaniose viscérale et une forme systémique de lupus. Le diagnostic de lupus discoïde associé à une leishmaniose cutanée était donc retenu.
Après concertation avec les ophtalmologues, le patient était mis sous Hydroxychloroquine et Propionate de clobetasol topique avec nette amélioration.

DISCUSSION :

La leishmaniose présente un spectre clinique allant d'un ulcère cutané à résolution automatique à une maladie systémique mortelle. Les cellules mononucléaires, en particulier les macrophages et les monocytes, sont un hôte particulier pour les agents étiologiques. (2)

Le LECD atteint fréquemment le visage, le cuir chevelu et les oreilles. L'atteinte des paupières sous forme d'une blépharite chronique est plus rarement décrite. La plupart des auteurs signalent l'atteinte préférentielle de la paupièreinférieure, plus précisément son tiers externe (3).

Notre cas illustre un LECD survenant sur le site d'une LC antérieure. A notre connaissance, rares sont les cas décrits dans la littérature, et les auteurs actuels le considèrent comme un exemple atypique de réponse isotopique ; qui peut avoir différentes explications pathogéniques.
La leishmaniose peut induire une réponse immunitaire cellulaire cytotoxique contre les kératinocytes, associée à l'activation du système interféron (IFN) de type 1 responsable du recrutement des cellules immunitaires effectrices dans la peau, et également impliqué dans les maladies auto-immunitaires cutanées, telles que le LECD et le lichen plan. (4)

CONCLUSION

Notre hypothèse suggère que la LC était responsable d'une réponse immunitaire cytotoxique conduisant à un cercle vicieux pro-inflammatoire, chez un patient prédisposé, induisant un LECD avec des lésions cutanées sur le même site.

De plus, la connaissance de l'atteinte palpébrale dans le cadre d'un lupus permettait d'orienter notre raisonnement et d'éviter un retard diagnostique responsable de lésions cicatricielles définitives à grand préjudice esthétique.

Mots-clés : Leishmaniose-Lupus discoïde- Réponse isotopique

Rare cas de myosite ossifiante multifocale (MOMC) : Quand le tissu mou se transforme en os.

LAHROUGUI A, ABOUDOURIB M, AMAL S, HOCAR O : Service de dermatologie et vénérologie

FMPM, CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc. Laboratoire Biosciences et santé

Mots clefs : myosite, ossifiante, multifocale.

Introduction

La myosite ossifiante est une pathologie bénigne faite d'une prolifération hétérotopique d'os au sein des tissus mous. Sa forme multifocale est rare pouvant simuler un processus malin, expliquant les retards diagnostiques et thérapeutiques.

Nous décrivons un cas de MOMC chez une patiente de 11 ans.

Observation

Patiente de 11 ans, issue d'un mariage consanguin de 2 ème degré, suivie depuis 2019 pour sclérodermie devant une sclérose cutanée généralisée, myalgies, polyarthralgies inflammatoires, xérostomie avec confirmation histologique, mise sous corticothérapie avec abandon thérapeutique.

La patiente a été de nouveau hospitalisée en avril 2022 suite à l'aggravation de son état et par l'apparition de lésions cutanées bourgeonnantes diffuses évoluant 7 mois avant son admission sans notion de traumatisme associé.

L'examen clinique a révélé une patiente stable avec taille de 1m20(-2DS), avec présence de masses bourgeonnantes diffuses, hyperkératosiques infiltrées et indurées associées à des ulcérations au niveau du tronc et des jambes.

La marche et la station debout était impossible, la sensibilité était conservée avec présence d'une amyotrophie généralisée.

Une biopsie cutanée a objectivé un aspect en faveur d'une myosite ossifiante fait de tissus musculaire strié siège d'artefacts de retard de fixation, l'interstitium est fibreux siège d'un tissu de granulation polymorphe et diffus mêlé à un tissus osseux dystrophique.

Les radios de thorax, bassins, membres et extrémités ont objectivé une importante ossification des parties molles.

Dans le cadre du bilan d'extension, le scanner thoracique et l'échographie abdominale, ainsi que l'échocardiographie doppler et l'examen ophtalmologique à la lampe à fente se sont avérés normaux.

La patiente a été traitée par de la corticothérapie orale, méthotrexate, biphosphonate orale ainsi que par des pansements quotidiens aux tulles gras, avec bonne amélioration clinique.

Discussion

La myosite ossifiantemultifocale est une pathologie bénigne rare, représentant 0,7% des tumeurs des parties molles.

A l'inverse de notre observation, elle touche préférentiellement le sujet jeune sportif de sexe masculin et souvent associée à des traumatismes.

Elle se manifeste par des douleurs inflammatoires et des tuméfactions dures siégeant davantage dans les segments antérieurs et proximaux, pouvant entrainer une impotence fonctionnelle en cas d'atteinte articulaire.

L'aspect radiologique dépend de la maturation histologique de la masse, pouvant être au début normal. Le scanner ou l'IRM permet de poser le diagnostic, malgré son accès difficile dans certains pays.

Le traitement de la MOMC est variable en fonction du stade, pouvant aller de l'abstention thérapeutique au traitement médical ou chirurgical.

Conclusion

Ce cas clinique illustre la rapidité d'extension et le retentissement fonctionnel de la myosite ossifiante et donc de l'importance d'établir un diagnostic précoce pour améliorer la prise en charge.

Pathologies de surcharge :

L'amylose cutanée primaire localisée : une série de cinq cas

R.Ajaaouani, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :

L'amylose cutanée primaire localisée (ACLP) se caractérise par un dépôt extracellulaire de protéines amyloïdes hétérogènes dans la peau sans atteinte systémique. L'amylose papuleuse, l'amylose maculaire et l'amylose nodulaire sont les différentes formes cliniques de l'APLC. Notre objectif est d'évaluer l'épidémiologie et les facteurs de risque dans l'étiologie de l'amylose cutanée primaire localisée.

Matériel et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective entre octobre 2020 et août 2021 ; tous les patients ont eu une biopsie cutanée confirmant l'amylose cutanée localisée primaire.

Résultats :

Au total cinq patients ont été recensés, de sexe féminin, l'âge moyen était de 47,6 ans, la durée moyen d'évolution de la maladie était 18 mois. L'âge moyen d'apparition était de 34,6. Le phototype des patients etaient (III) chez trois patientes et (IV) chez deux patientes. Les formes cliniques étaient une amylose maculeuse (n=4), une amylose papuleuse (n=1) et une amylose biphasique (n=1). Dans l'(AP) la présentation clinique était des multiples papules groupées hyper pigmentées, localisées au niveau des deux jambes. Dans la forme maculeuse toutes les patientes avaient un aspect clinique de macules hyper pigmentés réticulées, généralisée chez deux patientes, localisée au niveau des jambes chez une patiente et au niveau de l'abdomen chez une patiente. La forme biphasique associe les deux formes précédentes. Le prurit était constant. Parmi les facteurs favorisant le gommage excessif était chez trois patientes, aucun antécédent familiale n'été signalé. La biopsie cutanée était réalisée chez toutes les patientes, confirment le diagnostic. Trois patientes ont été traitées par dermocorticoïdes seul, une patiente dermocorticoïdes associe à l'acide trichloracétique et une patiente dermocorticoïde associe à la photothérapie UVB.

Discussion :

L'amylose est un dépôt extracellulaire de la protéine fibreuse impliquant plusieurs systèmes d'organes (amylose systémique) ou limité à un seul site tissulaire (amylose localisée). Dans l'amylose cutanée localisée primaire (PLCA), des dépôts amyloïdes sont observés dans une peau auparavant normale, sans aucun signe de dépôts dans les organes internes. La prépondérance féminine et le phototype foncé a été régulièrement rapportée dans la littérature. L'amylose cutanée localisée primaire a une incidence élevée en Asie, au Moyen-Orient et en Amérique du Sud, mais est rarement observée dans les pays maghrébins, européens et nord-américains. L'amylose cutanée localisée primaire est une maladie chronique, persistante et inesthétique dont le traitement est peu décevant.

Papules spinolusiques des membres inferieures : penser à l'amylose papuleuse

SokainaChhiti , Zakia Douhi, Meryem soughi, Sara Elloudi, Hanane BayBay, Fatima Zahra Mernissi. Service de dermatologie-vénérologie, CHU Hassan II Fès

Introduction :

L'amylose papuleuse (AP), ou lichen amyloïde est la variante la plus fréquente de l'amylose cutanée primitive. Cliniquement, elle se présente sous forme de papules kératosiques pigmentées coalescentes.Nous rapportons un cas d'AP en décrivant son aspect clinique et dermoscopique, en placards hypopigmenté surmonté de papules brunâtres kératosiques prenant toutes les jambes.

Observation :

Un homme âgé de 68 ans sans antécédents a consulté pour des lésions prurigineuses dépigmentés des jambes depuis 3 ans. L'examen dermatologique trouve un placard hypo pigmentés lichénifié surmonté de papules folliculaires brunâtres faisant 4 mm de diamètre, fermes et rugueuses à la palpation au niveau des faces antérieures des jambes et d'aspect spinolusique au niveau des faces postérieures, au dermoscopie : excoriation, pigmentation au niveau des papules réalisant un aspect de « carrefour central ». Il n'y avait pas de prise de contraste à la lumière de Wood. L'examen

histologique a objectivé un épiderme acanthosique avec un dépôt éosinophile anhiste au niveau du derme papillaire donnant une biréfringence jaune-vert après coloration au rouge Congo. Un traitement par un dermocorticoïde classe très forte a été initié avec diminution du prurit.

Discussion :

L'AP est une dermatose prurigineuse chronique rare caractérisée par des papules et des plaques hyperkératosiques et pigmentées touchant généralement la face antérieure des jambes. Le prurit est généralement sévère et met en jeu l'inflammation de type 2 à travers une expression accrue des récepteurs épidermiques de l'interleukine (IL)-31 (un récepteur de cytokine Th2) entraînant possiblement une hypersensibilité des fibres nerveuses cutanées.
Dans notre cas, les lésions de l'AP avaient un aspect spinolusique avec une dépigmentation périfolliculaire siégeant de façon circonférentielle au niveau des deux jambes contrairement aux données de la littérature dont les papules siègent électivement au niveau des faces antérieures des jambes. Toutefois, d'autres localisations ont été rapportées : tronc, avant-bras, cuir chevelu. Le diagnostic a été confirmé par l'histologie. Néanmoins, la dermoscopie a objectivé une pigmentation au niveau des papules réalisant un aspect de « carrefour central »déjà décrites dans la littérature. Par ailleurs, la lumière de Wood avait éliminé un vitiligo au niveau du placard hypochromique. Les dermocorticoïdes représentaient le traitement de première intention, mais la réponse clinique était souvent partielle. D'autres alternatives thérapeutiques topiques et physiques peuvent être utilisées en association aux dermocorticoïdes : rétinoïdes topiques, photothérapie et laser CO_2 avec des résultats cliniques meilleurs.

Conclusion :

La dermoscopie constitue un outil précieux pour guider le diagnostic en matière d'AP. Toutefois, l'histologie reste l'examen de confirmation. Plusieurs traitements ont été essayés dans la littérature devant l'absence d'un algorithme thérapeutique établi pour une prise en charge optimale et standardisée

Scléromyxœdème : caractéristiques cliniques et thérapeutiques

S.LAZOUZI, F.HALI, H.RACHADI, S.CHIHEB

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

INTRODUCTION :

Le scléromyxœdème, également connu sous le nom de lichen sclérodermoïde ou myxœdémateux, ou maladie d'Arndt-Gottron, est une maladie dysmétabolique rare caractérisée par une accumulation de mucine dans le derme.

Le présent travail a pour objectif d'en relever les caractéristiques cliniques, paracliniques et thérapeutiques dans notre structure.

MATERIEL ET METHODES :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée au sein du service de dermatologie du CHU Ibn Rochd, étalée sur une période de 5 ans, entre Janvier 2017 et Juin 2022. Ont été inclus l'ensemble des patients ayant un diagnostic de scléromyxœdème sur la base de lésions cliniques évocatrices et confirmé par un examen histologique. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients, et répertoriées dans un fichier d'exploitation standardisé.

RESULTATS :

L'étude a inclus 3 patients. L'âge moyen au début des symptômes était de 53,3 ans (42 à 60 ans). Le sexratio était de 2F/1H. Le délai nécessaire à l'établissement du diagnostic était en moyenne de 7,33 mois (2 à 16 mois). 2 patients étaient originaires de la région de Casablanca, et une de KelaatSraghna. Les trois patients avaient des signes cutanés à type de papules cireuses prurigineuses et de lésions sclerodermiformes, avec une notion de raréfaction des poils chez deux d'entre eux. Une limitation de la mobilité cutanée a été retrouvée dans deux cas. Deux patients

avaient une atteinte extra cutanée neurologique (syndrome du canal carpien bilatéral). La biopsie cutanée a montré des dépôts dermiques de mucine chez les trois patients, un épaississement des faisceaux de collagène chez deux et une prolifération fibroblastique chez deux. Une gammapathie monoclonale (type IgG lambda) a été retrouvée chez deux malades, sans évolution vers un myélome. Sur le plan thérapeutique, les immunoglobulines intraveineuses (1 à 2 g/kg/cure mensuelle) ont été prescrites en première intention chez un patient, avec une bonne évolution ; en seconde intention chez les deux autres après échec de la corticothérapie et du thalidomide.

DISCUSSION :

Le scleromyxoedème est une pathologie rare, d'incidence inconnue. Sur 5 ans au sein de notre structure, seuls 3 cas ont été colligés ; chiffre qui rejoint ceux d'une étude multicentrique française menée sur 20 ans n'ayant recueilli que 8 cas. Cette affection touche l'adulte, sans prédilection de sexe. Les lésions cutanées sont caractéristiques, comme décrites dans la littérature, associant des lésions papuleuses de couleur cireuse reposant sur une base indurée, et des lésions sclerodermiformes pouvant occasionner une limitation de la mobilité cutanée. Elles peuvent être associées à d'autres pathologies, notamment les dysthyroïdies et la gammapathie monoclonale comme chez deux de nos patients. Le diagnostic repose sur l'histologie, montrant classiquement une triade faite de dépôts dermiques de mucine, fibrose et prolifération fibroblastique. Sur le plan thérapeutique, nous relevons l'impact des immunoglobulines intraveineuses, seules associées à une réponse favorable.

Cette étude se veut donc en accord avec les observations et études sur le scleromyxoedème rapportées dans la littérature, et elle met en exergue l'intérêt des immunoglobulines dans le traitement de cette affection rare.

Pathologies auto immunes :

Pelade et phytothérapie

K. Kaddar 1, S. Bouabdella1, H. Ragragui 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 :

La découverte des plantes à des fins médicinales remontent à des civilisations anciennes. Leur utilisation augmente de plus en plus dans le monde notamment au Maroc, qui est connu par la richesse de ses plantes médicinales.

Matériels et méthodes :

C'est une étude descriptive comptant 44 patients souffrant d'une pelade, dont l'objectif était de recenser les plantes utilisées, de décrire l'attitude des patients à l'égard de l'usage des plantes et de préciser leur degré d'efficacité et leurs effets indésirables(EI).

Résultats :

L'échantillon comptait 44 patients, avec une moyenne d'âge de 27 ans et un sexe-ratio F/H de 2,6. Les types de pelade étaient : Pelade universalis (43%), en plaques (32%), décalvante du cuir chevelu (18%) et ophiasique (5%). Dans notre série, 77% des patients ont eu recours à la phytothérapie. La quasi-totalité de ces patients ont commencé d'emblée l'utilisation des plantes médicinales avant toute consultation.

Nous avons recensé plus de 34 plantes et huiles utilisées à des fins thérapeutiques par nos patients.

L'Ail et l'Oignon étaient les 2 plantes les plus utilisées dans 82% et 59% des cas respectivement. D'autres plantes comme : Gingembre, Thym, Poivron, Romarin, Jujubier, Génévrier, Laurier noble, Girofle, Peganumharmala, Camomille, Lavande, Absinthe, Armoise, Nigelle ont été utilisées seules ou en mélange avec du henné ou vinaigre de cidre. Un mélange de certaines poudres comme la poudre d'épine d'hérisson, de caméléon et de tortue a été également utilisé.

Les patients avaient également recours aux huiles comme l'huile de Ricin, de Cade, de Cannabis, de Funegrec, d'Amande, de Sésame ou d'autres mélanges d'huiles non précisées.

Le Crésyl (désinfectant à base de crésol et d'huile phénolique) a été utilisé dans un seul cas et l'huile de vidange automobile dans 2 cas.

Les patients appliquaient les différents produits sous forme de lotion, en massage ou en masque sur le cuir chevelu dans la majorité des cas, associés à une scarification (incision des zones à traiter) dans 45% des cas ou après des saignées dans 5% des cas.

La transmission d'information se faisait de bouche-à-oreille ou suite au conseil d'un herboriste dans 65% des cas ou grâce aux médias (réseaux sociaux, forums..) dans 32% des cas.
Une repousse a été notée chez 41% des cas. Aucun EI n'a été noté dans 75% des cas, des EI minimes (à type d'érythème léger et de picotements) chez 13% des cas et des complications à type de brûlures ont été rapportées chez 12% des cas.

Discussion :

L'utilisation de l'ail et du jus d'oignon cru n'est pas dénuée de sens, puisque des études ont montré que leur utilisation pourrait constituer un traitement adjuvant efficace surtout dans les plaques limitées. L'ail a été largement utilisé sous différentes formes. Dans notre contexte, la gousse d'ail est souvent appliquée directement par frottement ou après scarification.

Conclusion :

La phytothérapie pourrait constituer un traitement adjuvant efficace. Cependant, des pratiques traditionnelles sortent de l'ordinaire et peuvent être une source de complications graves.

L'association lichen plan pilaire et pelade, intérêt de monitoring trichoscopique pour le diagnostic précoce .

FZ.Hashas,H. Baybay, Z. Douhi, M.Soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi .

service de dermatologie CHU Hassan II Fès.

Introduction :

Le syndrome de Graham LittlePiccardiLasseur (GLPLS) qui constitue une variante rare du lichen plan pilaire et la pelade sont des maladies à médiation immunitaire qui affectent le

follicule pileux, entraînant une alopécie. nous rapportons l'observation d'une femme présentant en concomitance les deux troubles.

Observation:

Une patiente agée de 55ans, ayant comme antécédents une hypothyroïdie sous levothyrox, et un adénome hypophysaire , suivie dans notre formation depuis deux ans pour un syndrome de de Graham LittlePiccardiLasseur (GLPLS) mise sous cycline, dermoval gel et minoxidil, ayant présenté récemment depuis un mois une plaque alopécique au niveau occipital. L'examen clinique trouve un recul symétrique en forme de bande de la racine des cheveux fronto-temporale laissant une peau uniformément pâle avec à la trichoscopie : absence de poils velus, une perte d'ouvertures folliculaires, une hyperkératose périfolliculaire et des poils isolés. Aucun point jaune, point d'exclamation ou point noir n'a été observé. Dans la zone occipitale, une plaque d'alopécie non cicatricielle bien circonscrite ,grossierement ovalaire de 6 centimètres a été observée, avec un signe de traction positi , la dermoscopie a montré des poils en points d'exclamation, des points jaunes et noirs. une dépilation partielle des cils et des sourcils .une kéraosepillaire au niveau des bras et des cuisses, il n'y avait aucune autre anomalie des ongles ou des muqueuses .

Sur la base des caractéristiques clinique et trichoscopique ci-dessus, le diagnostic de syndrome de Graham – Little – Piccardi– Lasseur (GLPLS) associé à une pelade a été retenu. La patiente a été traité par des infiltration de diprostene au niveau occipital, l'évolution était marqué par une repousse presque complète des cheveux dans la région occipitale. Il n'y avait pas eu de progression de la récession capillaire a niveau de la lisière frontale avec une repousse partielle de la pilosité pubienne .

Discussion :

Le syndrome de Graham LittlePiccardiLasseur (GLPLS) est une variante rare du lichen planopilaire comprenant une triade d'alopécie cicatricielle multifocale et inégale du cuir chevelu, une alopécie non cicatricielle des aisselles et de la région pubienne et des papules folliculaires kératosiques sur le corps (1). Le mécanisme pathogénique du GLPLS implique l'infiltration lymphohistiocytaire de la moitié supérieure de l'unité pilo-sébacée qui est la principale cible de la maladie,

entraînant la destruction des cellules souches basales de la région du renflement. [2] L'évolution du GLPLS est variable, aboutissant finalement à une alopécie cicatricielle irréversible permanente et à des lésions folliculaires sur le corps, provoquant une détresse psychosociale importante. La pelade est une maladie auto-immune entraînant une alopécie aiguë non cicatricielle avec une évolution récurrente. Les signes trichoscopiques les plus caractéristiques de cette pathologie sont les points jaunes, les points noirs, les poils en point d'exclamation, les poils effilés, les poils cassés, les poils duveteux (3). Les deux pathologies constituent des maladies auto-immunes dépendant des lymphocytes T qui ciblent différentes parties du follicule pileux, et dont l'association concomitante est possible mais rare. Au niveau de cuir chevelu le diagnostic de cette association est parfois difficile car les caractéristiques cliniques peuvent se chevaucher, en particulier dans la variante ophiasique de la pelade. La trichoscopie s'est avérée être un outil précieux pour aider au diagnostic.

Conclusion :

L'association concomitantede lichen planopilaire et de pelade au niveau de scalp est possible mais rare.Le monitoring trichoscopique est un outil précieux pour aider au diagnostic des associations .

Trisomie 21 et Auto-immunité

FZ. ElAlaoui,S.Aitoussous , R.Chakiri

Service de Dermatologie, CHU Souss Massa,Agadir, Maroc

Introduction :

La trisomie 21 est associée à une dysrégulation du système immunitaire conduisant à la survenue de maladies auto-immunes. Nous rapportons le cas d'une trisomie 21 associée à une pelade, et une thyroïdite auto-immune.

Observation :

Patiente âgée de 21 ans porteuse d'une trisomie 21, issue d'un mariage non consanguin, suivie pour hypothyroïdie (Thyroïdite de Hashimoto) qui présentait une alopécie totale. L'interrogatoiretrouve la notion d'un choc émotionnel (un deuil).

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

L'examen dermatologique notait ; une alopécie cicatricielle complète et une dépilation diffuse de l'ensemble de poils corporels, avec une atteinte unguéale concomitante à type d'Onychorrhexis.

Le reste de l'examen trouve des cicatrices d'excoriation au niveau des zones découvertes.

L'examen dermoscopique trouve :Des cheveux en point d'exclamation, des cheveux pigmentés dystrophiques, des points noirs et des points jaunes.

Le diagnostic de pelade universelle a été posé.

Le bilan biologique montrait d'une déficience marquée en Vit D à 12 ng /ml, Le reste du bilan biologique était sans particularité.

La patiente a été traité par une corticothérapie générale : protocoleAssouly, avec traitement local à base de minoxidil 2%, et une supplémentation en Vit D, avec début d'amélioration clinique. Le recul actuel est de trois mois.

Discussion :

La trisomie 21 est la plus fréquente des anomalies chromosomiques. Elle s'associe fréquemment aux maladies auto-immunes en particulier dermatologiques et thyroïdiennes.

En effet, la prévalence de certaines maladies auto-immunes telles que la pelade, la maladie cœliaque (MC), le diabète de type 1 (D1) et les dysfonctionnements thyroïdiens est beaucoup plus élevée chez ces patients que dans la population générale. Chez ces sujets, la fréquence de la pelade est de 6 à 8 %. La MC est la maladie auto-immune la plus habituellement observée chez les patients trisomiques

21. En effet, sa fréquence se situe chez ces sujets entre 4 et 19 %. L'association MC et D1 est fréquente, tout comme l'association D1 et dysthyroïdie auto-immun

Plusieurs études ont démontré des altérations de la réponse immunologique cellulaire et humorale principalement secondaires à des altérations de l'expression du gène régulateur de l'immunité (situé sur le chromosome 21).

Conclusion :

La trisomie 21 est un terrain favorable à l'émergence de maladies auto-immunes.

Plusieurs raisons sont invoquées parmi lesquelles la présence sur le chromosome 21 de gènes impliqués plus ou moins directement dans l'immunité.

Le dépistage et la prise en charge précoce de ces anomalies permettent d'éviter les comorbidités associées passées inaperçues.

Le vitiligo : Tabou et handicap sociale

M.Benkaraache 1. S .Aouali 1. S.Bensalem . 1. S.Dikhaye 1,2 . N.Zizi 1,2

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

Introduction:

Le vitiligo est un trouble cutané pigmentaire acquis par l'absence de cellules pigmentaires de l'épiderme qui se traduit par des macules blanches et des plaques sur le corps (1).

Il est associé à plusieurs pathologies auto-immunes. C'est une maladie affichante davantage encore pour les peaux foncées, et par conséquent, elle stigmatise considérablement des millions de patients dans le monde.
Le but de notre travail est d'évaluer le point de vue et les préjugées de la population marocaine vis à vis des patients atteints de vitiligo.

Matériels et méthodes :

Pour la réalisation de ce travail, nous avons établi un questionnaire en français sur l'outil Google Forms, contenant des données anamnestique, des questions portant sur les différentes croyances et les préjugés portés par les marocains sur le vitiligo. Le même questionnaire a été traduit en arabe dialecte et a été remplis par la population générale incluant l'entourage des patients .

Résultats :

Deux cent trente personnes ont répondu au questionnaire, l'âge moyen était de 43 ans, avec des extremes allant de 18 à 68 ans, don't 60,80 % des femmes et 39,10 % des hommes, 17,3% avaient un niveau d'étude primaire, 26 % secondaire, et 50 % avaient un niveau d'étude superieurdon't 43,47 % travaillent en milieu hospitalier .

Toutes les personnes ayant répondu au questionnaire avaient un contact en moins une seule fois dans leurs vie avec un patient atteint de vitiligo, 28 % pensent que c'est une pathologie contagieuse contre 72 %.

Nous avons interrogé les personnes sur l'origine probable de la maladie, 40 % ont atribué le vitiligo à un unproblémeimmunaitre dont la majorité était de haut niveau intellectuel , 26 % pensaient que le vitiligo est due à une allergie alimentaire, 22 % au application ou consommation de produits chimiques toxiques, et 4,3 % attribuait cette pathologie aux croyances supertitieuses (mauvais sorts jetés et ou malediction divine) contre un pourcentage négligeable seulement pensait que c'est une pathologie infectieuse, et 16 % croyaient que les lesions du vitiligo peuvent être contagieuses contre 83 % .

Concernant l'impact du vitiligo sur les relations interpersonnelles , 33,33% des hommes raportaient avoir du mal à mener une relation avec une partenaire atteinte de vitiligo contre 8,6 % seulement des femmes, 41% ont répondu n'avoir aucun soucis de toucher la peau de patients atteints de vitiligo, 43% le faisaient mais avec un sentiment de gêne et d'embarras, et 15% rapportaient l'impossibilité de serrer une main dépigmentée .
Quatre vignt personnes soit 39 % ont répondu n'avoir senti aucune gêne concernant la vie sexuelle, 45 % ont rapporté une difficulté, contre 13 % qui déclaraient ne pouvaient en aucun cas avoir une relation intime avec un partenaire atteint de vitiligo.

Discussion:

Le vitiligo est une pathologie visible dépigmentant de la peau et muqueuse , qui stigmatise des millions de patients autour du monde, la gêne ressentie est due essentiellement aux regards et aux préjudices ou manque d'éducation sur le sujet.

Les enfants et adolescents atteints de la maladie peuvent être victime d'intimidation par les autres enfants dans les milieux scolaires (2)

Nous vivons présentement dans une société où l'aspect physique est important au point qu'il est presque nécessaire de correspondre à la normalité établie par la société pour pouvoir bien s'y intégrer (3)

Le vitiligo est une maladie psychologiquement devastative surtout chez la patients de peau foncée et provenant du moyen orient, Inde et des tribus africaines.

Les femmes sont les principals victimes de cette discrimination, d'autant plus, que dans certains cas, un vitiligo survenant après le mariage peut entraîner des problèmes maritaux allant jusqu'au divorce dans les pays sous développées dans notre étude, les hommes rapportaient plus de gêne à avoir une épouse atteinte de vitiligo par rapport aux femmes, et ceci rejoint les données de la littérature, en Inde par exemple, cette condition médicale réduit les chances d'un(e) patient(e) à se trouver un(e) partenaire puisque le vitiligo est également associé à une mauvaise santé et elle était même considérée comme une lèpre blanche (4).

De même pour les croyances superstitieuses, une tendance similaire est observée en Afrique, des tribus considèrent le vitiligo comme étant une punition divine ou une malédiction, et Il y a même un mythe voulant que le vitiligo est le fruit d'un mauvais sort jeté (5).

Conclusion:

Le vitiligo est une maladie qui affecte profondément la qualité de vie des patients du fait des fausses croyances sur son étiologie ainsi que l'évitement de la société, ce retentissement devrait attirer l'attention du médecin traitant afin d'assurer une bonne adaptation au vécu de la maladie.

Madarose révélant une pelade ophtalmique isolée

A .ELkissouni , F.Hali , H.Rachadi , S.Chiheb

Service de dermatologie , CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

La pelade est une maladie auto-immune caractérisée par une perte de cheveux.

Elle se manifeste par des plaques alopéciantes non cicatricielles d'évolution imprévisible. Bien qu'elle affecte le plus souvent le cuir chevelu, elle peut toucher différentes zones du tégument. La perte des cils et des sourcils peut survenir dans les formes sévères de la pelade, mais la présentation d'une pelade avec une atteinte exclusive des cils est extrêmement rare, Nous présentons ici un cas de pelade localisée aux cils

Observation :

Patient de 42 ans, sans antécédents pathologiques particuliers notamment de maladies de systèmes, de prise médicamenteuses, de troubles psychiatriques, ou de blépharite, qui présente depuis 10 ans une chute des cils suite à un choc affectif avec notion d'évolution en repousse / rechute spontanée,

L’examen clinique a objectivé une madarose des cils des 2 yeux, Il n'y avait aucun signe d'inflammation sur les bords des paupières. L’examen dermoscopique a montré des points noirs et des poils coudés, l’examen du reste des phanères notamment cuir chevelu n'a révélé aucune anomalie, le bilan thyroïdien, la glycémie et la sérologie syphilitiques ont été demandé et se sont révélés normaux

On a retenu le diagnostic de pelade ophtalmique : pelade localisée aux cils chez ce patient .Un traitement local par analogues de prostaglandines : Bimatoprost a été initié

Discussion :

La pelade est classée en trois formes selon l'étendue de l'atteinte : partielle, totale et universelle. Le terme madarose s'applique si la pelade touche exclusivement les cils sans impliquer les autres parties du corps portant des poils. Peu de cas de pelade limitée aux cils sont rapportés dans la littérature. La physiopathologie de cette forme de pelade reste encore mal élucidée. Il est possible que les patients dont la pelade est confinée aux cils aient un ensemble distinct d'auto-anticorps dirigés contre les antigènes folliculaires spécifiques des cils.

La trichotillomanie est le principal diagnostic différentiel. L'évolution naturelle de la pelade qui débute dans les cils diffère de celle qui débute sur d'autres parties du corps, puisque elle s’étend rarement aux autres parties du corps

Telangiectasiamaculariseruptivaperstans : une forme rare de mastocytose cutanée

M. SIDKI (1), K. OUJENNANE (1), M. ABOUDOURIB (1), O. HOCAR (1), S. AMAL (1), A. FAKHRI (2), H. RAIS (2) (1) Service de Dermatologie Vénérologie, (2) Service d’anatomopathologie, CHU Mohammed VI de Marrakech, Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction

Les mastocytoses constituent un groupe hétérogène d’atteinte d’organes, essentiellement la peau, liée à l’accumulation anormale de mastocytes. La

mastocytose télangiectasique (Telangiectasiamaculariseruptivaperstans, TMEP) est une forme rare de mastocytose cutanée. Nous présentons un cas de mastocytose cutanée sous sa forme télangiectasique.

Observation

Femme âgée de 60 ans, sans antécédents pathologiques notables, avait consulté pour des lésions télangiectasiques mammaires, apparues depuis 1 an sans prurit ni autres signes associés. L'examen clinique avait objectivé des télangiectasies de couleur rouge, siégeant uniquement au niveau des deux seins, dont la dermoscopie avait noté un aspect de réseau vasculaire réticulé. Le signe de Darier était négatif. Le reste de l'examen somatique était sans anomalies, notamment pas d'adénopathies ni hépatomégalie ou splénomégalie. Une biopsie cutanée était réalisée, et avait mis en évidence un infiltrat dermique fait de mastocytes, disposé autour de vaisseaux dilatés à paroi fine. Le bilan à la recherche d'atteinte systémique est en cours.

Discussion

Les mastocytoses est un groupe de maladies peu fréquentes. Elles peuvent être cutanées ou systémiques, comportant principalement des manifestations osseuses, digestives, et hématologiques. La forme cutanée télangiectasique (TMEP) est rare. Cliniquement, elle se manifeste par des macules érythémateuses et/ou jaune-brunâtres avec des télangiectasies, localisées de préférence sur le tronc et les membres supérieurs. Le diagnostic peut être difficile, du fait de la prédominance de lésions télangiectasiques parfois d'aspect banal, et de l'absence de prurit et du signe de Darier. La dermoscopie peut aider au diagnostic, en révélant un réseau vasculaire réticulé (fines télangiectasies réticulaires) qui est le principal signe, associé parfois à un réseau pigmenté, ou à un fond érythémateux ou brunâtre. Le diagnostic positif repose essentiellement sur la présentation clinique corrélée à l'aspect histologique, qui montre au niveau du derme des vaisseaux dilatés avec présence d'un infiltrat mastocytaire. La TMEP s'associe dans 50% des

cas à une atteinte systémique, essentiellement médullaire. Un bilan dans ce sens, notamment le dosage de la tryptase sérique doit être demandé une fois le diagnostic établi.

Conclusion

La mastocytose dans sa forme télangiectasique est une dermatose rare, trompeuse et de diagnostic souvent difficile. Notre cas souligne l'importance de corréler la clinique, la dermoscopie et l'histologie afin de confirmer le diagnostic et établir une prise en charge précoce.

Psoriasis pustuleux annulaire de Bloch-Lapierre : forme clinique rare de l'enfant

H.EL BOUKILI S. ELLOUDI Z. DOUHI M.SOUGHIH. BAYBAY FZ. MERNISSI

Service de Dermatologie CHU Hassan II de Fès

INTRODUCTION :

Toutes les formes cliniques du psoriasis peuvent être observées chez l'enfant avec certaines particularitées épidémiologiques et sémiologiques ; nous rapportons le cas d'une forme clinique variante du psoriasis pustuleux généralisé assez rare ches les deux populations.

OBSERVATION :

Enfant K. de 05 ans ; sans antécédents notables , l'histoire de sa maladie remonte à l'âge de 02 ans par l'apparition d'une lésion arrondie bien limitée au niveau du flanc droit non prurigineuse évoluant par poussée entrecoupée de

rémission ; l’évolution était marquée 02 mois avant son admission par l’extension de lésions similaires au niveau du tronc et les membres supérieurs, sans signes génèraux ni arthralgies ; le tout évoluant dans un contexte de conservation de l’état génèral .

A son admission, l’examen clinique trouvait de multiples plaques érythémateuses squameuses annulaires , couverts de squames sur leur partie interne et parsemés de pustules sur leur versant externe avec une évolution centrifuge couvrant 50% de la surface cutanée, l’examen dermoscopique a révélé une vascularisation en point homogène avec des pustules à contenu blanc laiteux . Devant ces données cliniques, le diagnostic de psoriasis pustuleux de Bloch-Lapierre était posé.

DISCUSSION :

Le psoriasis est une dermatose érythemato-squameuse bénigne d’évolution chronique dont l’aspect sémiologique chez l’enfant est le même que chez l’adulte avec certaines particularités. Le psoriasis pustuleux est une forme clinique qualifiée de grave, il regroupe lui-même plusieurs entités distinctes mais qui ont en commun une présentation clinique caractéristique faite de pustules superficielles non folliculaires et amicrobiennes . Dans sa variante génèralisée annulaire de Blosh-Lapierre , Il débute de façon aigue ou subaigu, formants des cercles complets ou incomplets de quelques centimètres de diamètre. Ces anneaux sont érythémateux, couverts de squames sur leur partie interne et parsemés de pustules sur leur partie externe. Ces éléments évoluent de façon excentrique comme un érythème annulaire centrifuge. Ils peuvent s'atténuer en quelques semaines pour récidiver sur un mode localisé ou disséminé. L’examen de la littérature révèle que le psoriasis en plaques avec ses variantes est la forme la plus fréquente chez la population pédiatrique ; avec des lésions en gouttes ; tandis que le sous type pustuleux est génèralement rare chez l’enfant ; certaines séries estiment que la variante localisée acrale est plus commune que la variante annulaire de Bloch-Lapierre ; tandis que d’autres estiment l’inverse.

CONCLUSION :

Le psoriasis infantile représente un défi particulier diagnostique outre que thérapeutique malgré le pronostic génèralement favorable à l'âge adulte.

Caractéristiques épidémio cliniques de la maladie de Behçet : série de 102 cas

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

Service de Dermatologie et de Vénéréologie, Casablanca, Maroc

Introduction :

La maladie de Behçet est une vascularite multisystémique de cause inconnue, évoluant par pussées-rémissions, révélée le plus souvent par l'atteinte cutanéomuqueuse. Celle-ci peut précéder accompagner ou suivre les autres atteintes systémiques. L'objectif de notre étude est de déterminer le profil épidémio-clinique et évolutif de la maladie de Behçet à travers une série de 102 cas.

Matériels et méthodes :

Une étude descriptive rétrospective colligeant les dossiers des patients hospitalisés, de Janvier 2000 à Décembre 2021. Le diagnostic était basé sur les nouveaux critères diagnostiques de la maladie de Behçet. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Excel.

Résultats :

Sur une période de 22ans, nous avons colligé 102 patients atteints de la maladie de Behçet dont 75 hommes (73,5%) et 27 femmes (26,5%). L'âge moyen était de 31 ans avec des extrêmes allant de 24 à 45ans. Le délai diagnostique moyen était de 6 ans avec des extrêmes allant de 6mois à 11 ans. Les manifestations cutanéomuqueuses constituaient le premier signe de la maladie dans 86% des cas. L'aphtose buccale était la manifestation cutanée inaugurale la plus fréquemment observée dans 79% des cas. L'aphtose génitale

était notée chez 42 patients (41%). Les lésions de pseudo−folliculite étaient retrouvées chez 52 patients (51%) avec une localisation plus fréquente au niveau du dos et du tronc. L'érythème noueux a été noté dans 15% des cas seulement. Concernant les autres manifestations systémiques, nous avons retrouvé des arthralgies inflammatoires chez 25 malades (24,5% des cas), une atteinte oculaire chez 20 patients (19,6%) et une atteinte neurologique chez 4 patients (3,9 %). Il n'existait pas d'association particulière entre le type de manifestation dermatologique et la fréquence des manifestations extra-dermatologiques. Le traitement de l'atteinte cutanéomuqueuse était basé sur la colchicine dans 87% des cas. Un cas d'atteinte cutanéomuqueuse sévère résistante a été traité par thalidomide avec bonne amélioration après 1 mois.

Discussion :

Les manifestations cutanéomuqueuses sont parmi les plus caractéristiques au cours de la maladie de Behçet, elles représentent à elles seules la moitié des nouveaux critères diagnostiques. L'évolution de ces atteintes dermatologiques est très variable, caractérisée par des poussées et des rémissions durant quelques semaines, mois ou années. Notre étude a retrouvé un délai diagnostique plus long lorsque les premiers signes de la maladie sont cutanéomuqueux et particulièrement lorsqu'il s'agit d'aphtose buccale, d'où l'intérêt d'une surveillance au long cours de ces patients.

Présentation particulière d'un syndrome des antiphospholipides (SAPL).

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

Introduction :

Le syndrome des anticorps anti phospholipides est une maladie auto-immune multisystémique du à l'action des auto-anticorps dirigés contre les phospholipides et/ou leurs cofacteurs.

Il peut être primaire ou dans le cadre d'une maladie auto-immune systémique, notamment le lupus érythémateux systémique (LES).
Nous rapportons le cas d'une patiente ayant un syndrome des anti phospholipides dont la présentation clinique est particulière.

Observation :

Il s'agit de Soraya Kouch âgée de 39 ans, suivie depuis 2012 pour un lupus sytémique avec tropisme hématologique (anémie, lymphopénie) et cardiaque (péricardite) sous corticothérapie avec des anticorps anti phospholipidesintialement négatifs. Admise pour prise en charge de lésions rouges violacée douloureuses diffuses d'installation brutale. L'examen dermatologique objective la présence de plaques ecchymotiques entouré d'un halo purpurique, bien limitées de contours irréguliers mesurant pour la plus grande 10 cm de grand axe surmontées de bulles à contenu hémorragiques par endroit siégeant au niveau du bras et avant-bras gauche, le dos, bas abdomen et la face post de la cuisse. Par ailleurs la patiente ne rapporte pas de fausses couches ou d'évènements thrombotiques précessifs.
Le bilan biologique a objectivé :anémie hypochrome normocytaire à 10.9, lymphopénie à 780, thrombopénie à 122000. Une consommation du complément C4 à 0.05 (0.1-0.4).
Le bilan immunologique : anticorps anti-nucléaires positifs d'aspect moucheté >1/160, anticorps anti-ADN natif négatif et anticorps anti-histone et anti-SSA positives et des anticorps anti coagulants circulants de type lupiques positifs.
Une biopsie cutanée au niveau d'une bordure purpurique a objectivé une vascularite leucocytoclasique avec une nécrose fibrinoïde et la présence de mirco-thrombi.
La patiente a été mise sous corticothérapie et antiagrégant plaquettaire.
Toutes des plaques ont régressé selon la teinte de la biligénèse sauf 2 qui sont devenues nécrotiques entourées d'un liseré purpurique, surmontées de bulles hémorragiques, nécessitant une nécrosectomie.

Discussion :

Le syndrome des anticorps anti phospholipides (SAPL) est un état de thrombophilie acquise dû à la présence d'au moins un des Acantiphospholipides circulants : Immunoglobuline anticardiolipine IgG ou IgM, anti-β2glycoprotéine I IgG ou IgM, et/ou l'anticorps anti coagulants circulants de type lupiques positifs.

Les lésions dermatologiques au cours du SAPL sont fréquentes, bien que non spécifiques, parfois inaugurales et peuvent constituer la seule manifestation clinique.

Cependant, les nécroses cutanées superficielles extensives restent extrêmement rares, rapportées seulement dans 2% des cas.

Le début est brutal avec un purpura nécrotique évoluant vers une plaque escarotique noirâtre bordé d'un liseré purpurique +/- bulles nécrotiques.

Elles siègent sur les membres, le visage (joues, nez, oreilles) ou les fesses comme c'est le ca de notre patiente.

Le traitement repose sur un traitement préventif et curatif se basant sur une anticoagulation efficace avec une association avec des corticoïdes, immunosuppresseurs, échanges plasmatiques ou immunoglobulines. La nécrosectomie est importante afin d'éviter les surinfections.

Ne pas oublier de lutter contre les autres facteurs de risques thrombotiques qui sont présents chez environ 50% des patients.

Conclusion :

La particularité de notre cas est la présence de 2 types de lésions, des plaques nécrosantes surmontées de bulles hémorragiques entouré d'un liseré purpurique spécifiques du syndrome des anti phospholipides, et des plaques ecchymotiques évoluant selon la teinte de la biligénèse pouvant cadrer avec une coagulopathie notamment un déficit en protéine C ou S. D'où l'intérêt d'une bonne analyse sémiologique.

Un purpura de Schamberg étendu: une observation pédiatrique

K.JAATAR, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL

Service de dermatologie, CHU mohamed VI de Marrakech, Laboratoire bioscience et santé, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad

INTRODUCTION :

Le purpura de Schamberg appelée également purpura pigmentaire progressif, ou capillarite purpurique a été décrit pour la première fois en 1901 par J.F. Schamberg chez un garçon âgé de 15 ans. La maladie de Schamberg est insidieuse et chronique, débutant de façon asymptomatique sur les membres inférieurs sous forme de plaques ou de placards hyperpigmentés brun rouges.(1)

OBSERVATION :

Il s'agit d'une enfant de 11ans sans antécédents pathologiques notables, qui s'est présenté en consultation de dermatologie pour des macules pigmentées des membres supérieurs et inférieurs évoluant depuis 2 ans, l'examen clinique trouve une enfant en bon état général, qui présente au niveau des 2 membres supérieurs et inférieurs des macules pigmentées rouges brunâtres évoluant depuis 2 ans indolores, non prurigineuses et ne s'effaçant pas à la vitropression faisant évoquer un purpura pigmentaire.

Une biopsie cutanée a été réalisée ayant révélé la présence d'un infiltrat inflammatoire modéré péri-vasculaire formé de lymphocytes avec de rares polynucléaires neutrophiles sans débris nucléaires ni nécrose pariétale. Le derme était œdémateux avec extravasation des hématies.

Le diagnostic de purpura de Schamberg a été retenu.

DISCUSSION :

La survenue de macules purpuriques asymptomatiques isolées chez un adulte jeune, surtout si elles prédominent sur les membres inférieurs, fait facilement poser le diagnostic de capillarite purpurique à type de maladie de Schamberg (3)

Chez l'enfant, bien que les lésions élémentaires soient identiques et assez évocatrices, le diagnostic est plus difficile vu la diversité des diagnostics différentiels (3)

Selon une étude menée par L. Hérissé et al. publié en 2014 l'analyse de la littérature n'a permis de retrouver que 22 cas pédiatriques [1,2], dont 8 cas chez des enfants de moins de 5 ans. L'atteinte était localisée aux membres inférieurs chez 19 patients, aux quatre membres chez deux patients et généralisée chez un seul patient (3)

Notre patiente avait un aspect typique de capillarite purpurique clinique et dermoscopique, avec présence de lésions sur les membres supérieurs et inférieurs apparu à l'âge de 9 ans, tableau concordant avec les donnés de la littérature

Selon une étude narrative complète des purpura pigmentaires menée par B. Spigariolo et Al,

sur le plan histopathologique on note la présence de vaisseaux dilatés, dépots d'hémosidérine, extravasation de globules rouges et une infiltrat lymphocytaire périvasculaire (2)

L'étude anatomopathologique de la biopsie cutanée de notre patiente a révélé des signes en faveur de la capillarite purpurique concordant avec les donnés de la littérature à savoir un infiltrat lymphocytaire périvasculaire et une extravasation des hématies, et un dépôt d'hémosidérine.

CONCLUSION :

En conclusion, la capillarite purpurique diffuse de l'enfant est une pathologie non exceptionnelle et peu connue mais facilement reconnaissable. Il s'agit d'une maladie cutanée bénigne, d'étiologie inconnue, d'évolution chronique, rythmée par des poussées , disparaissant spontanément en quelques années. Dans les formes typiques, le diagnostic est clinique. Seul un hémogramme avec numération des

plaquettes et un contrôle de l'hémostase sont nécessaires, comme devant tout purpura de l'enfant. (3)

Rare cas du syndrome de dysplasie immuno osseuse de Schimke

K.JAATAR[1], M.ABOUDOURIB[1], O.HOCAR[1], S.AMAL[1]
A.AFIF[2], H.NASSIH[2], R.El QADIRY[2], A.BOURRHAOUAT[2], I.AIT SAB[2]
Service de dermatologie[1], service de pédiatrie B[2], CHU mohamed VI de Marrakech, Laboratoire bioscience et santé, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad

INTRODUCTION :

La dysplasie immuno osseuse de Schimke (SIOD) est un syndrome autosomique récessif rare. Ses principaux caractéristiques sont : un retard staturo-pondéral, macules hyper pigmentées, faciès particulier, protéinurie avec insuffisance rénale progressive cortico-résistante, lymphopénie avec infections à répétition et une ischémie cérébrale. (1)

Nous rapportons un nouveau cas de SIOD chez une enfant de 7ans

OBSERVTION :

Enfant de 7ans suivi depuis l'âge de 4ans au service de pédiatrie pour un syndrome de Schimke qui était retenu devant un faisceau d'arguments fait d'un retard staturo-pondéral, une dysmorphie faciale, un syndrome néphrotique impur cortico-résistant compliqué d'une insuffisance rénale chronique terminale, d'un déficit immunitaire, d'une atteinte cardio vasculaire compliquée d'un AVC ischémique en 2019 et une dysplasie des têtes fémorales.

Sur le plan dermatologique le patient présentait des macules hyper pigmentées de taille inférieure à 0,5cm dispersées sur le tronc et le dos, non douloureuses et non prurigineuses et qui évoluaient depuis 2 ans.

DISCUSSION :

Le diagnostique du SIOD est établit devant l'association de critères cliniques, biologiques et radiographiques associés à l'identification d'une variante pathologique du gène SMARCAL1 identifié par génétique moléculaire. (2)

Chez notre patient les données étaient concordantes avec les données de la littérature à savoir, sur le plan clinique :

Les macules hyper pigmentées qui sont retrouvées dans 70% des cas au niveau du tronc, et peuvent s'étendre aux extrémités, le cou et la face (2) étaient présentes chez notre patient.

Le retard staturo-pondéral, l'atteinte cardiovasculaire, l'atteinte cutanée, et la dysmorphie faciale sont tous rapportés chez notre patient.

Sur le plan biologique le syndrome néphrotique est souvent retrouvé et évolue vers une insuffisance rénale, cas de notre patient.

Sur le plan radiologique la dysplasie des têtes fémorales est souvent retrouvée et a été objectivée dans notre cas par les radiographies des têtes fémorales.

L'étude génétique n'a pas été réalisée chez notre patient et le diagnostic de la maladie a été retenu devant le faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques.

CONCLUSION :

La dysplasie immuno-osseuse de Schimke est une affection génétique autosomique récessive, multi systémique, avec expression variable qui peut atteindre le squelette, le système immunitaire, le système cardio-vasculaire, le système hématopoïétique et

la peau.Le traitement de cette affection reste limité spécialement dans les formes sévères de la maladie (1)

Une morphée de présentation inhabituelle

I.Bejja, Z. Douhi, M.Guechchati, M. Soughi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ Mernissi
Service de dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

La morphée est caractérisée par une fibrose du derme pouvant s'étendre aux tissus sous-cutanés. Sa physiopathologie est relativement peu étudiée mais de nombreuses hypothèses ont été suggérées incriminant une origine auto-immune et l'association à des facteurs inducteurs.

Nous rapportons un cas de sclérodermie circonscrite d'aspect clinique inhabituelle.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 38 ans, sans antécédents particuliers, notamment pas de terrain d'auto-immunité ni de notion de facteurs inducteurs ni de signes systémiques, qui consultait pour une plaque blanche du front indolore non prurigineuse sans troubles de la sudation évoluant depuis 6 mois s'étendant progressivement en superficie.

L'examen dermatologique a révélé la présence au niveau frontal d'une plaque annulaire bien limitée de contours réguliers achromique faisant 3cm de grand diamètre, non indurée et non sclérosée, délimitée par un anneau érythémateux avec une surface lisse.

L'examen du reste du corps était sans anomalies avec une dermoscopie péri-unguéale normale.

Devant cette présentation clinique atypique. L'histologie a objectivé un discret infiltrat inflammatoire écrasé et une fibrose localisée par endroit au niveau du derme superficiel concluant en une morphée débutante.

Le patient a été mis sous Calcipotriol avec une amélioration partielle après trois mois de traitement.

Discussion :

La morphée correspond à une induration cutanée scléreuse circonscrite sans atteinte viscérale. Son mécanisme physiopathologique reste mal élucidé mais

plusieurs facteurs ont été incriminés : immunologique, infectieux, post-radique, traumatique ou médicamenteux. L'hypothèse d'un dérèglement auto-immun est le mécanisme le plus retenu.
La morphée en plaque en est une forme qui se caractérise classiquement par une phase maculeuse initiale et puis par l'induration. La forme superficielle a été décrite pour la première fois par McNiff et autres en 1999, qui se présente cliniquement sous forme de plaques hypo ou hyperpigmentées souples ou légèrement indurées. Le caractère non atrophique a été aussi rapporté dans la littérature comme c'est le cas chez notre patient.
La morphée classique diffère histologiquement de la morphée superficielle par le siège du processus et son début d'abord au niveau du derme reticulaire profond et puis son extension vers le haut.
Notre observation montre l'aspect clinique et histologique d'une morphée superficielle débutante qui se manifeste par son caractère légèrement infiltré, non induré, souple et achromique associé à son caractère histologique de siège dermique superficiel.

Conclusion :
La morphée constitue un motif de consultation fréquent en dermatologie qui doit être évoquée devant des manifestations même atypiques afin d'agir à temps et de ralentir son extension.

L'art dans la peau : Erythema-gyratum repens like ERUPTION

S.*Belguenani(1) ;M.Aboudouraib(1,2) ;S.Amal(1,2) ;O.Hocar(1,2)*

1 Service de Dermatologie,Vénérologie,CHU Mohammed VI, Marrakech
2 laboratoirebiosens et santé

Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech, Université Cadi Ayyad ,Marrakech, Maroc

Introduction :

Le pemphigus superficiel est une DBAI dont la présentation clinique est bien décrite, néanmoins il est connu par son polymorphisme clinique , l'EGR est une dermatose figurée exceptionnelle ,paranéoplasique dans 70% des cas dont l'histopathologie n'est pas spécifique. Nous rapportons le cas d'un pemphigus superficiel de présentation clinique particulièrement spectaculaire avec un aspect d'EGR.

Observation :

Un patient de 68 ans, sans antécédent pathologique, présentait depuis 1 mois et demi une éruption cutanée prurigineuse faite de bandes érythémateuses et parallèles serpigineuses et de lésions annulaires, cocardiformes bordées par une collerette desquamative(figure 1), siégeant sur le dos, racine des membres et tronc Le signe de Nikolsky était négatif. Une première histologie révélait une acantholyse très marquée avec un clivage sous corné et un infiltrat dermique superficiel, l'immunofluorescence directe à met en évidence des dépôts de C3 et d'IGg en mailles de filet dans les espaces intercellulaires.

Discussion :

L'Erythemagyratum repens est une dermatose très rare le plus souvent associée à une affection néoplasique sous -jacente, considéré alors comme un syndrome paranéoplasique. Parfois,l'EGR n'est pas associé à un cancer, considéré alors comme idiopathique. Un aspect similaire EGR-like peut révéler des dermatoses auto-immunes, égarant ainsi le diagnostic .
Sur les 116 cas rapportés,29 cas étaient considérés comme les dermatoses mimant un EGR (présentation clinique « EGR-like », dont les dermatoses bulleuses telle que la PB, l'EBA, ou encore la DIgAI, mais aucun cas de pemphigus superficiel n'as été mentionné.

Par ailleurs, la négativité des explorations complémentaires à la recherche d'une néoplasie sous-jacente et la réponse rapide à la dapsone+corticothérapie n'était pas en faveur d'une étiologie paranéoplasique.
A notre connaissance, nous rapportons la première observation originale d'un pemphigus superficiel à présentation clinique inhabituelle et spectaculaire ,avec un Aspect d'EGR.

Psoriasis et maladies auto-immunes :

Expérience du service de Dermatologie du CHU Hassan 2 de Fès.

El bennaye H (1), Elloudi S (1), Moumna R (1), Douhi Z (1), Soughi M (1), Baybay H (1), Mernissi FZ (1)

Introduction :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique à expression principalement cutanée et articulaire. Sa pathogénèse est multifactorielle. En raison du caractère auto-immun de cette affection, de nombreuses autres maladies auto-immunes peuvent s'y associer.

But :

Décrire les différentes associations aux maladies auto-immunes chez nos patients psoriasiques.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective menée dans le service de Dermatologie du centre hospitalier Hassan 2 de Fès-Maroc, étendue de Janvier 2009 à Septembre 2021 incluant tous les patients suivis pour psoriasis.

Résultats :

Nous avons colligé 64 cas d'association avec des maladies auto-immunes sur un total de 754 cas de, psoriasis soit 8.64%. L'âge moyen de nos malades

était de 52 ans. Sexe ratio 43F/9H. La durée d'évolution moyenne de la pathologie était de 11.37 ans. 5 de nos patients avaient un antécédent familial de psoriasis. 10 de nos malades avaient une atteinte articulaire dans le cadre de leur psoriasis. Les principales associations aux maladies auto-immunes retrouvées dans notre série : 45 diabétiques, 3 pelades, 7 vitiligos, 8 spondylarthrite ankylosante, 4 cas d'associations avec des maladies inflammatoires chroniques intestinales dont 3 avec la maladie de Crohn et 1 avec la rectocolite hémorragique. Deux de nos patients avaient une dysthyroïdie et deux autres une association avec des dermatoses bulleuses auto-immunes dont un pemphigus vulgaire et une pemphigoide bulleuse. Un seul cas d'association avec un lupus érythémateux et un autre avec un lupus discoide.

Discussion :

Le psoriasis, maladie bien caractérisée sur le plan clinique, a des mécanismes pathogéniques mal élucidés. En effet, sous l'influence de facteurs environnementaux et sur un terrain génétique prédisposé, se produit une perturbation du système immunitaire innée entrainant de nombreux phénomènes inflammatoires. Ces processus inflammatoires peuvent rendre les auto-antigènes accessibles, perturber la tolérance immunitaire aux auto-antigènes, et activer les cellules auto réactives qui, à leur tour, entraînent des processus auto-immuns secondaires responsables d'associations entre différentes pathologies auto-immunes. Le psoriasis pourrait être associé à des maladies thyroïdiennes auto-immunes telles que la maladie d'Hashimoto, la maladie de Crohn, le diabète sucré, le vitiligo, la pelade, la maladie cœliaque et rarement le lupus disséminé érythémateux. Un certain nombre d'études cliniques et d'études de cas ont abordé l'association avec des dermatoses bulleuses auto-immunes, à savoir la pemphigoide bulleuse et le pemphigus vulgaire.

Conclusion :

Des études futures restent nécessaires pour mieux explorer les cibles antigéniques et les voies immunologiques communes entre ces différentes pathologies auto-immunes.

Ulcération mammaire chronique en rapport avec un infiltrat plasmocytaire cutanée: A propos d'un cas

J. OUALLA1.2, K. OUJENNANE 1.2, M. ABOUDOURIB1.2, O.HOCAR1.2, S.AMAL1.2, H. RAIS1.3

1 service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

2 service d'anatomopathologie, CHU Mohamed VI, Marrakech

2 Laboratoire Biosciences et santé, FMPM université CaddiAyyad, Marrakech

Introduction :

La plasmocytose cutanée et systémique est une maladie rare, avec une centaine de cas rapportés dans la littérature, principalement chez les japonais. Elle se caractérise par une infiltration de plasmocytes dans différents organes (notamment la peau, les ganglions et la moelle osseuse).Nous rapportons un cas de plasmocytose cutanée.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 65 ans, diabétique sous insuline ; suivie en chirurgie cardiovasculaire pour une insuffisance cardiaque sur valvulopathie programmée pour remplacement valvulaire ; qui présente une lésion ulcéro nodulaire du quadrant inférieur et interne du sein gauche, d'évolution chronique. La patiente était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique, l'examen du sein gauche retrouve une ulcération à fond fibrineux crouteux avec une bordure inflammatoire et infiltrée ; l'examen du sein controlatéral était sans anomalies cliniques, et l'examen ganglionnaire n'objective pas d'adénopathies palpables.

Une biopsie à 3 fragments était réalisée ; l'examen mycologique restait stérile ; la recherche du BK était négative ; l'examen bactériologique retrouve un enterobactercloacae sensible à la ciprofloxacine. L'étude anatomopathologique révélait une dermite chronique en poussée aigué ulcérée avec une richesselympho plasmocytaire. la mammographie du sein objective des lésions ACR 2.

Dans le cadre du bilan étiologique de l'infiltrat cutanée plasmocytaire, on a réalisé une sérologie syphilitique qui était négative et une électrophorèse des protéines plasmatiques objectivant une augmentation polyclonale modérée de gamma – globulines avec diminution de l'albumine.

Discussion :

L'étiopathogénie de la plasmocytose cutanée est inconnue. L'âge de début se situe entre 30 et 50 ans. les lésions cutanées se présentent comme des macules , papules ou plaques ovales , érythémateuses à brunes , rarement prurigineuses , de distribution habituellement symétrique sur la face, le cou et le dos .l'atteinte d'au moins un autre organe est trouvée dans les formes systémiques de plasmocytose : adénopathies , infiltration médullaire , pulmonaire ,hépato splénomégalie , néphropathie .

L'EPP trouve dans 88 à 93 % des cas une hypergammaglobulinémie polyclonale. L'histologie montre un infiltrat dermique périvasculaire et périannexiel de plasmocytes, sans atypie, de nature polyclonale. L'évolution est chronique et bénigne dans la plupart des cas rapportés, cependant quelques cas ont développé une leucémie ou un lymphome. Selon les données de la littérature, dermocorticoïdes, Puvathérapie, radiothérapie, thalidomide ou autres immunosuppresseurs n'ont pas montré une grande efficacité.

Conclusion :

La plasmocytose cutanée et systémique souvent associées à des adénopathies superficielles et une hyper-gammaglobulinémie polyclonale. . À

ce jour, il n'y a pas de traitement efficace disponible. Un suivi à long terme est nécessaire pour ne pas méconnaître une évolution vers un lymphome ou une leucémie.

Pelade chez l'enfant : une série de 116 patients

O.K.Idrissi, F.Hali, F.Z.ElFatoiki, S.Chiheb

Introduction :

La pelade est une maladie auto-immune qui affecte considérablement la qualité de vie. C'est la 3ème affection cutanée la plus fréquente chez la population pédiatrique.

L'objectif de cette étude était d'étudier les caractéristiques épidémio-cliniques et la réponse thérapeutique chez les enfants atteints de pelade dans un centre hospitalier universitaire.

Patients et méthodes :

Étude rétrospective de janvier 2011 et Décembre 2021 incluant les cas de pelade chez des patients âgés de moins de 14 ans.

Résultats

Un total de 116 patients a été recensé. Le sex-ratio était de 0.94 (54 garçons pour 62 filles). La moyenne d'âge était de 8,2 ans (1an et demi à 14 ans). L'âge moyen de début était de 7,2 ans. La durée moyenne de l'évolution était de 18,6 mois (15 jours- 10 ans).

Un antécédent personnel d'atopie (rhinite allergique, asthme) était retrouvé chez 9 patients, de trisomie 21 chez 7 patients. Le diabète, la dysthyroïdie et la cardiopathie congénitale chez 2 patients chacune. L'épilepsie, le deficit

immunitaire primitif et la maladie cœliaque chez 1 patient chacune. La notion de consanguinité était rapportée chez 2 patients (2%). Deux patients avaient un antécédent familial de pelade.

Un facteur déclenchant était retrouvé chez 11 patients (9,5%); un stress dans 6 cas dont 2 cas coïncidant avec le confinement dû à la Covid 19, un terrain d'anxiété chez 4 patients et un choc émotionnel dans 1 cas. Deux patients avaient une trichotillomanie associée à une énurésie primaire chez un d'entre eux.

La forme peladique en plaques multiples était prédominante chez 38 patients (33%) dont 12 cas avaient une atteinte associée des cils et sourcils. Douze patients (10,3%) avaient une plaque unique dont 2 cas qui avaient aussi une atteinte des cils et sourcils. Les formes sévères étaient représentées par la pelade universelle chez 25 patients (21,5%), la pelade décalvante chez 12 patients (10,3%) et la pelade ophiasique chez 5 patients (4%). L'atteinte unguéale était observée chez 12 patients (10,3%), avec onychorrhexis dans 8 cas dont 4 cas qui avait un aspect de dé à coudre. Une pachyonychie avec paronychie chez 4 patients.

Les traitements utilisés étaient les dermocorticoïdes associés au minoxidil chez plus de la moitié des patients (57%). Les dermocorticoïdes forts seuls chez 25 patients. L'association dermocorticoïdes, minoxidil et corticothérapie orale chez 12 patients. La corticothérapie orale seule chez 4 cas et associée au minoxidil chez 1 patient. Le méthotrexate a été utilisé chez 4 patients.

L'évolution était favorable chez 22 patients dont 4 cas avaient une repousse complète. Une absence de repousse était notée chez 9 patients et une repousse minime était objectivée chez 12 patients. Le reste des patients (46%) étaient perdus de vue après initiation du traitement.

Discussion :

Dans notre étude, on note la fréquence des formes sévères avec une évolution capricieuse.

La pelade est la troisième affection cutanée la plus fréquente chez la population pédiatrique. Une anamnèse et une évaluation approfondies des autres maladies auto-immunes sont essentielles. Sa prise en charge est basée sur des traitements topiques dans les formes limitées et des traitements systémiques dans les formes sévères.

L'impact énorme sur le bien-être psychologique de la pelade sur l'enfant et sa famille en rend la prise en charge plus difficile.

Dermoscopie de l'ongle peladique : à propos de 89 cas

K. TahriJoutei Hassani1; H. BAY BAY1; S. Elloudi1; M. Soughi1; Z. Douhi1; FZ. Mernissi

Dermatologie, CHU de Fès, Fes, Maroc

Introduction:

La pelade est une maladie auto-immune responsable d'une alopécie non cicatricielle. Les cheveux et les ongles ont une origine et des structures anatomiques communes et peuvent êtreimpliqués dans de nombreuses maladies. La trichoscopie de la pelade a été largement débattue contrairement à la dermoscopie de l'ongle peladique.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétro-prospective descriptive et analytique de la dermoscopieunguéalepeladiqueétendue sur 3 ans colligeant tous les patient suivis pour pelade dans notre formation.Tous les patients ont été examinés par le dermoscope digital Dermlite DL4.Les données ont été analysées avec le logiciel SPPS.L'association entre les variables catégorielles a été testée en utilisant le test $\chi 2$. La valeur P a été considérée comme significative si elle étaitinférieure ou égale à 0,05.

Résultats

Parmis les 89 cas de pelade recueillis ,258 ongles ont été examinés, 60,6 % des patients avait une atteinte unguéale soit chez 33 % des pelades en plaques et 67 % des pelades sévères. On notait une prédominanceféminine(61%) avec un sex ratio à 1,57 et l'âge moyen

était de 21,8 ans . Diverses anomalies unguéalesétaientretrouvées et sont résumées dans la figure 1.Certaines anomalies n'étaient visibles que sous le dermoscope comme l'érythème de la lunule,lesdépressionsponctuées et l'hypertrophie de la cuticule et qui étaientassociées significativement à l'atteinte unguéale au cours de la pelade.L'atteinteunguéaleétaitassociée significativement à la sévérité de la pelade. Il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative entre le sexe, l'âge des patients et l'atteinte unguéalepeladique.

Discussion :

La pelade est une maladie auto immune alopéciante non cicatricielle.L'association entre la pelade et les modifications des ongles a été évoquée dans plusieurs études : les dépressionsponctuées, trachyonychie et leuconychies étant les anomalies les plus fréquentes. D'autres changements tels que les lignes de beau, l'onychorrhexis et l'érythème de la lunule ont égalementété signalés.Notre revue de la littérature a montré que 2 études (une hollandaise et une égyptienne) avaient analysé la dermoscopie de l'ongle peladique . Dans notre étude , 60 % des malades avaient une atteinte unguéale au cours de la pelade ce qui s'alignait avec les résultat de l'étude hollandaise(64%) .On retrouvait également les mêmes atteintes en chef de fil(les dépressionsponctuées, la trachyonychie et la leuconychie).L'érythème de la lunule était retrouvé chez 5% des patients dans nos 2 études, après avoir éliminé les pathologies systémiques telles que le lupus ou la Polyarthrite rhumatoide, mais n'était pas retrouvé dans l'étudeégyptienne. La lunule rouge peut êtreclassée en trois types : une forme complète, dans laquelle toute la lunule est érythémateuse,une forme incomplète, où la zone proximale est rouge et dans la zone distale apparaît une bande blanche et la forme en motte où la lunule développe de petites lacunes discrètes dans lesquelles la couleur blanche est absente, ce qui donne un aspect tâcheté. Ce signe a été associé significativement à la sévérité de la pelade dans l'étude hollandaise.

Conclusion :

La prévalence de l'atteinte unguéale au cours de la pelade est sous-estimée car certaines anomalies spécifiques à cette dernière ne sont visualisées que par dermoscopie unguéale tel que l'érythème de la lunule comme l'a montré notre étude .

Les comorbidités dans la pelade : A propos de 80 cas

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

<u>Introduction :</u>

La pelade est une maladie inflammatoire du système pileux d'origine auto-immune, qui survient sur un terrain génétique prédisposant. Selon plusieurs études, elle peut être associée à diverses maladies systémiques. L'objectif de notre travail est de déterminer les différentes comorbidités de la pelade.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective, incluant les patients diagnostiqués de pelade entre janvier 2018 et janvier 2022. Les informations ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie comprenant les données épidémiologiques, le type de pelade ainsi que les différentes pathologies associées.

Résultats :

Quatre-vingts patients ont été inclus, parmi lesquels 42 (52,5%) étaient des femmes et 38 (47,5%) des hommes. L'âge moyen des patients était de 27,8 ans avec des extrêmes allant de 4 à 62 ans. 30 patients (37,7%) présentaient une pelade universelle, 10 (9,8%) une pelade totale et 42 (52,4%) une pelade en plaques. Concernant les comorbidités, 9 de nos patients (11,4%) avaient un terrain personnel d'atopie, 6 patients (6,5%) avaient des maladies auto-immunes associées et 13 patients (16,4%) avaient des pathologies thyroïdiennes dont 8 thyroïdites auto-immunes, 3 hypothyroïdies et 2 hyperthyroïdies. Une anémie ferriprive et une hypovitaminose D ont été rencontrées chez 8 patients chacune (10%). Les troubles psychologiques étaient les comorbidités les plus fréquentes, rencontrées chez 21 patients (26,2%) dont 7 patients atteints de dépression, 11 de troubles anxieux et 3 de stress dû au confinement pendant la pandémie de la COVID-19.

Discussion :

Les comorbidités sont des conditions médicales qui ont tendance à se manifester simultanément, ce qui pourrait avoir une implication dans la survenue de certaines maladies. La pelade peut être associée à diverses pathologies. Dans notre étude, les troubles psychologiques constituaient les comorbidités les plus fréquentes avec un pourcentage de 26,2%, ce qui pourrait s'expliquer par l'impact psychologique majeur qu'a la pelade sur les individus. En deuxième rang, venaient les maladies thyroïdiennes (16,4%) suivies des maladies atopiques (11,4%) puis l'anémie et

l'hypovitaminose D (10%). Dans la littérature, les maladies auto-immunes sont les comorbidités les plus rapportées ave la pelade ; dans notre étude, 6,5% de nos patients peladiques étaient suivis pour des affections auto-immunes.

A la lumière de ces résultats, nous constatons que la pelade pourrait être associée à diverses conditions. Ceci dit, des études avec des populations plus larges sont nécessaires afin d'élucider la causalité entre la pelade et ces comorbidités pour une meilleure prise en charge des patients.

La pelade : les caractéristiques épidémiologiques et thérapeutiques de 538 patients marocains

S. JEBBOUJE, H. RACHADI, S. CHIHEB, F. HALI

SERVICE DE DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE, CHU IBN ROCHD, CASABLANCA

Introduction :

La pelade est maladie auto-immune qui atteint le follicule pileux à la phase anagène. Elle peut se manifester par une plaque alopécique unique ou multiples, toucher tout le cuir chevelu et/ou affecter toutes les zones pileuses. Elle constitue un motif fréquent de consultation de dermatologie du fait du retentissement péjoratif sur la qualité de vie des patients.

Le diagnostic est facile et doit être précoce pour éviter l'alopécie cicatricielle. L'objectif de cette étude était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des patients marocains atteints de pelade.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive entre janvier 2004 et Mai 2022 incluant tous les cas de pelade chez des patients marocains. Toutes les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été recueillies dans la fiche préétablie.

Résultats :

Un total de 538 patients suivis pour pelade a été recensé dont 336 des adultes (76.72 %) et 202 des enfants (23.27%), 354 femmes (65.79%) et 184 hommes (34.2%). Le sex-ratio H/F était de 0.52. La moyenne d'âge était de 32.44 (16-80 ans). L'âge moyen de début était de 26 ans chez les adultes et de 7.4 ans chez les enfants. La durée moyenne de l'évolution était de 19,6 mois (15 jours- 11 ans).

Un évènement psychologique précessif a été objectivé chez 185 patients (34.38%). Un antécédent familial de pelade était retrouvé chez 49 patients, un antécédent personnel d'atopie (asthme, rhinite allergique) était retrouvé chez 36 patients, diabète chez 96 patients, dysthyroïdie chez 24 patients, trisomie 21 chez 8 patients, une anémie chez 17patients, épilepsie chez 6 patients, un SOPK chez 9 patients et un lupus chez 2 patients. Un seul patient avait un vitiligo.

La forme peladique en plaques multiples était prédominante chez 231 patients (42.93%) dont 121 cas avaient une atteinte associée des cils et sourcils. Cinquante-neuf patients (10.96%) avaient une plaque unique. Les formes sévères étaient représentées par la pelade universelle chez 207 patients (38.47%), la pelade ophiasique chez 15 patients (2.78%)et la pelade décalvante chez 12 patients (2.23%). L'atteinte unguéale était observée chez 27 patients (5.01%), avec onychorrhexis dans 11 cas dont 6 cas avait un aspect de dé à coudre. Une trachyonychie chez 12 patients et une pachyonychie avec paronychie chez 4 patients.

Les traitements utilisés étaient les dermocorticoïdes associés au minoxidil chez 436 des patients (81.04%). Les dermocorticoïdes forts seuls chez 102 patients (18.95%). La corticothérapie orale seule chez 96 (17.84 %) et associée au minoxidil chez 17 patients. Le méthotrexate a été utilisé chez 12 patients. La méthylprednisolone était utilisée chez 111 patient (20.63%) dont 48 patients ont bénéficié de minoxidil et PUVA-thérapie.

L'évolution était favorable chez 111 patients (22.49%) dont 85 cas avaient une repousse complète sous dermocorticoïdes forts. Une repousse minime était objectivée chez 13 patients et une absence de repousse était notée chez 9 patients. Le reste des patients étaient perdus de vue après initiation du traitement.

<u>Discussion :</u>

Dans notre étude, on note une prédominance féminine et une fréquence élevée des formes sévères avec une évolution capricieuse. Ainsi que l'impact psychosocial de la pelade sur le patient rend la prise en charge plus difficile.

Cette étude se veut donc en accord avec les observations et les études de la littérature relatives à la pelade aussi bien sur le plan clinique et thérapeutique qu'évolutif.

Morphées, une série de 28 cas

Imane Bahbouhi, Houda Tadili, MaryemAboudourib, OuafaHocar, Said Amal

Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé

FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction

Les morphées anciennement appelées sclérodermies localisées correspondent à une induration scléreuse circonscrite de la peau. Nous décrivons à travers cette série hospitalière les caractéristiquesépidémio-cliniques, thérapeutiques et évolutives de leurs différentes formes.

Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique colligeant tous patients suivis pour morphée sur une période de 10 ans, entre 2012 et 2022.

Résultats

28 cas de morphées ont été colligés, 23 femmes (82%) et 5 Hommes (17%). L'âge moyen de début de la maladie était de 24 ans, avec des extrêmes allant de 3 à 75ans. Le délai diagnostic moyen était de 3,3 ans. Des facteurs déclenchants ont été notés dans 2 cas (une grossesse et une intervention chirurgicale). Des pathologies dysimmunitaires associées ont été retrouvées chez 2 patientes (diabète de type 1 et anémie mégaloblastique chez l'une et polyendocrinopathie auto-immune de type 2 chez l'autre). La morphée en plaques était la plus fréquente (39%), suivie de la morphée linéaire (35%), généralisée (14%) et enfin mixte (7%). La morphée linéaire était monomélique chez 4 patients,

en coup de sabre chez 3 patients, et trimélique dans 1 patient. Une morphée hémicorporelle était observée dans 3 cas. Une biopsie était nécessaire pour confirmer le diagnostic pour 64 % des malades. Les AAN ont été demandés pour 57 % des malades, et ils étaient positifs pour 3 d'entre eux. 9 malades ont reçu un traitement par dermocorticoïdes. 19 patients (67 %) étaient traités par prednisone associée d'emblée au méthotrexate dans 3 cas, et 6 (21%) patients nécessitaient l'introduction du méthotrexate après échec de la prednisone seule.

Discussion

La pathogénie des morphées est mal comprise, mais il semblerait qu'elle seraient parfois déclenchées par certains facteurs génétiques, auto-immuns, traumatiques ou infectieux. Notre étude trouvait un facteur présumé déclenchant dans deux cas, une association à des pathologies auto-immunes dans deux cas ainsi que des AAN positifs dans deux autres cas.

Les aspects cliniques sont variés. Dans la littérature, la forme linéaire est la plus fréquente chez l'enfant, tandis que la forme en plaques est celle qui prédomine chez l'adulte. La forme généralisée est la plus rare, pourtant notre étude comptait 4 cas. Les formes hémicorporelles sont extrêmement rares, mais sembleraient plus fréquentes dans notre contexte puisque notre étude a relevé 3 cas (14%). Ce sont des formes à évolution rapide, avec un risque potentiel de complications neurologiques. Il faut systématiquement rechercher un lichen scléreux génital qui est associé dans 40% des cas, cependant il n'a été retrouvé chez aucun de nos malades. L'association corticothérapie-méthotrexate est le traitement de choix devant les morphées sévères. Dans notre étude 21% des malades mis initialement sous corticothérapie orale seule nécessitent l'introduction ultérieure du méthotrexate devant une réponse thérapeutique insatisfaisante.

Lésions annulaires du visage : penser à la sarcoidose.

Dr Kerroum S., Dr Zeggwagh Z., Pr Meziane M., Pr Ismaili N. Pr Benzekri L., Pr Senouci K.

Service de Dermatologie et Vénérologie, Hôpital Ibn Sina –Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

Introduction

La sarcoïdose, ou maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, est une granulomatose diffuse

pouvant toucher n'importe quel organe. Les manifestations cutanées, multiples, polymorphes

et fréquentes, occupent une place privilégiée parmi les atteintes de cette affection. Nous présentons le cas d'une sarcoidose révélée par des lésions annulaires du visage.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 56 ans, ayant comme antécédents : un diabète type 2 sous anti-diabètiques oraux et insuline, une hypercholestérolémie sous régime seul. Elle présente depuis environ 20 ans des lésions annulaires au niveau du nez et de la joue droite, légèrement infiltrées avec une bordure plus érythémateuse que le centre. L'examen dermoscopique de ces lésions a montré un aspect de grains jaunâtres en gelée de pomme. L'examen clinique a révèlé par ailleurs une cicatrice inflammatoire, infiltrée, d'allure pseudo-chéloidienne, non prurigineuse et d'aspect lupoïde à la vitropression au niveau de la main droite.

Une biopsie cutanée a été faite évoquant le diagnostic de sarcoidose, un bilan de systématisation a été réalisé, ne montrant pas d'anomalies en dehors d'un scanner thoracique objectivant des adénopathies hilo-médiastinales sans atteinte parenchymateuse, classées stade 1. La malade a été mise sous corticothérapie générale à raison de 80 mg/j avec une nette amélioration clinique.

Discussion

La sarcoïdose est une affection systémique d´étiologie inconnue. Une réponse immunitaire exagérée à différents stimuli antigéniques pourrait jouer un rôle dans la formation d´un granulomeépithelio-giganto-cellulaire sans nécrose caséeuse, caractéristique de cette affection. La sarcoïdose touche principalement les poumons, les ganglions lymphatiques, l´os, le foie, la rate, les glandes parotides, les yeux et la peau.

De nombreuses lésions cutanées spécifiques sarcoïdosiques ont été décrites, soulignant le polymorphisme de cette affection. Facilement biopsiables, elles permettent une orientation étiologique rapide. Leur fréquence est estimée entre 20 et 25% selon les séries de la littérature

et vient immédiatement après celle des localisations intrathoraciques et ganglionnaires. Elles sont le plus souvent (80 %) inaugurales ou concomitantes des autres atteintes systémiques de la sarcoïdose. Elles peuvent constituer l'unique manifestation de la maladie. La prédominance féminine est plus nette que pour les autres manifestations de l'affection (deux tiers des cas) et les formes familiales sont rares. Les lésions annulaires localisées au niveau du visage et les sarcoides sur cicatrice étaient les deux manifestations cutanées rencontrées chez notre malade.

Quelque soit le tissu atteint, l'image histologique est identique et représente l'élément indispensable au diagnostic. La lésion histopathologique élémentaire, bien que non pathognomonique, demeure le granulome épithélioïde et giganto-cellulaire. L'épiderme est intact ou discrètement aminci par l'infiltrat dermique sous-jacent.

Concernant le traitement il est symptomatique et mal codifié en raison de divers facteurs :

absence d'étiologie connue, évolution capricieuse, par poussées, parfois spontanément régressive, insuffisance des études contrôlées. Le but du traitement est de prévenir l'évolution et d'obtenir la régression des symptômes. Notre malade a été traitée par une corticothérapie générale en raison de l'atteinte pulmonaire et du caractère affichant des lésions, avec une bonne évolution clinique.

Conclusion

La sarcoïdose est une affection granulomateuse systémique pouvant toucher n'importe quel organe, le diagnostic doit être envisagé devant toute modification récente d'une cicatrice ou des lésions annulaires chroniques.

La psychodermatologie: Connaissances, attitudes et sensibilisation des dermatologues marocains.

S. Ait Oussous1, R. Chakiri1

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Souss-Massa, Agadir.

Introduction :

La psychodermatologie est une disciplinequia gagné plus d'importance ces dernières années au niveau mondial. Elle permet d'aborder le patient dans sa globalité et de mettre en relation la dermatologie et la psychiatrie.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive, réalisée au moyen d'un questionnaire anonyme via « GoogleForms».L'objectifétaitd'une part d'évaluer les connaissances, les attitudes et les défis rencontrés par les dermatologues et d'autre part les sensibiliser en matière de psychodermatologie.L'analyse statistique des données collectées était réalisée à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats :

Au total, 112 réponses ont été recueillies. L'âge moyen était de 38,6 ± 11,1 ans. Le sexe ratio F/H était de 5,2/1. Parmi les dermatologues inclus dans l'étude 6,3% étaient des professeurs, 57,1% des spécialistes et 36,6% des internes.

Un grand nombre de participants (n=81 ; 72,3%) résumait la psychodermatologie au retentissement psychologique des affections dermatologiques.

Près de la moitié (50,9%) ont déclaré avoir fréquemment affaire à des cas de psychodermatologie. En effet, les patients ayant une affection psycho-cutanée représentaient une part non négligeable de la consultation dermatologique (10 à 25% dans 41,1%). Néanmoins, seuls 17% se sentaient « très à l'aise » dans la prise en charge de ces patients et 56,3% déclaraient ne pas avoir la main en ce qui concerne la prescription des médicaments psychotropes.

La majorité des répondants n'adressaient que rarement leurs patients aux psychiatres (n=45 ; 40,5%). La trichotillomanie (83%), le prurit psychogène (67%) et le délire d'infestation parasitaire (67%) étaient les principaux motifs d'orientation. Cependant, 40,2% desdermatologues ont été fréquemment confrontés au refus d'une consultation psychiatrique par leurs patients.

Alors que 88,4% ont déclaré n'avoir jamais participé à une formation en psychodermatologie, 92,9% ont exprimé leur intérêt à le faire. Les thèmes de formation plébiscités étaient les troubles émotionnels liés aux affections cutanées (87,5%), la trichotillomanie (74,1%) et les troubles dysmorphiques du corps (57,1%).

Plusieurs contraintes ont été soulevés notamment le rejet par les patients de leur diagnostic et de leur traitement (74,1%), le manque de formation (53,6%) et les contraintes du temps (35,7%).

Discussion :

Des études menées dans divers pays ont révélé un manque généralisé de connaissances en matière de psychodermatologie. En effet, nous avons soulevé plusieurs défis et lacunes dans la pratique courante des dermatologues. Afin de les combler, il est recommandé d'accroître l'accès aux consultations de psychiatrie, d'adopter une approche multidisciplinaire (collaboration entre dermatologue, psychiatre et psychologue), d'intégrer cette discipline à la formation initiale (cursus d'internat), ainsi que la mise en place de programmes de formation médicale continue en la matière.

Lupus discoïde et vitiligo : une association encore méconnue !

Zeggwagh Zineb

INTRODUCTION

Le vitiligo est une maladie auto-immune caractérisée par une hypopigmentation acquise secondaire à une perte sélective de mélanocytes. De nombreuses associations pathologiques ont été rapportées chez des patients atteints de vitiligo, dont la principale est la thyroïdite auto-immune. L'association avec le lupus érythémateux disséminé a rarement été observée. Quant à l'association avec le lupus discoïde, elle est encore plus rare voire exceptionnelle. Nous rapportons un cas de vitiligo et de lupus discoïde.

OBSERVATION

Madame O.L, âgée de 16 ans sans antécédent, qui à l'âge de 6 ans a présenté des plaques hypochromiques dont certaines étaient atrophiques sur le visage, les mains et les pieds. 2 ans plus tard, elle a rapporté des lésions érythémato-squameuses sur le visage ainsi que des plaques alopéciques érythémato-squameuses au niveau du cuir chevelu. La biopsie cutanée et l'immunofluorescence directe ont conclu à l'existence d'un lupus érythémateux chronique. Cependant, ce diagnostic n'explique pas à lui seul tous les aspects cliniques observés. En effet, la dépigmentation des lèvres, l'absence d'atrophie cutanée au niveau de certaines lésions, l'existence d'un probable phénomène de Koebner au niveau des bras et des mains, et la présence d'une repigmentation périfolliculaire étaient très évocatrices de vitiligo associé. Le diagnostic de lupus discoïde associé à un vitiligo a été retenu, et le patient a été mis sous plaquenil 400mg/j.

DISCUSSION

De nombreuses hypothèses ont été avancées pour expliquer cette association pathologique rare. La prédisposition génétique est l'une des théories les plus communément admises, notamment depuis l'identification du gène SLEV1 situé sur le chromosome 17p13 en 2001. Le rôle des rayons UV dans l'apparition du lupus sur des lésions de vitiligo préexistantes est également bien évoqué que pratiquement aucune augmentation le risque de lupus discoïde est observé chez les patients atteints de vitiligo. La protéine HSP70, surexprimée dans la peau à la fois dans le lupus et le vitiligo, est également candidate pour expliquer cette association. Il stimulerait le développement de lésions inflammatoires dans les deux pathologies.

Le déficit en E-Cadhérine est impliqué dans le phénomène de mélanocytorragie du vitiligo, ce qui pourrait correspondre à un mécanisme non auto-immun de perte de mélanocytes, contrairement au vitiligo auto-immun. Chez notre patient, la mise en évidence de ce déficit pourrait rendre compte de ce mécanisme, et suggérer que l'association lupus et vitiligo n'est pas toujours due à une prédisposition génétique à l'auto-immunité ou à l'auto-inflammation. Dans ce cas, le vitiligo ne serait pas considéré comme une maladie dys-immunitaire, mais plutôt comme le résultat d'une perte de mélanocytes par voie trans-épidermique secondaire à la perte d'adhésion cellulaire. Cependant, le lien entre les deux pathologies reste à définir. Le lupus et le vitiligo pourraient coexister fortuitement, car il pourrait s'agir d'une association particulière où des lésions de vitiligo se développeraient au profit de lésions inflammatoires lupiques favorisant l'élimination des mélanocytes par un mécanisme non immunologique.

CONCLUSION

La coexistence d'un lupus discoïde et d'un vitiligo chez un même patient est rare, et pose en plus des difficultés diagnostiques et thérapeutiques, la question de l'étiopathogénie de cette association qui est encore mal connue.

Pathologie vasculaire:

Calciphylaxie : Un diagnostic différentiel rare de la vascularite systémique.

R.Ajaaouani, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

La calciphylaxie est une vasculopathie des petits vaisseaux sanguins, caractérisée par le dépôt de calcique dans les intimas d'artérioles avec pour conséquence la prolifération de l'intima, la fibrose et la thrombose. Il s'agit d'une complication rénale rare et redoutable. Nous rapportons un cas de calciphylaxie secondaire à une insuffisance rénale terminale, mimant une vascularite.

Observation :

Une patiente de 84 ans, non connue diabétique, suivie pour une insuffisance rénale sous hémodialyse depuis 22 ans, s'est présentée aux urgences dermatologiques pour une lésion cutanée très douloureuse du membre inférieur droit, évoluant depuis 5 mois. L'examen clinique retrouvait des plaques purpuriques confluentes surmontées de nécroses, localisées sur le tiers inférieur de la jambe droite. Les pouls pédieux étaient normaux. Nous avons suspecté une artérite athéromateuse, une vascularite et une cryoglobulinémie. L'echodoppler artériel était normal et le bilan immunologique était négatif. La biopsie cutanée initiale a montré des lésions de vasculiteleucocytoclasique, mais des recoupes ont été demandé ont montré des dépôts de calcium autour des vaisseaux dermiques en faveur d'une calciphylaxie. Une radiographie de la jambe a révélé des calcifications en forme de tuyau. Le bilan biologique a révélé une calcémie de 96 mg/L, un taux de parathormone supérieur à 2500ug/ml. Le patient a été traité par cinacalcet pour une hyperparathyroïdie secondaire à une insuffisance rénale terminale et des soins locaux.

Discussion :

La calciphylaxie est une complication métabolique grave, qui peut se présenter sous l'aspect d'une vascularite. La biopsie cutanée profonde permet de rectifier le diagnostic et conduit à des options thérapeutiques radicalement différentes. Cette maladie survient plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. La physiopathologie n'est pas complètement élucidée mais implique principalement une concentration excessif du calcium /Phosphore au niveau des tissus, liée à une hyperparathyroïdie secondaire à une insuffisance rénale. Le diagnostic doit être suspecté en cas de nécrose cutanée avec une douleur intense, survenant chez un patient souffrant d'insuffisance rénale chronique. La

peau et les tissus sous-cutanés sont les sites les plus fréquemment touchés. Cependant, des atteintes du muscle squelettique, cardiaque, des articulations, poumon, yeux, pénis, sein, pancréas et des tissus intestinaux ont été rapportées. Le traitement nécessite une normalisation rapide de l'équilibre phosphocalcique. La prévention nécessite une gestion optimale de l'hyperparathyroïdie secondaire et de l'hyperphosphatémie en cas d'insuffisance rénale.

Dermoscopie des hémangiomes

K. Kaddar1; S. Sefraoui1; M. Benkaraache 1; N. Zizi2, 1; S. Dikhaye 2, 1

1Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc; 2Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique, Faculté de médecine et de Pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

Les hémangiomes se caractérisent par une prolifération dermique de cellules endothéliales avec angiogenèse. Ces tumeurs vasculaires bénignes touchent essentiellement les nourrissons et les enfants avec une prévalence de 10 %. Elles peuvent intéresser tous les organes, mais le plus souvent la peau.

Le diagnostic est essentiellement clinique. Le recours aux examens complémentaires est réservé aux cas douteux. La dermoscopie, un moyen d'exploration innovant et non invasif, peut faciliter le diagnostic dans ces cas. Le but de notre travail était de décrire les signes dermoscopiques des hémangiomes.

Matériels et méthodes :

C'est une étude descriptive colligeant 30 patients, ayant consulté ou été hospitalisé au service de dermatologie, et chez qui un examen dermoscopique a été effectué.

Résultats :

Le nombre d'hémangiomes recensés était de 93, avec une localisation au niveau du tronc (42%), cervico-faciale (26%) et au niveau des membres (25%). La moyenne de taille était de 4,8 cm. Le type le plus retrouvé était l'hémangiome tubéreux superficiel, sous forme de

plaques rouge vif, en relief, à surface mamelonnée. Deux cas d'hémangiomes miliaires ont été notés.

L'étude dermoscopique montrait un fond rougeâtre (82%), rosâtre (13%) ou violacé (5%). Des lagunes ont été notées dans 87% des cas, d'aspect rouge vif, rouge sombre ou violacé. Un aspect cérébriforme a été observé dans 39% des cas, notamment dans le cas d'hémangiomes de petite taille. La présence de zones blanc-gris, blanc nacré ou rosâtre a été notée dans 9% des cas.

Les structures vasculaires retrouvées étaient des vaisseaux globulaires (26%), télangiectasiques (14%), ondulés (10%), pointillés regroupés en amas(8%), dilatés (6%), réticulaires (5%), linéaires, arborisants ou en virgule (4% chacun). D'autres structures vasculaires étaient plus rarement retrouvées: un aspect spermatozoïde-like, des vaisseaux en tire-bouchon, glomérulés, en épingle à cheveux ou une vascularisation radiale.

Discussion :

Les hémangiomes se caractérisent par un polymorphisme des structures vasculaires. La dermoscopie est un outil facile qui permet une évaluation précise de ces structures vasculaires et qui permet de différencier les hémangiomes des autres malformations vasculaires.

L'aspect dermoscopique le plus caractéristique est la présence de nombreuses lagunes généralement bien délimitées. Ces lagunes tendent à varier en taille et en couleur au sein d'une même lésion et peuvent êtres isolées ou regroupées sur un fond rougeâtre. Leur présence est une constatation dermoscopique quasi-constante.Dans notre série, cet aspect a été retrouvé dans 87% des cas.

Des caractéristiques supplémentaires, telles qu'un fond de couleur variable, des vaisseaux dilatés isolés ou un réseau vasculaire peuvent être retrouvés.

Conclusion :

Notre série est intéressante par la taille de l'échantillon étudié et par la diversité des signes dermoscopiques retrouvés. D'autres études sur des effectifs plus importants nous aiderons à mieux caractériser les signes dermoscopiques des hémangiomes.

Syndrome de Sturge-Weber : une entité exceptionnelle

I.BOUBNANE, S.FARES, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR , S.AMAL

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU ER-RAZI, Marrakech, Maroc

Laboratoire bioscience et santé , FMPM

Introduction :

Le syndrome de Sturge-Weber (SSW) est une angiomatose neurocutanée associant dans sa forme typique un angiome facial congénital, un angiome leptoméningé et un angiome choroïdien. C'est une maladie rare, et son évolution est imprévisible.

Nous rapportons deux nouveaux cas de syndrome de sturge-weber.

Observation :

Cas 1 : Enfant de 3ans, issu d'un mariage non consanguin, a été admis dans un tableau de crise convulsive. L'examen clinique avait objectivé un angiome plan de l'hémiface droit atteignant les territoires trigéminés V1 et V2. Une IRM a été réalisée objectivant une discrète hémi atrophie cérébrale droite et un angiome leptoméningé en faveur d'un SSW. L'examen ophtalmologique était sans anomalie. Le patient a été mis sous antiépileptique avec un suivi dermatologique, neurologique et ophtalmique.

Cas 2 : Nourrisson de 12 mois, issu d'un mariage consanguin de 2e degré, a consultait en dermatologie pour un angiome facial apparu à la naissance sans autre signe associé. L'examen clinique notait la présence d'un angiome plan atteignant les 3 territoires trigéminés V1, V2 et V3. La patiente avait bénéficié d'une TDM cérébrale objectivant une nécrose laminaire corticale hémisphérique droite et d'un examen ophtalmique qui était sans anomalie. une IRM cérébrale a été demandé afin de discuter l'introduction de traitement antiépileptique préventif .

Discussion :

Le SSW est une phacomatose neuro-cutanée et oculaire à substratum malformatif vasculaire, causé par une mutation somatique activatrice dans le gène GNAQ. C'est une affection sporadique très rare avec une incidence d'une naissance sur 20 000-50 000.

L'atteinte cutanée est souvent unilatérale sous forme d'une tache de vin atteignant le territoire du nerf trijumeau. Les atteintes oculaires sont dominées par le glaucome dans 30-70%, un angiome choroïdien est retrouvé dans 40-50% des cas, le fond d'oeil recherchera alors un soulèvement rétinien rougeâtre.
Les signes neurologiques sont dominés par l'épilepsie dans 75 à 90% des cas. Le déficit moteur ainsi que le retard mental sont retrouvés dans 50% des cas. Des troubles psychiatriques ont été décrit mais restent rares.
Roch et Coll. Ont proposé une classification qui décrit 3 formes de Sturge Weber : type 1 : manifestations intracrâniennes et faciales ; Type 2: atteinte faciale seule ; Type 3: manifestations intracrâniennes seules.
L'IRM reste l'examen de choix dans le dépistage précoce et le suivi de cette pathologie. L'anomalie la plus fréquente est l'existence d'un angiome leptoméningé, souvent situé dans la région pariéto-occipitale et généralement homolatéral à l'angiome cutané, même s'il peut être bilatéral ou controlatéral. Les autres anomalies pouvant être observées sont des calcifications corticales, un élargissement des plexus choroïdes, une absence de drainage veineux superficiel et une atrophie corticale. Toutes ces anomalies sont généralement précoces, mais ne sont pas toujours visibles à quelques mois de vie.
Il est établi qu'en l'absence de signes neurologiques, les angiomes plans faciaux (APF) épargnant le territoire V1 ne nécessitent pas d'imagerie cérébrale. En cas d'atteinte du territoire V1, le risque de SSW est d'autant plus important que l'APF est étendu. La plupart des auteurs recommandent de pratiquer un examen d'imagerie cérébrale de façon systématique dans ce cas.

Le traitement est polyvalent, basé sur le laser, les anti-épileptiques et le traitement médical ou chirurgical du glaucome. L'intérêt d'instaurer un traitement anti-épileptique à visée préventive devant un APF atteignant le territoire V1 durant la première année de vie est controversé. L'objectif serait de réduire le risque de retard mental associé à l'épilepsie, mais ce bénéfice n'a pas été démontré.
Le pronostic de la maladie dépend de l'étendue de la malformation leptoméningée et du degré d'atteinte oculaire.

Conclusion :

Nos observations illustrent une entité exceptionnelle et soulignent l'intérêt de demander une imagerie cérébrale devantun angiome plan facial intéressant le territoire du V1.

Hémangiome régressif à présentation clinique déroutante et à localisation inhabituelle

C. Bouhamdi, M. Soughi, S. Elhaitamy, Z. Douhi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II FES

Introduction

Le terme d'angiome désigne communément toute anomalie vasculaire superficielle : malformations vasculaires et tumeurs vasculaires dont les plus fréquentes sont les hémangiomes de l'enfant. Cependant, les hémangiomes acquis de l'adulte sont une entité rare.

Nous rapportons le cas d'un hémangiome acquis chez une femme de présentation clinique et localisation atypiques.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 38 ans, qui présente depuis 6 ans un nodule du mamelon gauche, épidermisé de couleur chair, à base pédiculée, augmentant progressivement de taille, puis régressant spontanément depuis un an devenant noirâtre douloureux motivant sa consultation. Une échographie mammaire a objectivé une lésion kystique mamelonnaire gauche de 6mm de diamètre, à contenu anéchogène, à paroi fine régulière. La dermoscopie, après ablation de la croûte noirâtre et mise à nue d'une érosion centrale, a objectivé des zones rouges laiteuses, des suffusions hémorragiques et une vascularisation polymorphe. On a évoqué un mélanome achromique, une tumeur syringomateuse du mamelon ou une tumeur vasculaire type botriomycome. Une biopsie exérèse du nodule avec étude anatomopathologique a objectivé un tissu cutané dont le derme est dissocié par la fibrose avec une prolifération vasculaire faite de petits capillaires parfois dilatés, bordés par des cellules endothéliales régulières, sans signes de

malignité. Le diagnostic retenu était un hémangiome capillaire acquis de l'adulte.

Discussion

Les hémangiomes acquis de l'adulte peuvent apparaitre à tout âge, une légère prédilection féminine est notée avec plus de fréquence chez la femme enceinte, contrairement à notre patiente qui n'était ni enceinte ni allaitante. Ils se caractérisent par des aspects cliniques et histologiques similaires aux hémangiomes capillaires de l'enfant avec une taille plus petite en moyenne 6.5 mm, des saignements répétés et des ulcérations surmontées de croûtes hémorragiques, des thromboses sont possibles. Histologiquement on retrouve une prolifération épithéliale plutôt qu'endothéliale avec une surface épithéliale érodée et des cellules inflammatoires. Ces tumeurs vasculaires bénignes posent un problème de diagnostic différentiel avec le granulome pyogénique, l'angiome acquis en touffe, l'hyperplasie papillaire intravasculaire, mais surtout avec le sarcome de Kaposi et l'angiosarcome.

Conclusion

La localisation mamelonnaire peut engendrer un préjudice esthétique et fonctionnel. Le diagnostic des hémangiomes acquis de l'adulte est retenu sur des faisceaux d'arguments cliniques, dermoscopiques et histologiques. En cas de doute l'immunohistochimie s'impose.

Lymphœdème secondaire compliqué de papillomatose verruqueuse

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

Introduction :

Le lymphœdème est la conséquence d'une stase lymphatique dans le tissu interstitiel. Celle-ci peut être consécutive à une malformation constitutionnelle du système lymphatique ou une destruction des voies lymphatiques normales. Dans le premier cas, on parle de lymphœdème primaire, dans le second, de lymphœdème secondaire. Il peut se compliquer d'épisodes d'érysipèle ou transformation tumorale. Nous rapportons un cas d'un lymphoedeme secondaire compliqué de papillomatose verruqueuse.

Observation :

Il s'agit d'une femme âgée de 44 ans, aux antécédents d'une chirurgie pelvienne à l'âge de 24 ans mais sans aucun document, nous a consulté pour des œdèmes bilatérales des deux membres inferieurs évoluant depuis 20 ans. L'examen dermatologique trouvait un œdème

circonférentiel induré bilatéral des deux membres inferieurs, infiltré, prenant tout le membre jusqu'au plis de l'aine, gênant à la marche. La peau en regard était rugueuse, verruqueuse, avec des papules kératosiques, papillomateuses au niveau des orteils, la face externe de la cheville droite et sur le versant cutané des grandes lèvres. L'échographie Doppler des deux membres inferieures était sans particularités, l'échographie des parties molles a observée une importante infiltration des parties molles. Une échographie abdomino-pelvienne n'a révélé pas d'anomalies . Le diagnostic retenu était un Lymphœdème secondaire compliqué d'une papillomatose verruqueuse. Le traitement s'est basé sur la kinésithérapie, le port de bas de compression.

Discussion :

Le lymphœdème se définit par une accumulation de fluide interstitiel riche en protéines causée par une dysfonction du drainage lymphatique en dépit d'une filtration capillaire normale (1). Au niveau du membre inférieur, les lymphœdème sont soit secondaires (iatrogéniques ou infectieux), soit primitifs le plus souvent sporadiques, parfois familiaux ou peuvent faire partie des syndromes malformatifs et/ou génétiques plus complexes. Le diagnostic de lymphœdème est essentiellement clinique. L'érysipèle reste la principale complication des Lymphœdème, d'autres anomalies sont fréquemment visibles: aspect jaunâtre de la peau et des ongles, lymphangiectasies, papules kératosiques avec papillomatose, plaques lichénifiées. Le principal diagnostic différentiel des LOM est le lipœdème (2).

Thabouti et al ont rapporté un cas d'un patient âgé de 35ans qui présente un rétrécissement valvulaire congénital bilatéral. Qui avait une dilatation percutanée à travers un cathéter fémoral, le patient a présenté après une papillomatose verruqueuse compliquant un lymphœdème.

Conclusion :

La prise en charge des lymphœdèmes primaires et secondaires, quelle que soit leur localisation, doit être précoce pour éviter l'évolution vers les stades les plus graves et éviter les complications.

Dermatoses génitales:

Pyoderma gangrenosum génital : un diagnostic trompeur.

I.El Modafar[1,2], M.Aboudourib[1,2], O.Hocar[1,2], S.Amal[1,2] .

[1]Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

[2] Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le pyodermagangrenosum (PG) est une dermatose inflammatoire neutrophilique rare dont le diagnostic est difficile. Le PG génital est une entité encore plus rare mimant des maladies infectieuses, néoplasiques ou inflammatoires. Dans plus de 50 % des cas, le PG est associé à une maladie systémique sous-jacente. Un diagnostic erroné de cette affection peut entraîner une escalade thérapeutique source d'iatrogénie et un retard diagnostique d'une maladie sous-jacente, d'où l'importance de la connaissance de cette pathologie.

Nous rapportons une série de 3 cas de PG génital associé à des maladies systémiques.

Observation :

- **Cas 1 :**

Il s'agit d'un homme de 46 ans ayant des antécédents de diabète de type 2, ayant subi une orchidectomie droite il y a 12 ans et ayant des rapports sexuels non protégés, qui présentait une lésion pénienne bourgeonnante ulcérative indolore détruisant le gland et impliquant le méat urétral, associée à une fistule urétrale. Le diagnostic de PG génital a été retenu sur la base des critères de Su et al. Le patient n'avait pas de maladie systémique associée en dehors du diabète. (Figure 1)

- **Cas 2 :**

Il s'agit d'une femme âgée de 54 ans ayant des antécédents d'uvéite et d'aphtose buccale et génitale récurrente depuis 2 ans qui présentait une large ulcération douloureuse intéressant l'ensemble de l'appareil génital externe à fond rosé et bordure irrégulière, polycyclique par endroits, non indurée et non malodorante, aggravée après l'application d'une infusion de plantes le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de détérioration de l'état général (perte de poids estimée à 25 kg en deux mois). Sur la base des résultats cliniques et histologiques, le diagnostic de PG ulcéreux génital a été retenu

révélant plus tard une association sous-jacente de ce dernier à la maladie de Behçet et une infection à VIH. Malheureusement, la patiente est décédée suite à une encéphalite à CMV et à HSV. (Figure 2)

- **Cas3 :**

Il s'agit d'un homme de 63 ans, ayant un antécédent de lymphome malin non hodgkinien traité par chimiothérapie et qui présentait de multiples ulcérations scrotales douloureuses mesurant moins de 1 cm, à fond propre et contours réguliers. Une biopsie cutanée à 3 fragments a été réalisée, les cultures bactériologiques et mycologiques étaient négatives, l'histologie était en faveur de pyodermagangrenosum. (Figure 3)

Tous les cas ont bien répondu à la corticothérapie locale.

Discussion

Le pyodermagangrenosum est une dermatose neutrophilique rare cliniquement caractérisée par des nodules ou des pustules érythémateuses qui tendent à évoluer vers de larges ulcérations aux bords violacés et surélevés. Il survient généralement sur les membres inférieurs. Cependant, sa localisation dans la région génitale est rare.

Le PG vulvaire est extrêmement rare et facilement diagnostiqué à tord comme une maladie sexuellement transmissible ou une néoplasie vulvaire. À notre connaissance, il n'y a eu que 23 cas documentés de PG vulvaire .De rares cas de PG impliquant le pénis et le scrotum ont également été signalés. L'association entre le PG et maladie de Behçet est exceptionnelle avec seulement 16 cas rapportés dans la littérature.

L'originalité de notre série réside dans 2 faits :

1) La localisation rare et exclusive du PG au niveau de la muqueuse génitale.
2) L'association exceptionnelle du PG et la maladie de Behçet.

Conclusion

Ces cas sont présentés pour souligner l'importance de conserver le PG comme diagnostic différentiel des ulcères génitaux réfractaires aux modalités de traitement habituelles.

Troubles sexuels et dermatoses génitales

S.SEFRAOUI[1], K.SOF, N.ZIZI[1,2] S DIKHAYE[1,2]

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

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

Introduction :

De nombreuses pathologies dermatologiques atteignent la région génitale, or, l'impact de cette atteinte sur la sexualité est souvent négligé par le dermatologue. L'objectif de l'étude est d'évaluer la prévalence et les facteurs de risques des troubles sexuels notamment du désir, de l'excitation et de l'orgasme chez les malades suivis pour une pathologie dermatologique atteignant les organes génitaux.

Materiel et méthode :

Nous avons menée une étude transversale monocentrique menée au service de dermatologie-vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda. Dans notre étude nous avons évalué les troubles du désir, de l'excitation et de l'orgasme chez les patients et nous avons étudié les facteurs de risque de ces troubles.

Résultats :

Nous avons recensé 88 patients, l'âge moyen était de 43.2+/- 10 ans, le sexe ration H/F est de 2.2. Dans notre série, 26% des patients avaient des verrues multiples de la région génitale, 20,45% avaient un psoriasis génitale, 17% avaient un pemphigus avec atteinte génitale, 10,22% avaient un vitiligo de localisation génitale, 6% avaient une maladie de verneuil ,5% étaient suivi pour ichtyose .Trois patients (3%) étaient suivis pour une tumeur de Bushke, 2 patients présentaient des grains de Fordyces,2

patients étaient suivis pour un lichen scléro-atrophique des zones génitales, un seul patient avait un lymphangiomacircuscritum, une patiente était suivie pour un sarcome de Darrier-Ferrand, un patient était suivi pour un syndrome de Cezary, une patiente était suivi pour une dyskératose acantholytique des zones génitales et une patiente était suivie pour des ulcérations génitales d'étiologie inconnue.
Dans notre série, la prévalence des troubles sexuels était de 55%. Les troubles du désir étaient présents chez 35%, les troubles de l'excitation étaient notés chez 48% et les troubles de l'orgasme étaient notés chez 39% des patients.
Les troubles sexuels étaient secondaires au rejet du conjoint chez 35%,expliqué par la peur de contamination chez 50% des patients, à l'odeur nauséabonde des lésions chez 36% et aux douleurs des rapports sexuels liées aux lésions génitales chez 14% des conjoints , aux patients-eux chez 65% des patients secondaires à la sous-estimation des capacités sexuelles notée chez 53% des patients, à la peur de contamination du conjoint notée chez 26%, et de cause indéterminée chez 21%.
La durée moyenne d'évolution des différentes pathologies était de 5.7ans. Elle était variable chez les deux groupes, de 5.2ans chez les patients présentant des troubles sexuels et de 4.8ans chez les patients ne présentant de troubles sexuels avec une association statistiquement significative (p=0.001).
Dans notre étude, Les troubles sexuels étaient plus fréquents chez les hommes par rapport aux femmes sans que la différence ne soit significative (p = 0,7). Nous avons constaté une fréquence plus élevés des troubles sexuels chez les patients suivis pour maladie de verneuil notée chez tous les patients, chez les malades suivis pour maladies de Bushke et pour verrues génitales notée chez 20 /26 patients.

Discussion :

Durant ces dernières de nombreuses études se sont intéressées à évaluer le retentissement des dermatoses génitales sur la sexualité. La fréquence des troubles est variable, de 35,5 % à 71,3 % pour les malades psoriasiques (1), de 68,1% pour les patients présentant un pemphigus (2) et de 60% pour les malades présentant une maladies de verneuil (3). Les troubles sexuels sont corrélés à la surface cutanée atteinte, à l'évolution défavorable de la maladie, aux troubles dépressifs et à certaines comorbidités(1,4).

La localisation génitale, les écoulements, les douleurs, les odeurs désagréables et la stigmatisation sont autant de facteurs qui vont à l'encontre d'une vie sexuelle saine, à ceci s'ajoute l'âge avancé des patients, l'anxiété (5).
Le trouble de l'excitation était l'anomalie la plus retrouvée dans notre série, il serait lié à une atteinte de l'image de soi, de la confiance en soi de la dépression et de la prise médicamenteuse(6).
Dans notre étude, le rejet du conjoint était une cause des troubles sexuels, noté chez 35% des patients, ceci est justifié par la peur de contamination des lésions génitales par les secrétions nauséabondes et par l'aspect désagréable des organes génitaux externes, ce qui pourraient affecter l'excitation et le désir du conjoint.
Les causes indéterminées des troubles sexuels chez nos patients seraient liées essentiellement à une sous estimations des capacités sexuelles et par la crainte du rejet du conjoint.

Conclusion :

La satisfaction sexuelle étant un des éléments fondamentaux de la qualité de vie, notre travail se propose pour mettre le point sur les facteurs de risque des troubles sexuels secondaires aux dermatoses génitales .Les troubles de l'excitation étaient les plus fréquents, Le conjoint jouait également un rôle dans la survenue des troubles sexuels, ces dernier prédomine chez le sexe masculin.

Lichen Nitidus (LN) génital : un diagnostic à ne pas manquer

R.KAOUA, O.KHADIRI, S.AMAL, O.HOCAR, M.ABOUDOURIB

Service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire Bioscience et santé, FMPM université CaddiAyyad, Marrakech

Introduction

Le lichen Nitidus(LN) est une dermatose inflammatoire chronique rare, retrouvée souvent chez l'enfant et l'adulte jeune, sans prédilection ethnique ou de sexe.

Cette éruption cutanée peu fréquente a des caractéristiques cliniques, histopathologies et dermoscopiques bien définies elle reste encore sous diagnostiquée avec une étiologie et une pathogénie inconnues.

Nous rapportons un cas de lichen Nitidus génital chez l'adulte.

Observation

Patient de 41ans, sans antécédents pathologique particuliers, présente depuis 3 mois des lésions génitales papuleuses discrètement prurigineuses sans autres signes associés.

L'examen dermatologique retrouve plusieurs micro papules blanches, brillantes, de couleur chair, de quelque millimètres au niveau du fourreau de la verge, de la couronne arrivant jusqu'au col du gland ; sans autres lésions dermatologiques décelable (muqueuses et phanères normales).

A l'examen dermoscopique on note la présence de multiples, zones blanches, bien circonscrites, circulaires avec une surface lisse centrée par un halo brunâtre.

L'examen histologique décrivait un LN.

L'aspect clinique, dermoscopique et histologique étaient en faveur du lichen Nitidus.

Discussion

Le Lichen Nitidus est une dermatose inflammatoire chronique rare, décrite pour la première fois en 1907 par Pinkus. Sa pathogenèse est inconnue jusqu'à présent.

Les lésions cutanées typiques du LN sont des papules brillantes asymptomatiques, à sommet plat ou bombés, de couleur chair, de la taille d'une tête d'épingle, qui sont généralement disposées en groupes sur la poitrine, l'abdomen, les organes génitaux.

Cependant, lorsqu'elle survient dans la région génitale masculine, elle affecte gravement la santé mentale des patients.

Sur le plan histopathologique, le LN se présente comme un infiltrat lympho-histiocytaire bien circonscrit en forme de « griffe tenant une balle » dans le derme papillaire.

Le LN présente des traits dermoscopiques assez distinctifs, avec la présence de zones blanches, bien circonscrites, circulaires avec une surface lisse et une ombre

brunâtre reflétée à travers chacun de ces cercles blancs, aspect qu'on a retrouvé chez notre patient. D'autres aspects dermoscopiques peuvent être retrouvés comme : une **surface brillante surélevée** avec **absence de dermatoglyphes** ou des **crêtes radiales** qui rayonnent depuis les bords de la dépression centrale donnant un aspect de « sunburst ».

En considérant que cette dermatose affecte principalement les enfants, la connaissance des caractéristiques dermoscopiques typiques peut être utile pour faciliter le diagnostic et éviter une biopsie.

De manière générale, le LN disparaît souvent spontanément en quelques années sans traitement. Cependant, les patients sont toujours angoissés et anxieux face cette maladie, en particulier lorsqu'il existe de nombreuses lésions au niveau de la région génitale (verge et scrotum).

Il existe peu de rapports sur le traitement et le pronostic du LN de la verge mais les inhibiteurs de la calcineurine restent le traitement de choix et l'amélioration est rapportée après un an de traitement.

Pathologies des phanères:

Onychomycoses : Connaissances et attitudes pratiques des médecins généralistes .

H.Tahiri, F.Hali, H.Rachadi, S.Chiheb

Service de dermatologie, Chu Ibn rochd, Casablanca

Introduction :

La prévalence de l'onychomycose au Maroc varie entre 18 et 50 %. Les patients ont tendance à consulter en premier leurs médecins de famille. Dans ce cadre nous avons mené une étude qui vise à évaluer les connaissances et attitudes pratiques des médecins généralistes vis-à-vis les onychomycoses .

Matériels et méthodes :

Un formulaire de 19 questions a été créé sur Google Forms, contenant des renseignements épidémiologiques ainsi que les connaissances et attitudes des médecins généralistes lors d'une suspicion d'onychomycose. Le formulaire a été partagé avec les médecins généralistes à travers les réseaux sociaux.

Résultats :

Deux cent médecins ont répondu au questionnaire avec un sexe ratio F/H de 2.1. 43,8% d'entre eux travaillent en secteur public. Concernant les onychomycoses, cent quarante six médecins (73%) affirment voir entre 1 et 3 patients par jour consultants pour onychomycoses.Cent vingt médecins (60,3 %) affirment les prendre en charge, tandis que 39,7 % les adressent chez un dermatologue.
Cent soixante quatorze médecins (87,8%) affirment que l'atteinte la plus fréquente est celle des orteils. Pour le diagnostic positif, Cent vingt-un médecins (60,8 %) se basent sur la clinique seule et le prélèvement mycologique n'est demandé que par 12,2 % des médecins. Cent vingt médecins (60,3 %) ne demandent l'examen mycologique qu'après échec thérapeutique.
26 % des médecins traitent d'emblée par l'association d'un traitement par voie orale et par voie locale et 60,3 % instaurent le traitement oral après échec du traitement local seul. La solution filmogène est prescrite par 43,8 % des médecins, les crèmes antifongiques par 65,8 % des médecins

Discussion :

Notre travail a montré que les 2/3 des médecins généralistes prennent en charge les onychomycoses avec une prévalence assez significative dans leurs consultations.
Il a montré également que le prélèvement mycologique ne fait pas partie de l'algorithme de prise en charge des généralistes, avec un traitement instauré de façon probabiliste chez la majorité des cas.
Ceci dit qu'il faut multiplier les efforts de formation continue au profit des médecins généralistes dans la prise en charge des onychomycoses.

Ulérytheme ophriogène : une cause rare d'alopécie cicatricielle des sourcils

S. Oujdi, H.Baybay, S.Boularbah ,S.Elloudi , M.Soughi, Z.Douhi, FZ.Mernissi

Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction :

Les causes d'alopécie chez l'enfant sont dominées par quatre affections : l'effluvium télogène, la pelade, la trichotillomanie et les teignes tondantes.

L’examen dermatologique et la dermoscopie permettent de poser le diagnostic dans la majorité des situations.

Observation :

Patient de 4 ans sans antécédents qui rapporte depuis l’âge de 6 mois une chute au niveau des deux sourcils. A l’examen clinique : présence d’une alopécie d’allure cicatricielle au niveau de la queue des deux sourcils,le signe de traction était négatif. La dermoscopie montrait la présence d’un fond érythémateux par endroit sans autres anomalies pilaires ou péri pilaires. On notait la présence de papules folliculaires kératosique au niveau des joues et des cuisses le diagnostic d’ulérythémeophriogène a été retenu.

Discussion

Décrit pour la première fois par Wilson en 1878, l’ulérythèmeophriogène est un type de kératose pilaire atrophiante qui commence généralement au cours des premiers mois de vie, apparaissant près du sourcil latéral avec des papules folliculaires entourées d'un halo érythémateux. Au fur et à mesure que la maladie progresse l'alopécie se développe, ce qui peut affecter le sourcil entier, les joues et, moins fréquemment, le front. La progression s'arrête après la puberté. Il s'agit d'un défaut ectodermique congénital du système pilo-sébacé (2). Elle est fréquemment associée à la kératose folliculaire des bras et des jambes et à d'autres troubles ectodermiques et génétiques, notamment les cheveux laineux (2), les anomalies internes et l'atopie (3), Cependant, il est plus fréquent chez les patients atteints du syndrome de Noonan (4), et en effet certains auteurs ont proposé qu'il soit considéré comme un marqueur cutané de ce syndrome.

Au fur et à mesure de l’évolution de la pathologie, l’alopécie progresse et est irréversible, plusieurs traitements ont été proposé comme les dermocorticoïdes et les rétinoïdes systémiques mais sans aucune efficacité de preuves.

Conclusion

La kératose pilaire atrophiante faciei ou ulérythémeophriogène est une maladie folliculaire héréditaire et un sous-type atrophique de la kératose pilaire pouvant aboutir à une alopécie cicatricielle des sourcils.

Le dermatologue bien avertit de cette maladie doit rassurer l'enfant et la famille concernant la bénignité de cette affection après avoir écarter le syndrome de Noonan.

Une onychomycose à Trichophyton de présentation inhabituelle

Younes Benyamna, Ibtissam Al Faker, Fatima Zohra El Ali, Salim Gallouj

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

Introduction:

L'onychomycose constitue la principale affection unguéale (20 à 50% de l'ensemble des maladies unguéales. Elle touche 6 à 9% de la population générale.

Souvent, les onychomycoses sont facilement reconnaissables cliniquement, cependant, dans certains cas, l'aspect clinique est peu spécifique, voire trompeur, pouvant faire suspecter une autre pathologie. Dans tous les cas, un prélèvement mycologique est indispensable pour confirmer la suspicion clinique, identifier l'agent pathogène et adapter la thérapeutique.

Dans les formes difficiles, le diagnostic d'onychomycose repose sur une confrontation clinique, mycologique et histologique.

Ici, on présente le cas d'une patiente de 68 ans, ayant comme antecedent, un psoriasis et un diabète de type 2 sous traitement et qui présente une onychomycose de présentation assez curieuse : Bandes vertes "chloronychie" ou "Virionychie" sur plusieurs doigts des mains.

Observation:

Il s'agit d'une patiente de 68 ans ayant comme antécédents un psoriasis cutané contrôlé depuis plus de 10 ans, un diabète de type 2 sous métformine, et qui présente depuis 12 mois une onychopathie des doigts des 2 mains caractérisée par une coloration verdâtre en bande longitudinale latérale, une hyperkératose sous-unguéale ainsi qu'une onycholyse. La patiente avait consulté à plusieurs reprises sans amelioration sous traitement local.

En interrogeant la patiente, il s'agit d'une patiente retraitée d'une profession administrative et qui pratique normalement ses travaux ménagers, aucun loisir ou profession à risqué et elle ne rapporte aucun traumatisme ou application de détergeants ni de soins de manucures.

À l'examen physique on retrouve plusieurs anomalies par endroit:

- Des crêtes longitudinales caractéristiques de sénéscence séparées par de fins sillons sur tous les ongles des mains
- Une coloration verdâtre en bande longitudinale latérale d'environ 3 mm à 4 mm d'épaisseur sur les D2 à D4 droits et D3 et D4 gauches
- Une coloration brunâtre de disposition irrégulière prenant à peu près plus de la moitié de la surface de l'ongle de l'annulaire droit
- Une onycholyse distale ou disto-latérale au D3 et D4 ainsi qu'au D2 à D4

Le reste de l'examen du tégument était normal.

À l'onychoscopie, sur les ongles atteints d'anomalies de coloration, on retrouve une bande verdâtre avec une dilution de couleur vers le jaune en partant vers le centre de l'ongle, sans inclusions visibles de mélanine, une hyperkératose sous-unguéale, des squames jaunes ainsi que des spots de teinte rougeâtre correspondant à des hémorragies filiformes.

Par ailleurs on retrouve également, un bord déchiqueté du bord proximal des zones d'onycholyse, des spikes dirigées vers le repli proximal, des stries longitudinales blanc-jaune.

La patiente avait bénéficié d'un prélèvement de l'ongle avec examen direct et culture revenant en faveur d'une onychomycose à Trichophyton Rubrum sans détection de *Pseudomonas*.

Discussion:

L'onychomycose est l'affection la plus courante de l'ongle et représente au moins 50 % de toutes les maladies des ongles. Environ 90% des onychomycoses des ongles des pieds et 75% des onychomycoses des ongles des mains sont causées par des dermatophytes.

En général, l'onychomycose à dermatophytes pourrait atteindre plusieurs ongles des orteils, mais il est inhabituel que plus d'un ongle des doigts soit touché sans qu'il y ait une atteinte concomitante des ongles des orteils, sauf si le patient est immunodéprimé ou s'il y a des antécédents de traumatisme. Notre patiente, elle, est diabétique et atteinte d'un psoriasis. Ces deux facteurs pourraient favoriser sa présentation clinique particulière, toutefois ne pourrait pas être suffisants pour expliquer une telle atteinte.

Les formes cliniques de l'onychmycose sont réparties en 5 groupes, mais le plus fréquent étant l'onychomycose disto-latérale. L'invasion fongique commence au niveau de l'hyponychium et progresse ensuite pour toucher le lit de l'ongle distal, puis la tablette de l'ongle, et ensuite la tablette unguéale. Le champignon migre ensuite de façon proximale à travers la tablette provoquant des espèces de canaux linéaires ou "Spikes" généralement caractérisés en dermoscopie. Ceci serait caractéristique de l'atteinte de l'appareil unguéal par dermatophyte.

Quant aux anomalies de couleur, les dermatophytes seraient responsables de décoloration jaunâtre, blanchâtre ou brunâtre d'un coin distal d'un ongle. Dans notre cas on individualise une coloration allant d'une couleur sombre s'approchant du noir au niveau du coint de l'ongle

à la couleur jaunâtre et passant par un vert. Cette coloration verdâtre rappelle celle retrouvée dans l'infection à *Pseudomonas*; raison pour laquelle, ce germe a été recherché mais revenue négatif à deux reprises chez notre patiente. L'association des deux germes reste toutefois possible, en raison de facteurs de risque communs entre eux. Cependant dans une étude, on a conclu que l'infection à *Pseudomonas aeruginosa* présente des propriétés d'inhibition de la croissance contre le trichophyton, chose qui n'explique pas l'atteinte assez étendue retrouvée chez notre patiente.
Le candida a été incriminé également dans de nombreux rapports comme étant responsable de coloration verte et la dénomination viridionychie a été proposée pour l'origine mycosique. Chez notre patiente, le candida a été recherché également compte tenue de l'atteinte au niveau des mains mais la culture a été négative.
L'origine polymicrobienne également est fréquente.
L'incrimination du trichophton dans la viridionychie multiple des mains n'a jamais été rapportée dans la littérature.

Conclusion:

Le syndrome de l'ongle vert peut être utilisé de manière générale pour décrire la décoloration verte de la plaque unguéale. Bien que l'étiologie bactérienne soit la plus courante, des infections fongiques et polymicrobiennes ont été identifiées par des cultures mycologiques. Notre patiente présentait une décoloration verte des ongles associée à Trichophyton Rubrum. Cette coloration n'a jamais été rapportée dans la littérature, et n'est pas typique, mais la présence d'autres signes habituels ainsi que l'absence d'autres germes dans la culture réconforte le diagnostic.

Pemphigus du cuir chevelu : aspects cliniques et dermoscopiques

S.SEFRAOUI[1], S.bouabdella[1],I.Ouadi [1] ,ZIZI[1,2] S DIKHAYE[1,2]

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

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

Introduction :

L'atteinte du cuir chevelu au cours du pemphigus peut précéder ou être concomitante à la survenue de lésion cutanée.
L'objectif de l'étude est d'évaluer la prévalence du pemphigus du cuir chevelu au cours du pemphigus, de décrire ses aspects cliniques et dermoscpiques.

Matériel et Méthode :

Nous avons menée une étude rétrospective descriptive des malades suivis pour pemphigus au service de dermatologie vénéréologie du centre hospitalier universitaire Mohamed VI d'une période allant de janvier 2016 à mai 2022.

Résultats :

Soixante-deux patients ont été colligés, l'âge moyen était de 58.2 ans, le sexe ration H/F était de 0.8. Quarante-neuf patients étaient suivis pour pemphigus vulgaire, sept patients pour pemphigus superficielle, deux patients pour pemphigus végétant, deux patients pour pemphigus paranéoplasique et un patient pour pemphigus à IgA. L'atteinte du cuir a été notée chez 24% patients. Les érosions ont étés notées dans 80% des cas, les croûtes jaunâtres dans 66% des cas, L'alopécie a été retrouvé dans 33% des cas. Le score PDAI du cuir chevelu était variable allant de 1 à 10 avec une moyenne de 5.2.

Sur le plan dermoscopique, le fond érythémateux a été noté chez 66% des patients, la vascularisation en tronc d'arbre a été observée dans 12% des cas, la vascularisation glomérulaires a été notée dans 12% des cas, la vascularisation linéaire a été noté dans 6% des cas , un aspect de vaisseau en hippocampe dans 6% des cas, des vaisseaux circulaires ont été notés dans 6% des cas.

Les squames blanchâtres périfolliculaires ont été notées dans 66% des cas, avec un aspect de poil plâtré dans 33%, les croutes hémorragiques ont notés dans 46% des cas, et les croutes jaunâtres dans 40% des cas. Des aires blanches ont été notés dans 6% des cas,

Discussion :

Le pemphigus est un groupe de maladies bulleuses auto-immunes, dans lequel les auto-anticorps anti-desmogléine induisent la perte d'adhésion des kératinocytes, ce qui entraîne la formation de bulle. Deux principaux types de pemphigus peuvent être distingués : le pemphigus vulgaire et le pemphigus foliacé. Le diagnostic est basé sur un faisceau d'argument clinique, histopathologique ainsi que la recherche d'anticorps anti-desmogléine 1 et 3 [1].

La fréquence de l'atteinte du cuir chevelu au cours de l'évolution du pemphigus est estimée à 16-60%. Le cuir chevelu est la première localisation chez 9-15% des patients atteints de pemphigus [2-3].

Les lésions peuvent prendre plusieurs tailles et formes, ceux-ci peuvent être calculer par le Pemphigus Disease Area Index (PDAI) du cuir chevelu qui repose sur

l'apparition de l'érythème , d'érosion ou de pigmentation post inflammatoire au niveau du cuir chevelu [1].
Le pemphigus du cuir chevelu peut prendre se manifester par des érosions avec des croûtes. Deux cas de lésions érosives isolées du scalp ont été rapportés, dans lesquelles un phénomène de kobner a été incriminé [4-5].
L'alopécie a été également attribuée au pemphigus du cuir chevelu, en effet, cinq cas d'alopécie non cicatricielle associée au pemphigus ont été décrits où la colonisation bactérienne a été suggérée comme facteur déclenchant [6]. Une alopécie cicatricielle a été rapportée chez 7 patients dont cinq avaient présenté une folliculite en touffe [1].
La dermoscopie a un intérêt diagnostique surtout chez les patients présentant des lésions uniques du cuir chevelu .L'extravasation est une découverte fréquente dans le pemphigus du cuir chevelu, rapportée dans plusieurs écrits en association surtout au pemphigus vulgaire or elle s'observe également dans le psoriasis, le lupus ainsi que dans d'autre tumeurs cutanées [7].
Les croutes hémorragiques constituent le 2ème signe dermoscopique le plus fréquemment rapporté. D'autres aspects ont été rapporté notamment la vascularisation en tronc d'arbre linéaire et glomérulaire, des points jaunes entourés par des structures blanches'friedeggsign',des point blancs , des squames périfolliculaires ainsi que des aires blanches et des aires érythémateuses[8-9-10].

Conclusion :

Le cuir chevelu est une localisation courante du pemphigus en raison d'une forte charge d'antigènes distribués dans les follicules pileux. La trichoscopie est une autre méthode de diagnostic utile,
en particulier dans les cas de lésions de pemphigus limitées au cuir chevelu.

Alopécie frontale fibrosante et comorbidités : expérience du service de Dermatologie de Rabat

OULAD ALI Sara[1], BELCADI Jihane[1], EL HILALI Samia[2], SENOUCI Karima[1], MEZIANE Mariame[1]

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

[2]*Laboratoire de médecine communautaire, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :

L' alopécie frontale fibrosante est une alopécie cicatricielle lymphocytaire qui touche le plus souvent la ligne d'implantation fronto-temporale. Elle est de plus en plus fréquente et peut-êtreassociée à de nombreuses comorbidités . De nombreuses études se sont intéressées à ce sujet mais très peu chez notre population. Objectifs: Analyser la fréquence de ces comorbidités au sein de notre population, les comparer aux données de la littérature.

Matériel et méthodes :

Étudeobservationnelle prospective monocentrique menée chez 38 patients de la consultation capillaire sur une période de 18 mois. Étaient inclus tous les patients consentants présentant une alopécie frontale fibrosante dont le diagnostic était clinique et trichoscopique, histologique dans des cas atypiques. Chez tous nos patients, une glycémie à jeun, un bilan thyroïdien et lipidique, des sérologieshépatiques B et C, ainsi qu'une échographiehépatique ont été demandés.

Résultats :

L'âgemédian de nos patients était de 53 ans [43,5-63 ans]. Tous les patients étaient de sexe féminin et 60,5 % étaientménopausées. 68 % étaient de phototype IV, 28,9 % de phototype V et 3,1% de phototype III. 76,3% présentaient une alopécie frontale fibrosante de type linéaire, 15,7 % en zig-zag et 7,8% en pseudo-frange. Des comorbidités ontété retrouvées chez 89 % des patientes, les plus fréquentesétaient le lichen plan pigmentogène dans

36,8 % des cas, la rosacée(28,9 %), la dysthyroïdie (23,7 %), la dyslipidémie (21,1 %), l'hypertension artérielle (18,4 %) et le diabète (7,9 %).

Discussion :

Plusieurs comorbidités ontété décrites dans la littérature avec l'alopécie frontale fibrosante, notamment le lichen pigmentogène, la rosacée, les dysthyroïdies ainsi que les dyslipidémies ce qui concorde avec les résultats de notre étude. Il existe des hypothèses physiopathologiques pour expliquer ces différentesassociations; par exemple pour l'association avec le lichen pigmentogène et la rosacée : un mécanisme auto-immun et auto-inflammatoire sont impliqués. Pour la dysthyroïdie, il a été démontré qu'à court terme les hormones thyroïdiennes ont un effet stimulant sur la cytokeratine 15, marqueur des cellules souches dans le bulge des follicules pileux, mais après une longue stimulation ces hormones auront un rôle dans l'apoptose des cellules souches. Pour la dyslipidémie, le récepteur activé par les proliférateurs de peroxysomes a été incriminé; il s'agit d'un récepteur qui régule l'expression des gènesimpliqués dans l'inflammation et homéostasie lipidique et joue donc un rôle crucial dans le maintien du follicule pilo-sébacé. Des études ont suggéré que le déclenchement initial de l'inflammation dans le lichen plan pilaire est dû à un dysfonctionnement de ce récepteur, entraînant une perturbation du métabolisme lipidique dans la glande sébacée, avec perte de peroxysomes, une accumulation de lipides pro-inflammatoires et une réponse inflammatoire ultérieure. Des auteurs ont rapporté que l'alopécie frontale fibrosante serait corrélée à un risque moindre de diabète, ce qui rejoint nos résultats, vu que la prévalence du diabète au sein de notre population générale est de 12,4 % vs 7,9% chez nos patientes. Pour l'hypertension artérielle, la prévalence au sein de notre population générale est de 41,2 % vs 18,4 % chez nos patientes, ce qui pourrait suggérerégalement que l'alopécie frontale fibrosante exposerait à un risque moindre d'hypertension artérielle. Ces résultats sont à confronter à de plus larges études.

Connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes face à une plaque alopécique

HananRagragui Ouasmin[1] ; Youssef Joudeh Almheirat[1] ; Siham Dikhaye[1,2] ; Nada Zizi[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 :

La consultation dermatologique occupe une place importante dans la pratique de la médecine générale avec nécessité d'une connaissance approfondie de cette spécialité. Les plaques alopéciques est un motif fréquent de consultation avec divers étiologies. L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins généralistes face à une plaque alopécique et leurs besoins en formations complémentaires.

Matériels et méthodes :

Un formulaire de 16 questions était créé sur Google Forms, évaluant les connaissances, les attitudes et les pratiques en médecine générale face à une plaque alopécique. Le formulaire était partagé à travers les réseaux sociaux.

Résultats :

Cent vingt médecins ont répondu au questionnaire dont 82.5% étaient des femmes. Soixante dix pourcent exerçaient dans le secteur public, tandis que 30% exerçaient dans le secteur privé. La durée moyenne d'exercice était de 5 ans. Quatre-vingt-dix pourcent des médecins ont défini la plaque alopécique comme étant l'absence de cheveux au niveau d'une zone normalement poilue alors que dix pourcent ont répondu par la raréfaction des cheveux d'une zone normalement poilue. Dix pourcent des médecins ont répondu que le mode d'installation des plaques

alopéciques est aigu, alors que le mode subaigu était choisi par 42.5% et 47.5% ont répondu que c'est une installation progressive. Vingt cinq pourcent des médecins prenaient en charge les patients avec des plaques alopéciques alors que 55% préféraient d'adresser les patients immédiatement chez les dermatologues, tandis que 20% ont choisi d'adresser les patients chez les dermatologues seulement après échec d'un traitement. Le pourcentage des patients avec des plaques alopéciques vu dans l'ensemble de leur consultation était compris entre 0 et 20% chez 90%, entre 20 et 40% chez 7.5% et entre 40 et 60% chez 2.5% dont le sexe féminin était prédominant avec un pourcentage de 52.5%. La tranche d'âge le plus souvent atteinte était comprise entre 30 et 50 ans suivie par les patients entre 16 et 30 ans, dont le site le plus fréquemment atteint était le cuir chevelu. Les diagnostics les plus évoqués devant une plaque alopécique étaient principalement la pelade, suivie par la teigne, l'alopécie androgénétique, le lichen, le lupus, les causes tumorales, les carences vitaminiques, la dysthyroidie et le stress. Les examens complémentaires demandés étaient la numération formule sanguine, la ferretinémie, le bilan thyroïdien et hormonal, le prélèvement bactériologique et mycologique, les sérologies, l'anticorps anti nucléaire, la vitamine D et le zinc. Quatre-vingt-sept pourcent des médecins jugeaient que le dermoscope est un outil indispensable en matière d'alopécie. Pour le traitement de 1ère intention, 52.5% ont choisi les antimycosiques, 55% ont choisi les shampoings énergisants suivis par la minoxidil, les corticoïdes et les antibiotiques en dernier. Cinquante-cinq pourcent jugeaient que l'évolution de leur malades était favorable, stationnaire chez 27.5% et défavorable chez 17.5%.

Discussion :

Peu d'études dans la littérature concernant la prise en charge des plaques alopéciques en médecine générale. Notre étude confirme la fréquence élevée de la prise en charge des plaques alopéciques en médecine générale et souligne l'importance d'organiser des formations en dermatologie au profit des médecins généralistes pour renforcer leurs compétences dans la reconnaissance, le diagnostic et la prise en charge des dermatoses alopéciantes fréquentes, qui ne nécessitent pas une consultation spécialisée.

Conclusion :

Une meilleure connaissance des dermatoses bénignes et courantes en médecine générale permet une prise en charge précoce et adaptée, ce qui souligne l'importance des formations continues.

L'alopécie frontale fibrosante en consultation : évaluation à travers d'une série

M. SIDKI, S. IBZER, M. ABOUDOURIB, S. AMAL, O. HOCAR Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI de Marrakech, Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Introduction L'alopécie frontale fibrosante (AFF) est une forme particulière et rare de lichen plan pilaire dont l'étiopathogénie est inconnue. Nous rapportons une série de malades suivis pour AFF afin d'en étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives.

Matériels et méthodes Etude rétrospective incluant 24 malades suivis en consultation de dermatologie pour alopécie frontale fibrosante. Les différentes données des patients ont été recueillies à travers les registres de consultation.

Résultats L'âge moyen était 42 ans avec des extrêmes allant de 7 à 65 ans. Un malade était de sexe masculin et 23 étaient de sexe féminin, dont 43,5% étaient ménopausées. Trois cas pédiatriques étaient retrouvés. Le délai diagnostique moyen était 23,7 mois. Les principales dermatoses associées étaient le lichen plan pigmentogène en chef de fil chez 50% des malades, la rosacée chez 2 malades, le lupus chez 2, le vitiligo chez une malade et le mélasma chez une malade. Sur le plan clinique, le recul était fronto-temporal dans la majorité des cas, 2 patients avaient un recul occipital associé. La dépilation des sourcils intéressait 62,5% des cas, tandis que l'atteinte des cils était retrouvée seulement chez 3 malades, de même que l'atteinte du reste du tégument. Les micropapules étaient présentes chez 45,8% des patients. Les

signes trichoscopiques étaient dominés par l'hyperkératose péripilaire et l'érythème. Le diagnostic était retenu dans la majorité des cas sur la clinique et la dermoscopie. Le recours à la biopsie cutanée était nécessaire uniquement dans 3 cas. Le traitement local était basé sur les dermocorticoïdes très forts dans 41,6% des cas, le tacrolimus pommade 0,1% dans 33%, le minoxidil topique à 2% était associé dans 62,5% des cas. Les infiltrations locales de corticoïdes étaient utilisées dans 4 cas. Tous les patients avaient reçu un traitement systémique dont 70,8% une corticothérapie par voie orale. L'isotrétinoïne était prescrit chez 3 malades, les antipaludéens de synthèse chez 2, le finastéride chez une malade et le méthotrexate chez une malade lupique. La durée moyenne de suivi était 26,5 mois. Six patientes étaient perdues de vue. Une réponse favorable était obtenue dans 70,8% des cas, jugée par la stabilisation de la maladie autant sur le plan clinique et dermoscopique, et la repousse observée dans 50% des cas essentiellement au niveau des sourcils.

Discussion L'AFF est une alopécie lymphocytaire cicatricielle touchant la zone frontale chez les femmes, le plus souvent après la ménopause. Cependant, des cas chez la femme jeune et l'homme sont de plus en plus rapportés dans la littérature, comme le montre également notre série. Sur le plan clinique, l'AFF se manifeste par un recul de la ligne d'implantation fronto-temporo-pariétale, et parfois occipitale du cuir chevelu, réalisant une alopécie cicatricielle. Il existe parfois un érythème ou des papules périfolliculaires. Une atteinte des sourcils, des cils, ou même parfois de tout le tégument peut être associée. Les signes trichoscopiques décrits
sont : la disparition des orifices folliculaires, l'hyperkératose péri-pilaire, l'érythème périfolliculaire, et la disparition des cheveux duvets sur la ligne frontale. La physiopathologie n'est pas claire, mais plusieurs théories ont été

proposées telles que la composante génétique, les facteurs hormonaux, l'auto-immunité, et dernièrement des facteurs locaux comme l'utilisation de crèmes solaires. Le diagnostic est clinique. L'association de l'AFF a plusieurs maladies autoimmunes a été décrite, notamment le vitiligo, le lichen pigmentogène, le lupus discoïde, la rosacée, suggérant un mécanisme auto-immun dans la pathogenèse. L'évolution de la maladie concernant le degré du recul et la stabilisation spontanée est imprévisible. La prise en charge thérapeutique n'est pas codifiée. Les principaux traitements topiques sont les dermocorticoïdes, les inhibiteurs de la calcineurine et le minoxidil. Les traitements systémiques incluent les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase (finastéride et dutastéride), l'hydroxychloroquine, la doxycycline, les rétinoïdes notamment l'isotrétinoïne, et la corticothérapie orale. D'autres molécules ont été essayées comme la ciclosporine, la pioglitazone et le rituximab. Les infiltrations locales de corticoïdes sont également utilisées essentiellement au niveau des sourcils.

Conclusion L'AFF est une pathologie de plus en plus rencontrée en consultation, de diagnostic facile mais dont la prise en charge n'est pas aisée. Des études sont encore nécessaires afin d'établir un protocole thérapeutique standardisé.

La folliculite décalvante du cuir chevelu : A propos de 14 cas

A. Abbour-F. Hali-H. Rachadi-S. Chiheb

INTRODUCTION :

La folliculite décalvante (F.D) est une pustulose inflammatoire chronique du cuir chevelu qui peut évoluer vers une alopécie cicatricielle chronique. Nous présentons une série de 14 cas ayant une folliculite décalvante.

METHODES :

Quatorze cas (14) présentant une folliculite décalvante du cuir chevelu ont été recrutés entre 2017 et 2021.

RESULTATS :

Il y avait 13 hommes (92.86%) et une femme (7,14%) avec un âge médian de 27,81± 9.85 ans.

L'âge moyen d'apparition de la folliculite décalvante était de 25,82±9,84 ans.

La zone occipitale était la plus touchée avec 7 cas (50%), puis le vertex dans 5 cas (35,71 %).

Sept patients (50%) ont bénéficié d'un examen histopathologique qui était compatible avec le diagnostic de la folliculite décalvante.

La durée du traitement a varié de 3 à 14 mois. Les traitements les plus fréquemment utilisés étaient : Doxycycline 100mg/jour dans 9 cas, isotrétinoïne orale 0,5mg/kg/jour dans 10 cas, Dapsone 100mg n'a été utilisée que pour un seul cas.

Le patient traité avec la dapsone a présenté une rémission presque complète après 2 mois. Pour les patients traités par isotrétinoïne, une rémission a été obtenue dès le premier mois de traitement.

DISCUSSION :

La folliculite décalvante du cuir chevelu est une pustulose inflammatoire chronique avec une évolution alopéciante cicatricielle. Elle touche le plus souvent l'adulte de sexe masculin. Dans notre groupe, la prédominance masculine concorde avec les résultats rapportés dans la littérature (92,86%).

Elle se présente classiquement au niveau du vertex. Dans notre série de cas, c'est la région occipitale qui était la plus fréquemment touchée (50%).

Actuellement, les traitements les plus efficaces sont les cyclines, la dapsone et la rifampicine. Dans notre étude, la doxycycline, la dapsone et l'isotrétinoïne se sont révélées efficaces en un temps relativement court, confirmant les résultats rapportés dans la littérature.

CONCLUSION :

L'instauration précoce du traitement au cours de la folliculite décalvante pourrait prévenir la destruction des follicules pileux et éviter l'évolution vers l'alopécie cicatricielle.

Un cas de trichorrhexie invaginée : une génotrichose rare

S.Boujloud, FZ. El Fatoiki, H Skali, F. Hali, S.Chiheb
Service de Dermatologie et Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca.

Introduction :

La trichorrhexieinvaginata également connue sous le terme de cheveux en bambou est une anomalie rare de la tige pilaire pouvant cadrer dans une génodermatose autosomique récessive dite le syndrome de Netherton.

Nous rapportons un cas rare de trichorrhexie invaginée.

Observation :

Il s'agit d'un enfant de sexe féminin âgée de 4 ans issue d'un mariage consanguin de premier degré, sans notion de cas similaire dans la fratrie et sans notion d'atopie personnelle ou familiale, qui présente depuis 2 ans un aspect de cheveux clairsemés, fragiles et cassants.

L'examen clinique retrouve un enfant avec un bon développement psychomoteur et staturo-pondéral, ayant des cheveux courts, fins et cassants avec un aspect sec et terne. Les sourcils sont clairsemés. Les cils et les ongles sont sans anomalie. On note également une xérose cutanée.

Un trichogramme a objectivé des foyers de cassures réalisant des nodosités fragiles en bambou avec un aspect d'invagination de l'extrémité proximale qui reçoit la partie distale.

L'étude génétique n'a pas été faite par manque de moyen.

Discussion :

Le terme trichorrhexisinvaginata est une génotrichose rare qui désigne une anomalie de la tige des cheveux cadrant dans le syndrome de Netherton en association à une dermatite atopique et une érythrodermie ichtyosiforme qui évolue progressivement en une ichtyose linéaire circonflexe.

L'anomalie génétique impliquée a été identifiée en position 5q32; il s'agit d'une mutation du gène SPINK5, codant pour un inhibiteur de sérine protéase.

Cliniquement les cheveux sont cassants, sensibles aux traumatismes et ont un aspect sec et terne. Les cils et les sourcils sont clairsemés ou absents.

La trichoscopie montre un aspect de nodules en nœud de bambou de petite taille, siégeant à intervalles réguliers tout le long des tiges pilaires affectées, la portion distale dure de la tige pilaire s'invagine dans la portion proximale qui l'enveloppe ; un aspect de golf tee hair peut également être retrouvé.

La conduite thérapeutique envisagée se résume en une prise en charge essentiellement symptomatique et un conseil génétique permettant le diagnostic précis d'une affection génétique et évaluera le risque de récidive familial.

Onychomycoses : profil mycologique et onychoscopique (série de 312 cas)

S.Ben Salem[1]; S.Bouabdellah[1]; H. Ragragui[1] ; M.Benkaraache[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:

L'onychomycose est une pathologie infectieuse unguéale dont la prévalence est en constante ascension. A travers cette étude, nous étudions le profil mycologique et onychoscopique des onychomycoses.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective, incluant la totalité des cas d'onychomycose confirmés par étude mycologique suivis en consultation de Dermatologie du CHU Mohamed VI d'Oujda de 2018 à 2021.

Résultats:

Au total, 312 patients ont été inclus avec un âge moyen de 50 ans et une prédominance féminine. Une atteinte des pieds a été observée dans 75% des cas, des mains dans 15,4% des cas, et une atteinte simultanée des deux dans 9,6% des cas.

Les agents infectieux retrouvés étaient : le Trichophyton Rubrum (62,5%), le Candida Albicans (15,4%), une co-infestation T.rubrum et C.albicans (12 cas), Trichophyton Mentagrophyte (9 cas), Candida parapsilosis (6 cas).

Aux doigts le Candida albicans était l'espèce la plus isolée (52%) et aux orteils le Trichophyton rubrum (84,6%). Par ailleurs, 18 cultures demeuraient négatives mais devant la forte suspicion clinique et dermoscopique, ces patients ont bénéficié d'un traitement de l'onychomycose.

La dermoscopie a mis en évidence une chromonychie chez tous les patients (xanthonychie 87,5%, leuconychie 27,8%, chloronychie 25,9%, marron 17,3%), une pachyonychie (71,2%), des stries longitudinales (32,7%), des bords déchiquetés avec des pointes (21,5%), une hyperkératose sous unguéale en « aspect en ruines » (51%), une onycholyse distale (78,8%), des stries blanches transversales (40,4%) des hémorragies linéaires (13,1%) un érythème péri-unguéal (13,5%) et une trachyonychie (33,7%).

Discussion:

Dans la pathologie unguéale, l'onychomycose représente la cause la plus fréquente des onychopathies.

Dans notre série, les onychomycoses prédominaient au niveau des orteils comme rapporté par plusieurs études. Les onychomycoses à dermatophytes sont les plus fréquentes pour les orteils et le Candida albicans est le germe le plus isolé au niveau des doigts. Nous n'avons pas observé de Trichophyton violaceum ni de moisissures.

La dermoscopie est un outil diagnostique qui a démontré une sensibilité et une spécificité dans le diagnostic des onychomycoses. Dans notre étude l'ensemble des signes décrits dans la littérature a été retrouvé ainsi que d'autres signes.

Conclusion:

La dermoscopie a toute sa place dans le diagnostic positif des onychomycoses. L'examen mycologique est l'examen de choix pour la confirmation du diagnostic et pour l'adaptation du traitement spécifique long et coûteux.

Dystrophie unguéale pseudo-lichénienne au cours du lupus discoïde

M.A. Ennaciri, A. Kinany, N. Hjira, M. Boui

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

Introduction

Les maladies de système et particulièrement le lupus ne se manifestent pas uniquement au niveau de la peau, mais également au niveau des phanères et peuvent parfois mimer une pathologie inflammatoire notamment le lichen

Observation

Un patient âgé de 57ans, suivi pour lupus discoïde avec dystrophie unguéale sous hydroxychloroquine 200mg x 2/jr consulte pour des lésions non prurigineuses apparues il y'a 1 an à type de papules au niveau du tronc augmentant progressivement en nombre évoluant vers l'atrophie centrale dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

L'examen cutané retrouve un faciès avec une cicatrice atrophique défigurante au niveau du nez ainsi que d'autres cicatrices atrophiques sur les territoires photoexposées.

Sur le tronc de multiples lésions surélevées infracentimétriques érythémateuses, sans squames, infiltrées avec atrophie centrale blanche.

L'examen des phanères retrouve une alopécie androgénétique avec dystrophie unguéale de 9 ongles de doigts avec périonyxis, ptérygion et anonychie ainsi que 7 ongles d'orteils

La muqueuse buccale est en mauvais état avec perte de la quasi-totalité des dents. La muqueuses génitale et anale sont indemnes.

Le reste de l'examen clinique ne retrouve pas d'anomalie

Les examens complémentaires ne révélaient pas d'anomalies. Le titre des anticorps antinucléaires était à 1/160, les autres anticorps étaient négatifs

Discussion

Le lupus érythémateux chronique discoïde est classiquement constitué de plaques érythémateuses, avec une bordure télangiectasique associant des squames plus ou moins épaisses à tropisme folliculaires et des lésions cicatricielles et atrophiques souvent dépigmentées, poïkilodermique mais également parfois hyperpigmentées.

L'atteinte du visage est quasi constante. Le cuir chevelu est atteint avec une alopécie cicatricielle inflamamtoire dans un cas sur deux. L'atteinte des oreilles est classique et présente dans un cas sur deux.

Si le lupus discoïde localisé au visage et au cou est le plus fréquent, mais le lupus discoïde disséminé aux tronc et aux membres est possible. Les formes disséminées serait davantage photosensibles et souvent associées à un lupus érythémateux systémique ce qui n'était pas le cas de notre malade

Au cours des formes disséminées du lupus discoïde, une atteinte palmo-plantaire est parfois présente souvent érosive et invalidante et de traitement particulièrement difficile. L'atteinte matricielle unguéale occasionne une onychodystrophie pseudo-lichénienne. L'atteinte muqueuse est faite de lésions blanchâtres en réseau lichénien.

La photosensibilité est un peu moins importante qu'au cours du LECA et du LECS

En histologie, il existe une dégénerescence des kératinocytes de la jonction dermoépidermique associée à un épaississement de la membrane basale et une hyperkératose orthokératosique s'enfonçant dans les orifices folliculaires, un infiltrat lymphocytaire important de topographie péri-annexielles et périvasculaire.

La présence d'anticorps antinucléaires est positive dans 53% des cas, alors que les anticorps anti DNA natif ne sont présent que chez 4 à 18% des patients

La littérature en matière de lupus érythémateux discoïde est pauvre. Le lupus discoïde peut se localiser au niveau des ongles mais l'atteinte unguéale n'est jamais isolée

Conclusion

Les manifestations unguéales du lupus sont certes rares et souvent non spécifiques, mais la dystrophie unguéale pseudo-lichénienne est décrite dans le cadre de cette pathologie

Kyste trichilemmal proliférant : attention ce n'est pas toujours une loupe !

Dr Zeggwagh Zineb

Introduction

Le kyste trichilemmal proliférant (KTP) est une tumeur annexielle rare, principalement située au niveau du cuir chevelu des femmes âgées. Son évolution est généralement bénigne malgré les rares cas malins décrits. Nous rapportons un cas de KTP du cuir chevelu à croissance rapide chez une femme de 57 ans.

Observation

Il s'agit d'une femme de 57 ans, sans antécédent médical, qui rapporte l'apparition d'un nodule douloureux au niveau pariétal gauche du cuir chevelu depuis 2 ans augmentant progressivement de taille. Elle ne rapporte pas de notion de traumatisme antérieur.

L'examen clinique du cuir chevelu a révélé une lésion nodulaire surélevée ferme de surface lisse au niveau de la région pariétale gauche, bien limitée mesurant environ 1,5cm. Il n'était pas fixé à l'os sous-jacent et il n'y avait pas d'adénopathie régionale.

L'examen systémique était normal. Nous avons réalisé une exérèse de la lésion et l'étude anatomopathologique a révélé un KTP.

Discussion

Le KTP, également connu sous le nom de tumeur pilaire proliférante du cuir chevelu, est une tumeur annexielle rare, dérivée de la partie isthmique du follicule pileux, affectant principalement le cuir chevelu de la femme âgée.

D'autres localisations ont été signalés notamment le dos, la poitrine, l'aine, la cuisse, la vulve, le visage et la paupière.

Le premier cas a été décrit en 1966. Il s'agit généralement de tumeurs bénignes, mais dans de rares cas, elles peuvent se transformer en un kyste trichilemmal proliférant malin.

C'est pourquoi, le rôle du pathologiste est crucial dans la gestion des KTP. Il doit préciser le diagnostic, le caractère bénin ou malin et rechercher les facteurs histologiques prédictifs conditionnant la prise en charge thérapeutique. Une exérèse complète est nécessaire. L'étude histologique confirme la kératinisation trichilemmique caractéristique. On apprécierait également les troubles architecturaux et cytologiques qui différencieraient le kyste trichilemmal simple et le KTP, même si cette distinction n'est pas toujours évidente, surtout dans les stades précoces.

Le KTP doit être différencié du carcinome épidermoïde, des kystes dermoïdes et du cylindrome.

Le traitement recommandé est une exérèse chirurgicale complète avec des marges. La chirurgie micrographique de Mohs peut être utilisée pour assurer un meilleur contrôle des marges.

Les patients doivent être suivis à la recherche de récidives locales et de métastases.

Conclusion

Le KTP reste méconnue de nombreux praticiens du fait de sa rareté qui pourrait s'expliquer par le fait qu'elle échappe toujours à l'étude histologique. Ainsi, tout kyste du cuir chevelu, aussi courant qu'il paraisse, doit être envoyé pour analyse histologique.

Pelade et phytothérapie

K. Kaddar 1, S. Bouabdella 1, H. Ragragui 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 :

La découverte des plantes à des fins médicinales remontent à des civilisations anciennes. Leur utilisation augmente de plus en plus dans le monde, notamment au Maroc, qui est connu par la richesse de ses plantes médicinales.

Matériels et méthodes :

C'est une étude descriptive comptant 44 patients souffrant d'une pelade, dont l'objectif était de recenser les plantes utilisées, de décrire l'attitude des patients à l'égard de l'usage des plantes et de préciser leur degré d'efficacité et leurs effets indésirables(EI).

Résultats :

L'échantillon comptait 44 patients, avec une moyenne d'âge de 27 ans et un sexe-ratio F/H de 2,6. Les types de pelade étaient : Pelade universalis (43%), en plaques(32%), décalvante du cuir chevelu (18%) et ophiasique (5%).Dans notre série, 77% des patients ont eu recours à la phytothérapie. La quasi-totalité de ces patients ont commencé d'emblée l'utilisation des plantes médicinales avant toute consultation.

Nous avons recensé plus de 34 plantes et huiles utilisées à des fins thérapeutiques par nos patients.

L'Ail et l'Oignon étaient les 2 plantes les plus utilisées dans 82% et 59% des cas respectivement. D'autres plantes comme : Gingembre, Thym, Poivron, Romarin, Jujubier, Génévrier, Laurier noble, Girofle, Peganumharmala, Camomille, Lavande, Absinthe, Armoise, Nigelle ont été utilisées seules ou en mélange avec du henné ou vinaigre de cidre. Un mélange de certaines poudres comme la poudre d'épine d'hérisson, de caméléon et de tortue a été également utilisé.

Les patients avaient également recours aux huiles comme l'huile de Ricin, de Cade, de Cannabis, de Funegrec, d'Amande, de Sésame ou d'autres mélanges d'huiles non précisées.

Le Crésyl (désinfectant à base de crésol et d'huile phénolique) a été utilisé dans un seul cas et l'huile de vidange automobile dans 2 cas.

Les patients appliquaient les différents produits sous forme de lotion,en massage ou en masque sur le cuir chevelu dans la majorité des cas, associés à une scarification(incision des zones à traiter) dans 45% des cas ou après des saignées dans 5% des cas.

La transmission d'information se faisait de bouche-à-oreille ou suite au conseil d'un herboriste dans 65% des cas ou grâce aux médias (réseaux sociaux, forums..) dans 32% des cas.

Une repousse a été notée chez 41% des cas. Aucun EI n'a été noté dans 75% des cas, des EI minimes (à type d'érythème léger et de picotements) chez 13% des cas et des complications à type de brûlures ont été rapportées chez 12% des cas.

Discussion :

L'utilisation de l'ail et du jus d'oignon cru n'est pas dénuée de sens, puisque des études ont montré que leur utilisation pourrait constituer un traitement adjuvant efficace surtout dans les plaques limitées. L'ail a été largement utilisé sous différentes formes. Dans notre contexte, la gousse d'ail est souvent appliquée directement par frottement ou après scarification.

Conclusion :

La phytothérapie pourrait constituer un traitement adjuvant efficace. Cependant, des pratiques traditionnelles sortent de l'ordinaire et peuvent être une source de complications graves.

Teignes : connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en médecine générale

S.Bouabdella 1 ; S. Aouali 1 ; S.Sefraoui1; S. Bensalem 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 :
La prévalence des teignes a nettement diminué dans les pays développés grâce à l'amélioration des conditions d'hygiène et du niveau socio-économique. Cependant elles restent fréquentes dans les pays en voie de développement dont le Maroc. Les patients ont tendance à consulter en premier leur médecin de famille. Pour cela, notre étude vise à étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des teignes et à connaître leur prévalence en consultation de médecine générale.
Matériel et méthodes :
Un formulaire de 19 questions était créé sur Google Forms, contenant des renseignements sur les médecins généralistes et sur leur connaissances et attitudes lors d'une suspicion d'une teigne. Le formulaire était partagé avec des médecins généralistes à travers des réseaux sociaux.
Résultats :
Quatre-vingt-douze médecins ont répondu au questionnaire avec un sexe ratio H/F de 0,52. Soixante-douze pour cent d'entre eux travaillaient en secteur public. Concernant les teignes, 82 % des médecins affirmaient les prendre en charge, tandis que 18 % les adressaient chez un dermatologue. Le pourcentage de teignes vu en consultation de médecine générale variait de 20 à 40 % chez 45 % des médecins. Pour le diagnostic positif, 65 % se basaient sur la clinique seule et le prélèvement mycologique n'était demandé que par 14 % des médecins et jamais demandé par 21 % des médecins. Soixante-quinze pour cent traitaient les teignes par un traitement local seul et 25% par un traitement local et oral. Les crèmes antifongiques étaient prescrites par 58% des médecins, les sprays par 24% et gels par18 %. Lors de la prescription d'un traitement oral, seulement 15% des médecins demandaient un bilan préthérapeutique.

Discussion :
Les connaissances et attitudes pratiques devant une suspicion de teignes en médecine générale ont été peu analysés. Dans notre travail, plus des 2/3 des médecins généralistes

prennent en charge les teignes avec une prévalence dans leur consultation allant de 20 à 40 %. Aussi, le diagnostic positif était probabiliste et le traitement antifongique non spécifique. Nos résultats soulignent la nécessité d'accentuer les efforts de formation continue à destination des médecins généralistes dans la prise en charge des teignes.

Atteinte unguéale de la pelade

S.Bouabdella 1 ; S.Bensalem 1 ; H.Saddouk 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 pelade est une affection fréquente qui constitue un motif fréquent de consultation en dermatologie. Le but de notre étude est d'étudier les différentes anomalies unguéales cliniques et dermoscopiques au cours de la pelade.
Matériel et méthodes :
C'est une étude retrospective réalisée au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda de avril 2016 à Avril 2022 ayant colligé tous les patients suivis pour pelade. Pour chaque patient, nous avons précisé la forme clinique de la pelade, la présence ou non de l'atteinte unguéale et ses différents signes cliniques et dermoscopiques. Nous avons exclu les onychomycoses confirmées sur étude mycologique.
Résultats :
Nous avons colligé 43 cas et 32 patients avaient une atteinte unguéale. L'âge moyen des patients était de 29,9 ans avec prédominance féminine (sexe ratio H/F 0.3). Des antécédents familiaux de pelade étaient présents chez 12 patients. Dix patients avaient une pelade modérée (score de SALT < 50) et 22 patients avaient une pelade sévère (score de SALT ≥ 50). Onze patients (34,3%) avaient une atteinte unguéale concomitante avec la pelade. Cette atteinte était prédominante aux mains dans 62,5% des cas et le nombre moyen des ongles atteints était de 2,5. Cliniquement, l'atteinte unguéale était répartie comme suit : aspect en dé à coudre (37,5%); des stries longitudinales (21,8%) ; leuconychie (18,75%) ; trachyonychie (12,5%) ; onycholyse (12,5%) ; koïlonychie (6,25%) une ligne de beau (12,5%) et onychorrhexis (3,12%) . L'examen dermoscopique montrait un aspect en dé à coudre (43,75%) ; des stries longitudinales (37,5%) ; une onycholyse distale (25%) ; un épaississement de la cuticule (12,5%) et une kératose péri unguéale (18,75%). Sept patients cumulaient de multiples patterns dermoscopiques.
Discussion :
L'atteinte unguéale de la pelade constitue une gêne esthétique et fonctionnelle importante [1]. L'intérêt de notre travail est d'évaluer la fréquence de cette atteinte et de déterminer les différents aspects cliniques et dermoscopiques rencontrés au cours de cette affection. La prévalence de cette atteinte est en moyenne de 30 % [1]. Notre étude a objectivé un pourcentage plus élevé vu que les patients hospitalisés présentent des formes sévères. L'atteinte unguéale chez nos patients était variée. L'aspect en dé à coudre et les striations longitudinales sont les anomalies les plus fréquentes dans notre série ainsi que dans la littérature [2]. En dehors des signes fréquemment décrits dans la littérature, l'onycholyse distale et l'épaississement de la cuticule faisaient partie des principaux signes dépistés à l'aide du dermoscope. L'origine exacte de cette atteinte unguéale n'est pas bien élucidée [3]. Elle peut précéder, accompagner ou suivre l'apparition d'une pelade du cuir chevelu

[3].En raison de son intérêt pronostique, l'examen clinique couplé à la dermoscopie constitue une étape importante dans la prise en charge de tout patient peladique [4].

Conclusion :

L'examen unguéal représente une étape importante de l'examen de tout patient présentant une pelade. Les anomalies unguéales sont considérées comme des facteurs de mauvais pronostic. D'autres études seraient nécessaires pour corréler l'atteinte unguéale à la sévérité de l'atteinte du cuir chevelu.

Autres :

Pityriasis rotunda
Un diagnostic à ne pas méconnaitre

Z FAJRI, M SOUGHI, K BOUAAYAD, H BAYBAY, S ELLOUDI, Z DOUHI, FZ MERNISSI
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc.

Introduction:

Le Pityriasis rotunda est une dermatose très rare liée à un trouble acquis de la kératinisation. Le diagnostic repose généralement sur l'examen clinique et reste un challenge diagnostique et thérapeutique. Il est souvent associé à de nombreuses affections et la forme isolée reste rare. Nous rapportons une nouvelle observation d'un patient qui présente un Pityriasis rotunda.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 30 ans sans ATCD pathologiques notables, qui présente depuis 10 ans des lésions pigmentées asymptomatiques au niveau du tronc. L'examen dermatologique a révélé de multiples plaques pigmentées finement squameuses, bien limitées et parfaitement arrondies, confluentes par endroit en placards polycycliques, mesurant 3 à 10 cm de diamètre siégeant au niveau du dos et des racines des membres. La dermoscopie a objectivé la présence d'un réseau linéaire pigmenté en illos. L'examen histologique a montré une hyperkératose orthokératosique, incontinence pigmentaire et infiltrat lymphocytaires perivasculaires. La coloration à l'acide périodique de Schiff (PAS) était négative. L'ensemble était en faveur du Pityriasis rotunda. Un bilan biologique et radiologique à la recherche des pathologies associées a été demandé.

Discussion :

Le Pityriasis rotunda est un trouble idiopathique de la kératinisation. Certains auteurs le considèrent comme une forme d'ichtyose acquise en raison des caractéristiques histologiques similaires. Sur le plan clinique, il se caractérise par des plaques squameuses circulaires hyper ou hypopigmentées et nettement définies.

Des aspects deromoscopiques ont été rapportés dans la littérature, notamment une hyperpigmentation à écailles polygonales séparées les unes des autres par des stries linéaire. La particularité de notre patient est la présence à la dermoscopie d'un aspect en réseaux pigmenté à disposition linéaire en illos.

Le diagnostic du Pityriasis rotunda est généralement clinique. L'âge d'apparition, la distribution, l'aspect circulaire distinct et l'absence de signes inflammatoires sont des éléments orienteurs.
Il est à noter que le Pityriasis rotunda peut cadrer dans les syndromes paranéoplasiques. Il peut être classé en deux types : le type I se caractérise par des lésions hyper pigmentées chez les patients asiatiques et noirs, de nombreuses pathologies associées ont été rapportés notamment des tumeurs malignes et des infections chroniques. Le type II est plus rare et survient chez les Caucasiens, les sujets jeunes, sans aucune association avec une maladie sous- jacente.
Le traitement du pityriasis rotunda est souvent difficile. Plusieurs traitements existent, mais les analogues de la vitamine D3 conduisent à une amélioration progressive des lésions. Cependant, pour les patients présentant des comorbidités, un traitement réussi de la maladie sous-jacente conduit souvent à la rémission des lésions.

Conclusion :

Le Pityriasis rotunda est une maladie très rare de pathogenèse inconnue et ces aspects cliniques sont très évocateurs. La description dermoscopique reste mal définit car de nos jours les publications en termes de dermoscopie restent très pauvre, il est souvent associé à d'autres affections qu'il faut rechercher

Pseudoxanthome élastique de localisation atypique : Apropos d'un cas

M.Elomari Alaoui[1], N.Er-rachdy[1], A.Fliti[1], L.Benzekri[1], K.Senouci[1], N.Ismaili[1], M.Meziane[1]
[1]*Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :

Le Pseudoxanthome élastique PXE ou syndrome de Grönblad-Strandberg, est un trouble multisystémique héréditaire rare,dont la prévalence est estimée entre 1/50 000 et 1/100 000 dans la population générale. Le PXE est caractérisé par une minéralisation pathologique des fibres élastiques du tissu conjonctif, affectant principalement le derme, la média et l'intima des vaisseaux sanguins et la membrane de Bruch de l'œil. Les lésions extra cutanées font toute la gravité de cette maladie ; notamment l'atteinte oculaire avec risque de cécité.
Nous rapportons un cas de PXE acquis de localisation atypique : péri-ombilical, associé à une hépatite C survenant chez une femme obèse multipares, en soulignant l'intérêt du diagnostic précoce.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 78 ans, ayant comme antécédents un carcinome basocellulaire à la pointe du nez opérée il y a 2 ans, qui présente des lésions papuleuses péri-ombilicales non prurigineuses, évoluant depuis 5 ans, sans facteur déclenchant.
C'était des papules non folliculaires, jaunâtres, confluentes en plaques, sans anétodermie.
Par ailleurs, la patiente rapporte une notion de baisse d'acuité visuelle.

Résultat :

Une biopsie cutanée a été réalisée, révélant des anomalies spécifiques des fibres élastiques
L'examen du fond d'œil aobjéctivé une atrophie épithéliale (péripapillaire). Le bilan biologique de routine a révélé une sérologie HVC positive, avec une fonction hépatique correcte et une échographie hépatique normale , Devant les résultats de l'étude clinique, histopathologique et de l'examen du fond d'œil, le diagnostic de PXE a été retenu dans ce cas.

Discussion :
Le PXE est une maladie autosomique dominante ou récessive caractérisée par la calcification des fibres élastiques du tissu conjonctif, affectant la peau, les yeux et le système cardiovasculaire. En général, le diagnostic est posé au cours de la troisième ou la quatrième décenniede la vie.
En 1881, Rigal a été le premier à décrire les lésions cutanées du PXE comme un xanthélasma diffus. En 1929, l'ophtalmologue Ester Grönblad et le dermatologue James Strandberg ont décrit indépendamment l'association fréquente entre les atteintes cutanées et oculaires, c'est le cas pour notre patiente.
L'anomalie génétiqueest causé par des mutations du gène ABCC6, situé sur le bras court du chromosome 16, responsable d'une accumulation extracellulaire et un dépôt de calcium et d'autres minéraux dans le tissu élastique. Pour notre patiente, il n'y avait pas de cas similaires dans la famille.
L'atteinte cutanée est faite de petites papules jaunâtres non prurigineuses,parfois confluentes en plaques, typiquement localisées au niveau du cou, des aisselles etdes plis du coudes, mais dans notre cas, la localisation était atypique au niveau de la région péri-ombilicale.
Les manifestations oculaires qui ont été décrites sont : les stries angioïdes, la néovascularisation choroïdienneet l'atrophiechoriorétinienne, cette dernière constitue le signe pathognomonique de l'atteinte oculaire du PXE. La néovascularisation conduit à des hémorragies sous-rétiniennes et la formation de cicatrices fibrovasculaires qui entraînent une perte d'acuité visuelle. Notre patientavait une atteinte vasculaire oculaire sous forme d'atrophie choriorétinienne mise en évidence par le fond d'œil.Les manifestations cardiovasculaires sont très variées et comprennent une hypertension, une angine de poitrine et une claudication intermittente. Le cardiologue est donc un acteur essentiel dans la surveillance clinique habituelle, l'examen cardiovasculaire et l'échographie transthoracique chez notre patiente étaient sans anomalies.
L'histopathologie révèle une minéralisation et une fragmentation des fibres élastiques dans le derme qui seront extrudées vers la peau par élimination trans-épidermique, ce qui donne lieu à l'élastorrhexis. La coloration des fibres élastiques montrent respectivement la fragmentation et la calcification des fibres.
Des formes de pseudoxanthome élastique associées à d'autres pathologies ont été rapportées dans la littérature mais qui sont rares : thyroïdite (4 cas), diabète (1 cas), polyarthrite rhumatoïde (4 cas) et chez notre patient l'association avec une hépatite C a été décrite, l'atteinte hépatique n'est pas décrite dans la littérature, bien que le foie soit le site d'expression essentiel de la protéine ABCC6.
Conclusion :
Le PXE nécessite une approche multidisciplinaire pour le conseil génétique et pour la prise en charge des complications vasculaires et oculaires. Actuellement, aucun traitement spécifique n'est disponible.

Un regard souligné mais à quel prix : Effets secondaires des microblading des sourcils.

Z FAJRI, H BAYBAY, M SOUGHI, S ELLOUDI, Z DOUHI, FZ MERNISSI
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc.

Introduction :

Le maquillage permanent des sourcils est une sorte de tatouage cosmétique, un acte invasif à visée non seulement esthétique mais aussi dans des cas dermatologiques telles que l'alopécie totale, l'hypothyroïdie, la madarose induite par la chimiothérapie. Il est devenu très populaire au cours des dernières décennies, bien qu'il est considéré comme sûr, il peut néanmoins provoquer des réactions cutanées indésirables sur le site du tatouage, notamment des infections, des réactions allergiques et même des réactions sarcoïdales. Ces réactions entrainent une réduction de la qualité de vie.

Nous rapportons les cas de 4 patientes présentent des réactions indésirables suite à un microblading des sourcilles. Ces dernières ont réalisé ledit maquillage à plusieurs reprises.

Observations :

Observations 1 :

Deux femmes âgées de 34 ans et 40 ans se sont présentées en consultation avec des lésions érythémateuses au niveau des sourcils. La durée écoulée entre le dernier placement du tatouage cosmétique et le début de la symptomatologie était de 1 an pour la première et 2 ans pour la seconde. L'examen dermatologique a objectivé de multiples papules érythémateuses confluentes en plaques disposées selon un motif linéaire.

À la dermoscopique : Un aspect jaune orangé à la vitro pression, des zones colorées irrégulièrement dispersées entre les zones gris-brun du tatouage.

L'examen anatomopathologique a révélé plusieurs granulomes nus non caséeux et les bilans biologiques et radiologiques sont revenus sans anomalie. Une réaction granulomateuse type sarcoïdosique a été suspectée et nos patientes ont été mises sous corticostéroide intralesionelle avec une bonne amélioration.

Observation2:

Deux femmes âgées de 38 ans et 46 ans consultant pour des lésions érythémateuses, suintantes et prurigineuses après un microblading des sourcils, rapportant avoir eu des réactions similaires suite au tatouage.

L'examen dermatologique a révélé la présence des placards érythémateux œdémateux surmontés des vésicules avec des contours émiettés siégeant au niveau des deux sourcils. Le diagnostic d'un eczéma de contact a été retenu et les patientes ont été mises sous dermocorticoïde topique de classe faible pendant 10 jours avec une bonne amélioration.

Discussion :

Le microblading des sourcils est réalisé par l'introduction dans l'épiderme de colorants exogènes et de pigments métalliques. Cette procédure peut provoquer des réactions granulomateuses au site du tatouage qui sont asymptomatiques. La dermoscopie a

révélé un aspect jaune orangé à la vitro pression, des pigments dont la couleur varie en fonction de la nature du produit utilisé.

Sur le plan histologique, ces réactions peuvent être de type corps étranger ou sarcoïdosique. Le délai entre l'application et la réaction granulomateuse varie de quelques mois à plusieurs décennies. On présence de ce type de réaction, un panel d'évaluations biologiques et radiologiques est nécessaire à la recherche d'une atteinte systémique. D'après la littérature, les traitements ayant donné les meilleurs résultats sont les corticostéroïdes topiques ou intralésionnels et un suivi à long terme est recommandé. Pour ce qui est des réactions allergiques, elles peuvent être de type immédiat ou retarder. Le délai d'apparition des réactions retarder peut varier de quelques jours à plusieurs années après un microblading ou peuvent être déclenchées par un nouveau tatouage.

Conclusion :

Les effets secondaires du microblading reste divers, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée permettent d'éviter les formes les formes inflammatoires et granulomateuse.

Les panniculites lymphocytaires : étude anatomoclinique de 7 cas

M. Rimaoui[1], F .Hali[1], H.Rachadi, F. Marnissi [2], S. Chiheb[1]

Service de dermatologie[1] , service de l'anatomie pathologique [2], chu ibn rochd , Maroc

Introduction :

Les panniculites lymphocytaires sont définies par l'ensemble des affections dont le substratum anatomique commun est une hypodermite à infiltrat lymphocytaire. Elles sont réputées de leur complexité diagnostique et leur contexte étiologique distinct allant de causes inflammatoires aux causes tumorales. Nous rapportons à travers une série de 7 cas les aspects clinicohistologiques de la panniculite lymphocytaire.

Matériels et méthodes :

une étude rétrospective d'une durée de 10 ans de 2010 à 2020. Les données d'exploitation ont été fournies des dossiers médicaux.

Résultats:

Nous avons colligé 7 patients. La moyenne d'âge est de 40,14 avec des limites d'âges de 24ans et 58ans. Le sexe ratio est de 2/5. Une patiente était suivie pour un lupus systémique et un patient était atteint de leucémie aigue lymphoblastique en rémission, chez les autres

patients on ne notait pas d'antécédents particuliers. L'analyse clinique a permis d'individualiser des plaques et des nodules siégeant au niveau des cuisses (n=3), les jambes (n=2), les avants bras (n=2) et le visage (n=2).Chez un seul patient on notait les lésions au niveau de trois sites anatomiques (cuisse + avant-bras +jambe). La peau en regard des plaques revêtait un aspect cupuliforme (n=4) ,dyschromique (n= 3), fistulisé (n=1). Sur le plan biologique : on notait chez un seul patient une bicytopénie (anémie +thrombopénie). Le bilan immunologique (anti AAN et anti DNA) était positif chez 2 patients (28,5%). A la biopsie cutanée : un infiltrat lymphocytaire lobulaire a été observé chez tous les patients 100%, une dermite d'interface chez 3 patients (42,8%) et des dépôts de mucine chez 3 patients (42,8%). L'étude immunohistochimique a révélé le profil suivant CD3+,CD8+, CD4± , Granzyme B+, CD56 chez un seul patient. On a retenu 6 cas de panniculite lupique et un seul cas de lymphome panniculite like. Quatre cas de panniculites lupiques ont été traités par hydroxycholoquine, 2 cas ont été traités par l'association corticoïde et méthotrexate avec une bonne évolution. Quant au lymphome panniculite like, il a été traité par méthotrexate avec résistance thérapeutique justifiant le recours à une polychimiothérapie.

Discussion :

De nombreuses affections présentent un chevauchement de leurs caractéristiques cliniques et histologiques tel est le cas des étiologies des panniculites lymphocytaires. Afin d'en nuancer les auteurs suggèrent des éléments morphologiques clé plaidant en faveur de la panniculite lupique comme une augmentation du nombre des plasmocytes, une nécrose graisseuse hyaline avec des lipomembranes des follicules lymphoïdes dans les zones paraseptales, des dépôts de mucine dermique et vacuoles d'interface destructrices .Le diagnostic de certitude des panniculites lymphocytaires est le fruit de la constellation des éléments cliniques , biologiques, histologiques,immunohistochimiques et évolutifs . Au cas échéant, une surveillance clinique continue est justifiée, en multipliant les biopsies.

À propos du syndrome d'Ekbom ou parasitose délirante

A.Fliti[1], J.Benahmed[1], M.Elomari Alaoui[1], L.Benzekri[1], M.Meziane[1], N.Ismaili[1], K.Senouci[1]
Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc

Introduction :
Le syndrome d'Ekbom est une affection rare, caractérisée par la conviction délirante d'avoir la peau infestée de parasites. Les patients souffrant de cette maladie décrivent des parasites rampant et mordant leur peau, responsables des lésions cutanées. Nous rapportons le cas d'une femme de 65 ans atteinte de parasitose délirante.

Observation
Une patiente de 65 ans, sans antécédents médicaux, a consulté pour un prurit localisé au niveau 4 membres évoluant depuis 1an. Elle a décrit des parasites offensifs rampant dans sa peau.
L'examen physique a révélé la présence des érosions et des ulcérations au niveau des membres supérieurs et inférieurs et tronc (surface cutanée atteinte estimée à 40%). A l'interrogatoire La patiente a rapporté qu'elle s'est automutilée et utilisée des substances dangereuses pendant le processus de nettoyage. Un bilan de prurit chronique était normal. Le diagnostic de parasitose délirante a été posé après élimination des diagnostics

différentiels. Un traitement antipsychotique a été posé et la patiente a été adressée en consultation psychiatrie mais elle a été perdue de vue.

Discussion

Les premières descriptions cliniques de cas de croyance d'infestation parasitaire cutanée par des insectes remontent au IXXème siècle. Il s'agit d'un délire chronique systématisé rare. Plus souvent observé par les dermatologues que par les psychiatres, il affecte le plus souvent des personnes âgées (trois femmes pour un homme) vivant seules dans des conditions matérielles précaires.

L'adhésion au délire est totale. La réaction du patient à ce délire et à la sensation corollaire de démangeaisons, de brûlure ou de picotement, mène typiquement à un grattage obstiné et tenace, pour se soulager, et faire sortir les parasites et/ou les visualiser. Ce qui sera responsable d'excoriations ou de lésions surinfectées. On peut voir aussi des réactions de protection contre les parasites présumés : bains répétés, utilisation d'insecticides, etc...

Un bilan organique initial, permet d'éliminer une étiologie organique du prurit, qu'il faudra traiter spécifiquement. Le traitement repose essentiellement sur la prescription des neuroleptiques ou des antipsychotiques atypiques qui sont mieux tolérés. Une co-prescription d'antihistaminique, ou un antidépresseur pourra être associé. Enfin, un soutien psychothérapique est fondamental, permettant un accompagnement psychologique du patient.

Conclusion :

La parasitose délirante est considérée comme une hallucinose organique qui affecte habituellement les femmes âgées et solitaires. Un traitement antipsychotique est nécessaire et une collaboration entre dermatologue et psychiatre s'impose. Ce cas met clairement en évidence la difficulté de traiter ce type de patients psychiatriques et leur suivi. Le traitement est difficile, la psychoéducation et la thérapie cognitivo-comportementale sont efficaces.

Une brûlure pas comme les autres !

Dr Zeggwagh Zineb

Introduction :

L'été, la baignade en mer peut vite virer au cauchemar si on a le malheur de croiser la route d'une méduse. Ces dernières sont présentes dans les eaux de mers (méditerranée), océans et plages surtout quand il fait très chaud. Leurs piqûres peuvent aller d'une simple sensation de décharge électrique à un choc anaphylactique; mais la plupart sont sans gravité. Nous rapportons le cas d'un patient piqué par une méduse au cours de sa baignade qui a réalisé un tableau de brulure de premier degré. L'objectif à travers ce cas est de mettre la lumière sur les gestes/reflexes à avoir après une piqure de méduse ainsi que les gestes à ne pas faire.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 57 ans, sans antécédents particuliers qui au cours de sa baignade en mer méditerranée a ressenti une sensation de décharge électrique et de douleur intense au niveau de la partie inférieure de la cuisse gauche. A sa sortie de l'eau, il se rend compte de l'apparition d'un placard érythémateux urticarien en forme de méduse. L'examen clinique montre une tuméfaction du genou gauche par rapport au

genou controlatéral, ainsi qu'un placard érythémateux, rugueux, purpurique par endroit et infiltré en forme de silhouette de méduse.
Le patient a été mis sous antihistaminique et soins locaux à base de crème cicatrisante. Il rapporte une bonne amélioration avec persistance d'une hyperpigmentation post inflammatoire.

Discussion :

• A travers ce cas nous allons rappeler les différentes manifestations cliniques au cours d'une piqûre de méduse ainsi que les gestes à entreprendre et les gestes à éviter.

• Les méduses ont généralement des nématocystes urticants qui se trouvent au niveau des tentacules. Les piqûres sont délivrées lorsque le contact est établi avec les tentacules et les nématocystes se déchargent dans la peau.

• Il existe différentes manifestations cliniques :

- Douleur, souvent si intense qu'elle entraîne une perte de conscience ; douleurs musculaires, crampes ; décharges électriques ; sensation de brulure
- Paresthésies et démangeaisons
- placard érythémateux, vésicules
- œdème
- Transpiration dans la zone affectée
- Nausée et vomissements
- Arrêt cardiaque voire un choc anaphylactique peuvent survenir
- Cicatrice, nécrose

• Gestes immédiats :

- Évitez de bouger le membre affecté.
- Ne pas frotter la zone de piqûre.
- Rincer à l'eau de mer ou appliquer du vinaigre (acide acétique à 5 %)
- Retirez les nématocystes et les tentacules de la peau à l'aide de gants, carton ou pince
- La glace peut aider à soulager la douleur ou la prise d'anti-douleurs
- Appliquer un antiseptique

• Gestes à ne pas faire :

- Ne pas rincer la piqure avec de l'eau douce (risque d'éclater les cellules restantes et de libérer le
venin ce qui va accentuer la douleur)
- Ne pas sucer, frotter gratter, inciser, poser de garrot
- Ne pas appliquer d'alcool
- Ne pas uriner sur la plaie (risque de surinfection)
- Ne pas toucher une méduse morte échouée sur la plage (les cellules urticantes continuent de piquer)
- Se baigner après une piqure (retarde la cicatrisation)

Mastocytose cutanée et piqûre hyménoptères

Hasna Azendour 1, Hajar Daakir 1, Kaoutar Znati[2], Mariame Meziane1,
Nadia Ismaili 1, Laila Benzekri 1, Karima Senouci 1
1. Université Mohammed V, centre hospitalier universitaire Ibn Sina,
service de dermatologie et de vénérologie, 10170 Rabat, Maroc
2. Université Mohammed V, centre hospitalier universitaire Ibn Sina,
service d'anatomo-pathologie, 10170 Rabat, Maroc

• La mastocytose systémique est une pathologie à risque de réactions allergiques.

• L'anaphylaxie aux venins d'hyménoptères y est particulièrement fréquente et sévère.
• Cinquante pour cent des individus font une réaction anaphylactique médiée par les IgE après une piqûre de guêpe ou d'abeille
• La réaction va du simple rash urticarien au choc anaphylactique.
• Les traitements de désensibilisation au venin sont la pierre angulaire pour prévenir les récidives de choc mais sont plus souvent que dans la population générale émaillés de réactions syndromiques.
• Nous rapportons un cas d'urticaire pigmentaire chez un adulte qui présentait une allergie aux piqures d'abeille qui a précédé l'apparition de lésions cutanée
Une biopsie cutanée avec immunohistochimie objectivant une mastocytose cutanée avec CD117 positif
• Au Bilan : Une hyperéosinophilie a 550 el/mm3, Un taux Tryptase sérique élevée a 22 ng/ml (2x N)
• Les mécanismes physiopathologiques de ces réactions sévères semblent davantage liés à la mastocytose qu'à un degré de sensibilisation particulièrement élevé vis-à-vis des venins d'hyménoptères. Il n'existe, en effet, pas de corrélation entre la sensibilité au venin (déterminée par tests cutanés ou IgE spécifiques) et la gravité d'une réaction anaphylactique aux venins d'hyménoptères.
• Les réactions anaphylactiques observées en l'absence de sensibilisations démontrées vis-à-vis du venin d'hyménoptères suggèrent la possibilité de dégranulation des mastocytes sous l'effet de composants du venin d'hyménoptères dont certains peptides ont un effet histaminolibérateur reconnu
• Le problème essentiel posé par ces observations rares mais de grande gravité est celui de la prise en charge thérapeutique. L'indication de la désensibilisation est formelle lorsque le mécanisme IgE-dépendant est démontré, mais elle a également été préconisée en l'absence d'IgE spécifiques circulantes et de tests cutanés positifs pour des concentrations non significatives
• Ces points particuliers sont les suivants : les accidents allergiques après piqûre d'hyménoptères des patients atteints de mastocytose sont souvent atypiques, le bilan allergologique montre souvent une sensibilisation faible au venin et le diagnostic d'allergie est parfois de ce fait récusé. Une démarche diagnostique rigoureuse doit donc être menée dans toutes les situations où une mastocytose est suggérée par l'histoire clinique et un taux de tryptase intercritique élevé.
• Une grande vigilance doit encadrer ces traitements.
• En cas de réaction anaphylactique particulièrement sévère après piqûre d'hyménoptère, il peut être utile d'effectuer à distance un dosage sérique de la tryptase, ce qui pourrait permettre de diagnostiquer des mastocytoses jusque là méconnues.
• Si la mastocytose cutanée, de loin la plus fréquente, est reconnue, le traitement de désensibilisation spécifique devrait être retenu, compte tenu de la gravité des symptômes, même si le bilan allergologique n'est pas concluant. Ce traitement devrait être prolongé au delà de la durée classique au vu des données de la littérature.
• L'anaphylaxie aux venins est très souvent le facteur révélateur du diagnostic, qui est plus difficile et plus tardif du fait d'une atteinte cutanée de la mastocytose moins fréquente.

Une pathomimie de l'enfant déclenchée par le vaccin anti covid 19

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

Introduction:
La pathomimie cutanée se définit comme une maladie factice, provoquée dans un état de conscience claire par le patient lui- même, au niveau du revêtement cutanéo-muqueux et/ou des phanères. Rare chez l'enfant, il s'agit d'une manifestation psychopathologique potentiellement grave et souvent difficile à prendre en charge. Dans le cas de pathomimie cutanée de l'enfant, on observe souvent des difficultés scolaires ou une cellule familiale en crise. Nous rapportons le cas d'une jeune fille de 14 ans qui s'est présentait pour une chute des cheveux après la première dose de vaccin anti covid 19

Observation:
Une jeune fille de 14 ans, sans antécédent personnel ou familial, était adressée par les urgences au service de dermatologie pour une chute totale des cheveux évoluant depuis 72h, apparue a J1 post vaccin anti covid 19. L'examen clinique mettait en évidence des cheveux cassés à leur racine, des cheveux avec longueurs différentes et lésions excoriées au niveau de cuir chevelu. L'examen dermoscopique a révélé des squames de cuir chevelu, la présence de 3 à 4 poils par unité folliculaire, des cheveux de longueur différentes, des croutes hémorragiques et l'absence de tous des signes dermoscopiques de pelade. Par ailleurs la patiente rapportait une lourdeur de l'hémicorps gauche, l'examen neurologique n'a pas révélé d'anomalies. L'enfant était en excellent état général et le reste de l'examen était strictement normal. Le bilan biologique était normal et le scanner cérébral n'a pas révélé d'anomalies. L'examen par un pédopsychiatre retrouvait la notion de conflits familiaux et des difficultés scolaires. Le diagnostic de pathomimie est retenu et un suivi psychiatrique est conseillé à la famille

Discussion:
Les pathomimies sont définies comme des troubles factices entièrement provoqués et dissimulés dans un état de conscience claire par le sujet lui-même sur son propre corps, expression somatique d'une grande souffrance psychique (1,2). Elles touchent principalement les jeunes filles pré pubères avec un âge moyen de 12 ans (extrêmes de 2 à 18 ans) (3). Le diagnostic repose sur la confrontation d'arguments somatiques et psychologiques. Dans notre cas, le diagnostic était évoqué sur les arguments suivants : l'aspect clinique et la topographie des lésions ; l'incapacité de la jeune fille à expliquer la survenue de ces lésions ; l'absence d'anomalies biologiques ou radiologiques. Parmi les causes psychiatriques de pathomimie cutanée, l'anxiété et la dépression sont les conditions les plus fréquemment notées, suivies par les troubles de la personnalité. Des difficultés scolaires, comme dans notre observation, ou un milieu familial en crise peuvent être à l'origine de la pathomimie cutanée [4]. Elle est alors de meilleur pronostic et disparait après la mise à jour du problème conflictuel.

Conclusion:
Les pathomimies cutanées de l'enfant sont rares, de diagnostic souvent tardif et d'évolution longue et capricieuse. Leur pronostic est en général meilleur que chez l'adulte et leur prise en charge est difficile et décevante.

Impact du prurigo chronique sur la qualité de la vie

Y.ALMHEIRAT(1); H.Ragragui (1); N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)
(1) Service de Dermatologie vénérologie et allergologie- CHU Mohammed VI d'Oujda
(2) Groupe de travail sur le tégument - Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et desanté publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier

Introduction :

Le prurigo chronique est une affection cutanée chronique peu fréquente qui touche principalement les adultes âgés et se caractérise par des papules/nodules multiples, fermes et prurigineux répartis de manière symétrique. Plusieurs protocoles thérapeutiques sont proposés en fonction de la sévérité du prurit et de l'impact que le prurigo peut avoir sur la qualité de vie du patient. Le but de notre travail est de détailler l'impact de cette maladie sur la qualité de la vie des patients.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective descriptive monocentrique, colligeant tous les patients suivis pour un prurigo chronique durant la période Janvier 2015- mai 2022.

Résultats :

Nous avons colligé 27 patients. L'âge moyen était de 48,21 ans. Le sex-ratio Femme/Homme était à 2. Trente pourcent des patients souffraient d'un trouble psychologique tel que l'anxiété et la dépression. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 9,42 ans. La manifestation clinique la plus fréquente était des lésions papuleuses excoriées prurigineuses dans 81.5% suivies des lésions papulo-nodulaire prurigineuses dans 18.5% des cas. La maladie était généralisée dans 33.3% des cas. L'intensité du prurit était de sévère à très sévère dans 48% selon l'échelle visuelle analogique. Soixante-huit pourcent des patients présentaient une altération modérée à importante de la qualité de vie selon le score Dermatology life quality index (DLQI). Concernant la prise en charge ; tous les patients ont bénéficiés d'une éducation thérapeutique visant à réduire l'rritation de la peau et le grattage, et de traitement symptomatique du prurit. Pour le traitement de fond, 66.6% des patients ont été traités par les dermocorticoïdes modérés à forts (DC), 22.2% ont été traités par la photothérapie UVB 25 à 35 séances (3 séances/ semaine), le recours au traitement systémique était le cas chez 2 patients qui ont été mis sous thalidomide 100 mg/j. Une amélioration de la qualité de vie à été noté chez tous nos patients après traitement.

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).

En analysant les revues de la littérature 9 études ont évalué l'impact du prurigo chronique sur la qualité de vie des patients en utilisant le score DLQI, avec un score moyen de 13,8 (10,6-16,9). Sept études ont obtenu des scores DLQI ≥ 11 indiquant un effet très important, et une étude avait un score DLQI moyen 21 traduisant un effet extrêmement important.(2) Cinque études ont évalués l'intensité du prurit selon l'échelle visuelle analogique avec un score moyen de 6,8 en moyenne traduisant une intensité modérée.(2) Dans une étude prospective portant sur 552 patients atteints de dermatoses inflammatoires prurigineuses chroniques, le prurigo chronique a été associé à une intensité moyenne de prurit plus élevée (VAS- = 6,5 en moyenne), ainsi que DLQI (11,6 ou effet important).(3) Les résultats de notre étude rejoignent ces travaux, le prurigo chronique altère la qualité de vie des patient et caractérisé par la présence de prurit d'intensité modérée à sévère.

Conclusion :

Le prurigo chronique est une pathologie handicapante avec retentissement important sur la qualité de vie des patients, leur prise en charge est un défi pour les dermatologues qui nécessite une évaluation continue des patients à la recherche de rechutes et de complication psychique.

Les tatouages traditionnels au Maroc

S.Bouabdella 1 ; S.Aouali1 ; S.Sefraoui1; 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 tatouages traditionnels constituent un bagage culturel transmis de génération en génération. Ils sont le plus souvent, et encore de nos jours, vus sur le visage de femmes âgées. Notre étude a pour objectifs d'analyser ces différents tatouages.

Matériel et méthodes :
C'est une étude prospective réalisée au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda, entre avril 2021 et avril 2022, incluant tous les patients porteurs d'un tatouage traditionnel.

Résultats :
Nous avons colligé 119 patients avec un âge moyen de 69,6ans et une forte prédominance féminine (110 femmes et 9 hommes). Les principales localisations des tatouages étaient comme suit le front (73,78%), la face postérieure du poignet (66,64%), le menton (55,93%), la crête nasale (10,71%), les joues (8,33%), l'angle externe de l'œil (7,14%), le dos des mains (4,76%), les jambes (3,57%), les avant-bras (2,38%) et les chevilles (1,19%). La moyenne d'âge au premier tatouage était de 15,09ans et le nombre moyen de tatouages par patient était de 2. Tous les tatouages étaient faits par un tatoueur non professionnel et les techniques utilisées était l'utilisation d'une aiguille et du khôl (95,7%) ou un morceau de bois tranchant avec du khôl (4,3%), avec ajout du jus de blé vert (34,4%), le noir de la fumée (6,7%), l'extrait de l'indigotier (4,2%) et le noir recueilli du fond des marmites (3,3%).
Le tatouage était un symbole de beauté selon 29,4% des patients, un symbole de fertilité (7,5%), un gage de protection (14,2%), un symbole d'appartenance à une tribu ou un groupe social (19,3%), un symbole de virilité (3,3%), un moyen de se soigner (11,7%) et sans signification dans 5,88% des cas. Quatre-vingt-trois pour cent de nos patients exprimaient du regret vis-à-vis leur tatouage et la religion était la principale cause de ce regret.

Discussion :
Les tatouages traditionnels d'Afrique du Nord constituent un patrimoine transmis d'âge en âge [1]. Les femmes, comme c'est le cas dans notre étude, sont plus concernés par ces tatouages et constituent un moyen de communication [2]. Les femmes sont abondamment tatouées tandis que les hommes quand ils le sont, le sont très peu. Ces derniers le font généralement dans un but thérapeutique ou prophylactique [3]. Ces tatouages sont presque toujours l'œuvre d'un amateur, ami ou membre de la famille [4]. Dans notre série, aucun tatouage n'a été fait par un professionnel. La technique la plus utilisée est de piquer la peau avec une aiguille emmanchée avec application du khôl [4]. Ces tatouages se présentent en dessins au traits épais réalisant des motifs variés ayant différentes significations. La rosace par exemple, est symbole de virilité et de féminité, le carré représente le foyer, la spirale l'harmonie et la croix la protection [3]. Hormis le but décoratif qui est le plus fréquent, le tatouage traditionnel pourrait avoir d'autres fonctions tel que soigner l'arthrose ou le mal de tête [3]. Il peut aussi être un symbole de protection ou d'appartenance à une tribu ou groupe social [2]. Il peut aussi avoir une fonction sociale. Par exemple, une femme se fait tatouer pour montrer qu'elle a trouvé un époux [3]. Par ailleurs, les jeunes hommes qui portent des tatouages au niveau des mains ou poignets jouaient de

la musique (de la flute ou du tambourin) et se font tatouer pour mettre en valeur leurs mains et paraissent plus élégants [4].

L'acné dans l'ère des filtres digitaux : une nouvelle forme de dysmorphophobie ?

I. Ouadi1; H. Daflaoui1; N. Zizi1,2 ; S. Dikhaye1,2
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 réseaux sociaux (RS) sont devenus une partie incontournable de notre vie quotidienne, et le recours facile aux applications de retouches photographiques est en train de redéfinir les normes sociales de la beauté. Cette apparence altérée peut modifier la perception individuelle d'une personne souffrant d'affection cutanée chronique telle que l'acné et les cicatrices faciales. Notre travail vise à évaluer le retentissement de ces filtres digitaux sur la perception du soi chez les personnes souffrant d'acné.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

C'est une étude descriptive transversale avec un questionnaire anonyme comportant 16 questions conçus avec Google-Forms, partagé à travers les réseaux sociaux, la population cible était toutes les personnes usant les réseaux sociaux souffrant d'acné.

RÉSULTATS

Au total, 201 personnes ont répondus à notre questionnaire. 85,9% étaient des femmes et 14,1% étaient des hommes, leur sexe ratio F/H était de 6,58. La tranche d'âge la plus concernée était celle comprise entre 20 à 30 ans (83,2%) avec une moyenne d'âge de 24,3 ans. Quatre-vingt-sept virgule quatre pourcent des sujets ont présenté une acné durant leurs vies dont 50,6% était légère, 42,7% était modérée et 6,7% était sévère. 99,4% des personnes ont admis utiliser les réseaux sociaux plusieurs fois par jour, et les plateformes les plus consultés étaient par ordre décroissant : Instagram (85,6%), Facebook (79,8%), YouTube (77,7%), Snapchat (18%), Pinterest (15,7%) et TikTok (15,1%). Soixante virgule sept pourcent des répondants partagent leurs photos sur les RS, particulièrement sur Instagram, et 73,2% de ces personnes admettent utiliser les filtres digitaux pour améliorer leurs apparences, les propriétés les plus retouchées était par ordre décroissant : les imperfections cutanées (73,2%), la couleur des yeux (54,5%), et la blancheur des dents (33,6%).

Les imperfections cutanées les plus retouchées étaient les lésions d'acné et les cicatrices faciales (66,8), leurs motivations pour ces changements étaient : vouloir paraitre plus beau/belle (69,2%), vouloir cacher les lésions cutanées (55,3%), tout le monde utilise les filtres beauté ces jours-ci (15,4%). Des personnes souffrant d'acné modérée/sévère, 73,7% admettent que leur peau est une source de hantise et de dérangement pour eux, 51,5% admettent que ça retentit sur leurs relations avec leurs conjoints/amis, et 45% ont répondus que leur état de peau les dépriment.

DISCUSSION

Nous vivons dans l'ère de la beauté artificielle, et les normes sociales de la beauté sont en constante évolution. L'avènement récent des RS a conduit au développement d'applications, notamment Instagram® , Snapchat®, et Facetune®, ainsi que tant d'autres. Ces applications gratuites et accessibles au grand public, peuvent désormais transformer l'apparence physique d'un individu en quelques secondes en filtrant, remodelant, ou supprimant des traits indésirables du visage avant de poster les photos sur les RS, certains

filtres lissent la peau, tandis que d'autres permettent d'éliminer directement les lésions de la peau tel que l'acné. 1 Peu d'études se sont intéressées à examiner l'impact de ces modification digitales sur l'image de soi, bien que les preuves limitées qui existent suggèrent que ces personnes présentent une insatisfaction corporelle et une perte de l'estime de soi. 2 En effet, des études récentes ont montrés que l'utilisation des RS et des retouches photographiques étaient associées à un recours accrue aux chirurgies esthétiques pour améliorer l'apparence, 3 et que ces retouches entrainait une plus grande confiance en soi ainsi qu'une diminution de l'anxiété suivant immédiatement la publication, par rapport à la publication d'une photo sans retouche.4 Notre travail montre la prévalence augmentée du recours des adultes jeunes surtout les femmes aux RS pour cacher les imperfections cutanées et améliorer leurs états de peau, ainsi que l'impact négatif que ça porte sur leur vision et estime de soi, incitant ainsi les dermatologues à déterminer les traitements adaptés et à mieux cibler les problèmes qui dérangent ces patients.

CONCLUSION

L'usage des RS est devenu une partie intégrante de nos vies, les applications offrant la possibilité de retouches photographiques sont devenues nombreuses, conduisant parfois les individus à développer des fausses réalités et prédisposant les jeunes à développer une image négative d'eux-mêmes, en particulier les individus souffrant de dermatoses faciales affichantes.

Dermatogeriatrics: an overlooked and underrated population

I.Ouadi1 ; H. Daflaoui 1; N. Zizi1,2 ; S. Dikhaye1,2

1 Department of Dermatology, Mohammed VI University Hospital of Oujda, Medical School of Oujda, Mohammed First University of Oujda, Morocco

2 Department of Epidemiology, Clinical Research and Public Health Laboratory, Medical School of Oujda, Mohammed First University of Oujda, Morocco

Introduction

Geriatric dermatology is a rapidly-evolving and fast-growing discipline, but relatively few studies are available about geriatric skin diseases. Elderly people present a wide array of dermatoses, ranging from degenerative and autoimmune to idiopathic and neoplastic conditions that may alter greatly their quality of life and lead to significant morbidity and mortality. The aim of our study is to determine the pattern and the frequency of the various dermatoses in the elderly population.

Patients and methods

Our work is a retrospective descriptive study including patients aged 65 years and older hospitalized in the dermatology and venerology department of Mohammed VI in Oujda, extending from the period between April 2014 to July 2022.

Results

Over all, 296 patients were included, constituting 17,78% of hospitalization in our departement. The mean age was 79 years +/- 8,35 with extremes ranging from 65 years to 102 years with a male predominance and a M/F ratio of 1,17. The median period for consultation was 16 weeks [2,96]. Pruritis was the most common dermatological concern affecting 36,7% of our patients. The most common dermatoses encountered were by decreasing frequency: Tumoral diseases were encountered in 30,8% of our patients, nonmelanocytic tumors were at the head of the list (9,3% for basal cell carcinoma versus 7,6% for squamous cell carcinoma), followed by Kaposi sarcoma in 6,3%, melanoma in 3,1%, lymphoma in 2,2% and skin metastasis in 0,4% Infectious diseases came next (23,7%)

and the most common dermatosis was non necrotizing skin infections mainly of the lower limbs, favored by the high incidence of intertiginous fungal infections observed in 71% of the patients, associated with onychomycosis in 68% of the patients.
Autoimmune diseases were observed in 22,8% of the patients mainly dominated by bullous pemphigoid (10,1%), pemphigus (4,4%) and dermatomyositis (1,7%) Inflammatory diseases were also frequently found (10,7%) made up mainly of prurigo and psoriasis. Other less frequently observed dermatoses were drug-eruption (5,8%), diabetic and vascular ulcers (3,1%).

Discussion

Population is aging around the world, raising the constantly evolving issue of geriatric healthcare. Indeed, life expectancy is increasing due the widespread advance in health technologies.1 According to Moroccan national data, elderly population has known an increase of 35% between the years of 2004-20142, this number is likely to increase in the following years urging the need to address geriatric health issues. Demographic results showed a clear male predominance in our series, joining most similar papers published in this regard.3,4 A high frequency of neoplastic diseases was reported in our series, among of which non-melanoma skin tumors were the most frequent, explained probably by the high frequency of outdoor jobs resulting in chronic sun exposure. Kaposi's sarcoma was often encountered as well, the most preponderant form is the Mediterranean.
Non necrotizing skin infections were the most common type of infection, hypothesized by the high frequency of fungal infection in the elderly population favored in our context by daily religious ablutions. A similar Indian study reported high incidences skin infections in the elderly population, and fungal infections were the most prevalent.3 Autoimmune disorders in geriatric age group are due to a decrease in immunologic functions, in our study it was attributed 10,1%, higher than was reported in similar studies5. A similar large scale Taiwanese study reported that the most common autoimmune skin dermatoses encountered in the elderly population were bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris.6

Conclusion

Our work shows the high prevalence of skin diseases in elderly population emphasizing the need for better management strategies as well as therapeutic ones in order to decrease associated morbidity and mortality.

Les marques de prières chez les musulmans : Aspects cliniques et dermoscopiques

S.Bouabdella 1 ; S.Aouali1 ; N. Zerrouki 1 ; S.Sefraoui1; 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 marques de prière (MP) sont des modifications dermatologiques courantes chez les musulmans qui prient pendant des périodes prolongées. Le but de notre étude est de décrire les différents aspects cliniques et dermoscopiques des MP chez les musulmans.

Matériel et méthodes :

C'est une étude prospective réalisée au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda, entre avril 2021 et avril 2022, incluant tous les patients porteurs d'une MP. L'analyse des corrélations a été réalisée par le test de Spearman et un seuil de $p<0,05$ a été considéré comme significatif.

Résultats :
Nous avons colligé 204 patients avec un âge moyen de 43,0 ±15,2 ans et une prédominance masculine (160 hommes et 44 femmes). Tous les patients étaient des musulmans et pratiquaient 5 prières minimum par jour. La durée moyenne de la pratique de la prière était de 8,0 ±4,41 ans. Les patients présentaient 360 MP et la médiane des MP par individu était de 2 [1 ;5]. Une corrélation positive statistiquement significative (p<0,001) a été retrouvée entre le nombre de MP d'une part et l'âge et le la durée de la pratique de la prière d'une autre part. Les principales localisations des MP étaient : le front (14,1%), le dos du pied droit (30,8%), le dos du pied gauche (18,5%), le genou droit (24,7%) et le genou gauche (11,9%). Cliniquement, les aspects retrouvés étaient : une hyperpigmentation (99,0%), des squames (92,6%), une lichénification (6,8%), un nodule (3,92%) et un érythème (4,4%). Les signes dermoscopiques retrouvés étaient : des stries blanchâtres (63,2%), des squames blanches (88,2%), un fond hyperpigmenté (87,74%), des écailles blanches diffuses (23,5%) et des vaisseaux en points (5,3%).
Discussion :
Les marques de prières sont des lésions asymptomatiques chroniques localisées sur les zones de proéminences osseuses par pressions répétées [1]. Des études ont montré que ces lésions sont d'autant plus marquées avec l'âge [1]. Une incidence plus élevée de lichénification et d'hyperpigmentation a été observée chez les sujets âgés de plus de 50 ans, ce qui suggère que la pression et la friction répétées pendant des périodes prolongées sont les facteurs causals du développement des MP [2]. Une étude prospective chez 349 musulmans en Arabie Saoudite a montré que 74 % des hommes et 25 % des femmes présentaient des MP et, comme dans notre étude, leur incidence était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes [3]. Les lésions évoluent d'une hyperpigmentation vers un épaississement progressif pouvant aller jusqu'aux nodules ou une plaque avec parfois des comédons ouverts et des kystes épidermoïdes [1]. Les aspects dermoscopiques des MP n'ont jamais été décrits dans la littérature. Le degré de formation de la callosité est un indice indirect de la piété du patient [4]. Chez les patients atteints de maladies chroniques ou d'invalidité par exemple et qui ne sont plus en mesure de s'agenouiller et de prier régulièrement, les lésions s'estompent [4]. Aussi, des vêtements de protection (par exemple des chaussettes) et l'utilisation de tapis de prière souples et épais peuvent réduire le risque de ces lésions [2].
Conclusion :
Notre étude vient enrichir la littérature en matière d'aspects cliniques et dermoscopiques des MP.

Stigmatizing skin: a cross sectional study on the publics' perception of skin diseases

I. Ouadi1 ; H. Daflaoui1 ; N. Tahiri1 ; N. Zizi1,2 ; S. Dikhaye1,2
1 Department of Dermatology, Mohammed VI University Hospital of Oujda, Medical School of Oujda, Mohammed First University of Oujda, Morocco
2 Department of Epidemiology, Clinical Research and Public Health Laboratory, Medical School of Oujda, Mohammed First University of Oujda, Morocco

INTRODUCTION
Skin diseases that alter skin complexion or color, texture, or appearance in any way induce negative emotions in others and may lead the individuals suffering from these diseases to social isolation, seclusion, as well as stigma and discrimination by their entourage or

communities.1 Given that the skin is a highly visible organ that can communicate important information about a person's health, stigmatization is a common problem that requires significant attention in dermatology.2 Our work aims to shed the light on Moroccan's society' view of skin diseases, addressing thus the need to raise public awareness regarding dermatological conditions.

MATERIEL AND METHODS

It is a descriptive cross-sectional study using an anonymous Google-Forms survey composed of 22 questions, shared via social media, and distributed in paper format.

RESULTS

135 people answered our survey, 63% were females and 37% were males, the mean age was 34,3+/- 11,8 years, with extremes varying between 16 to 67 years. As for educational level, 35,5% didn't obtain their baccalaureate, among which 9,9% were still students, meanwhile, 64,4% had their baccalaureate with various degrees of academic education. Socially, most of the respondents admitted to an average welfare. 68,9% of the respondents admitted knowing a person suffering from a skin disease, and 64,4% declared having basic knowledge concerning dermatological concerns. The sources of information were first and foremost: healthcare professionals (63,6%), through family and friends (57,6%), social media (34,7%) and scientific articles (26,3%). While questioned about the contagion of skin diseases, 59,3% reported that some diseases were contagious, while 34,8% reported that the majority were contagious and 5,9% reported that all skin diseases were contagious, the diseases that were most likely to be found contagious were by order of frequency: scabies (94,1%), leprosy (88,9%), contact and atopic dermatitis (37,8%), psoriasis (30,4%), urticaria (11,9%), ichthyosis (10,4%), and finally vitiligo in 9,6%. The fear of contamination was greatly noted, in fact 45,9% of the respondents feared being contaminated if skin-to-skin contact was made with a person suffering from a skin disease. 58,5% of the respondents admitted that skin diseases were dirty and made them feel slightly disgusted, 27,4% were greatly disgusted, meanwhile only 19,3% didn't experience any disgust toward skin conditions.

Accordingly to feelings of disgust and filth, more than half (59,3%) of the respondents admitted physically avoiding a person suffering from a skin disease, and their main reasons were: fear of contamination (87,2%), feeling of disgust (22,1%) and fear of physical appearance (14%) and only 5,9% of the respondents admitted making fun of people who suffers from skin diseases. Regarding gender discrimination, 63,7% reported viewing skin diseases the same in both sexes, contradictorily 44,4% of the respondents found that women affected with skin diseases were less attractive, when asked to justify their opinion, the answers ranged from concerns to with physical appearance such as "women are greatly concerned with their looks" , "women should be pretty" to fear contagion "women are tasked with home chores such as cooking, and can thus contaminate their families if they are sick"

DISCUSSION

The psychological impact and appearance-related anxiety is more and more recognized in a culture that endorses unblemished appearance as beauty, individuals with skin conditions not only have to adapt to living with physical discomfort related to their disease but must also psychologically adjust to not being able to meet society's appearance standards, leaving these individuals with a range of issues such as lack of confidence, low self-esteem, negative self-beliefs, and even mental health conditions namely depression and anxiety.3 A recent survey reported that 98% of the patients felt their skin had affected their

psychological wellbeing, but only 18% received psychological support and over 5% had experienced suicidal thoughts related to the impact of their skin conditions.3 Stigma is a society's negative evaluation of particular features or behaviors, however, there is a great deal of variability in defining stigma, it is also defined as an identifying mark that can discredit, shame, or differentiate a person from societal norms.4 The concept of stigma has been generally recognized as an important psychological factor in skin diseases, however, little attention has been given to it so far, aside from unidimensional studies evaluating the feelings of stigmatization in patients living with skin conditions, 5 One of the most studied skin conditions subjected to stigma is psoriasis, a number of studies demonstrated that psoriasis patients have an increased risk of developing anxiety, depression, substance abuse and suicide. Additionally, studies have shown that over 90% of the patients with psoriasis experience stigmatization, and reported that others avoid them because of fear of transmission, and some have even been asked to leave work or public spaces.2 The same has been found in our study, a great percentage of people to this day avoid people with skin diseases of fear of transmission regardless of the contagion of the said skin disease, it also revealed a major misinformation about skin diseases as well as a clear gender discrimination towards women.

CONCLUSION

Stigma is a major key player in skin diseases, forged through history, transcending cultures and time periods, however, to this day, most of the conducted studies evaluated the feeling of stigmatization from the patient' perspectives, our work is the first to change the scope to the public' point of view.

Troubles du sommeil chez les patients en dermatologie : une étude auprès de 235 patients

S.Bouabdella1, S.Sefraoui1, Y.Almheirat1, S.Dikhaye 1,2, N.Zizi1,2 (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 dermatoses chroniques, généralement prurigineuses et/ou douloureuses peuvent altérer la qualité du sommeil et entrainer une détérioration du bien-être général des patients. Le but de notre étude est d'analyser l'association entre les dermatoses chroniques chez les adultes et la qualité du sommeil.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale réalisée en avril 2022 incluant des patients âgés de plus de 18ans, suivis pour différents motifs dermatologiques chroniques au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI d'Oujda. Nous avons utilisé un questionnaire composé de deux parties. La 1 ère partie incluait des questions sur le patient, sa pathologie, les causes des troubles du sommeil et les échelles EVA douleur et prurit. La 2 ème partie du questionnaire correspondait à la version française validée du Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI).

Résultats :

Nous avons colligé un total de 235 patients avec un âge moyen de 35,8ans et un sexe ratio H/F de 0,97. Les pathologies pour lesquelles les patients étaient suivis étaient comme suit : pathologie inflammatoire (62%), pathologie infectieuse (27%), pathologie tumorale (6%) et autres motifs (5%). Le PSQI moyen de nos patients était de 7,2 ; 32,4% des patients avaient

un PSQI ≤ 5 et étaient donc considérés comme « bons dormeurs » et 67,6% des patients obtenaient un PSQI ≥ 5 et étaient considérés comme « mauvais dormeurs. L'étiologie des troubles du sommeil était la pathologie cutanée dans 65,10% des cas et une cause non cutanée dans 34,89% des cas. Le prurit était la principale cause de troubles du sommeil liés à la peau (64,49 %), suivi des douleurs cutanées (55,84 %) et des pensées effrayantes liées à la peau (54,55 %).

Discussion :

La peau joue un rôle important dans le processus physiologique du sommeil [1]. Les dermatoses chroniques, notamment la dermatite atopique, le psoriasis, le prurigo nodulaire, l'urticaire chronique, l'acné, le lichen plan et l'hidradénite suppurée peuvent avoir un impact important sur le sommeil par différents mécanismes [1]. Des facteurs comportementaux tels que le stress, l'anxiété et la dépression ont été identifiés comme étant associés à des dermatoses inflammatoires [2]. Les résultats d'une étude ont confirmé l'influence des symptômes subjectifs des dermatoses chroniques tels que les démangeaisons et les douleurs sur la qualité du sommeil chez les patients [3]. L'intensité du prurit peut être décisive, comme en témoigne une étude qui a montré que les patients qui ne sont pas subjectivement dérangés dans leur sommeil avaient un prurit significativement plus faible que ceux souffrant de troubles du sommeil liés au prurit [4]. Ce résultat pourrait indiquer que le sommeil est perturbé lorsqu'un seuil individuel de prurit est atteint quelle que soit l'intensité au-dessus de ce seuil [4]. Cette hypothèse est soutenue par deux autres études avec des patients souffrant de dermatite atopique et de psoriasis, dans lesquelles aucune corrélation entre l'intensité du prurit et le score PSQI n'a été trouvée [4]. Les pensées effrayantes, y compris les inquiétudes concernant la privation de sommeil, l'évolution de la maladie, l'anxiété des interventions thérapeutiques et les sentiments d'épuisement ou de honte à cause de l'apparence de la peau, tel retrouvé dans notre étude, semblent être la troisième cause majeure de troubles du sommeil liés à la peau [4]. La prise en charge des troubles du sommeil chez les patients souffrant de dermatoses chroniques doit se porter sur le contrôle efficace de la maladie avec des stratégies de soulagement du prurit et de la douleur, ainsi que sur les interventions médicales possibles pour améliorer le sommeil [1].

Conclusion :

La peau pourrait avoir un impact négatif sur le sommeil des patients atteints de dermatoses chroniques. Cependant, d'autres études cliniques immunologiques ou neurologiques sont nécessaires pour étudier cette relation.

La pratique d'un auto-examen chez les patients ayant un antécédent de cancer cutané

S.Bouabdella1, S.Aouali1, I.Ouadi1, N.Zizi1,2, 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'incidence des cancers cutanés ne cesse d'augmenter partout dans le monde. Leur suivi et surveillance sont cruciaux. L'auto-examen cutané (AEC) est un facteur clé dans la détection précoce des cancers cutanés. L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances et la pratique d'un AEC chez les patients ayant un antécédent de cancer cutané.

Matériel et méthodes :

Il s'agissait d'une étude transversale incluant tous les patients ayant un antécédent de cancer cutané suivis au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI d'Oujda, de juin 2014 à janvier 2022. Nous avons inclus tout patient âgé de plus de 18ans, ayant un antécédent de carcinome baso-celullaire, de carcinome épidermoïde ou de mélanome. Nous avons interrogé par téléphone les patients en utilisant un questionnaire comportant 16 questions, rédigé en français et traduit en arabe dialectale.

Résultats :

Nous avons colligé 94 patients suivis dans notre service pour un cancer cutané (19 mélanome, 47 carcinome baso-cellulaire et 28 carcinome épidermoïde). L'âge moyen était de 58,2ans et le sexe ratio H/F était de 1.9. Parmi ces patients, environ un tiers a déclaré avoir déjà effectué un AEC et 24 patients se sont auto-examinés au cours des deux derniers mois. Parmi les participants ayant déclaré avoir effectué un AEC, le nombre moyen de parties du corps examinées était huit parties du corps. Seul 7,5% de l'échantillon ont examiné les 15 parties du corps. Les parties du corps les plus souvent examinées étaient : le visage (98,3 %), le cou (98,4 %) les membres supérieurs (97,9 %), la partie antérieure des jambes (94,0 %), le thorax (93,7 %), les épaules (88,2%), l'abdomen (87,7%) et le dos (60,2%). Les zones les moins souvent examinées sont : le cuir chevelu (37,9 %), la région fessière (40,4 %), la plante des pieds (41,6 %) et les organes génitaux (20,2%). Seulement 21% de l'échantillon a déclaré utiliser un miroir à pied, 11,4 % un miroir à main et seulement 12% ont déclaré demander l'aide d'une tierce personne. Les deux tiers des patients qui ne s'auto-examinent pas préfèreraient qu'un médecin le fasse et 11 patients ne savaient pas quoi chercher lors d'un AEC. Enfin, 90 patients souhaitaient avoir plus d'informations concernant l'AEC.

Discussion :

L'auto-examen cutané (AEC) est un outil potentiellement utile pour prévenir les cancers cutanés en permettant aux patients de détecter des lésions suspectes ainsi que pour réduire le taux de mortalité de ces cancers [1]. Plusieurs définitions ont été proposées pour l'AEC, la plus retenue était que l'AEC consistait à vérifier au niveau de 15 régions du corps les signes précoces du cancer de la peau avec l'aide d'un partenaire ou en utilisant deux miroirs [2]. Des photos, des guides écrits et illustrés, ainsi que des applications mobiles peuvent aider les patients à visualiser, mesurer et suivre les lésions cutanées. Les recommandations du NCCN (National Collaborative Center for Cancer and Prevention) concernant la fréquence à laquelle l'AEC devrait être effectué sont également très incohérentes, allant de mensuelle à tous les 3-6 mois ou ne sont tout simplement pas précisées [2]. Les études ont objectivé des résultats variables concernant les zones corporelles examinées allant d'une moyenne de 4 zones (Manne et Lessin, 2006) à 7 pour (Loescher et al., 2006) et 8/9 pour (Mujumdar et al., 2019) [3]. Cette moyenne était de 8 zones dans notre étude. En ce qui concerne les facteurs démographiques et médicaux, des études suggèrent que les patients de sexe féminin et ayant un niveau intellectuel élevé sont plus susceptibles de pratiquer l'AEC que les autres [3]. Dans note étude, peu de patients utilisent des miroirs ou l'aide d'une autre personne lors de l'AEC. Cela explique probablement en partie le fait que les parties du corps difficiles à voir sont les parties les moins examinées. Une étude a montré que la plante des pieds, et les zones génitales, comme c'est le cas dans notre étude, sont les zones les moins examinées par les patients lors d'un AEC [4]. Ce résultat souligne la nécessité de continuer à insister sur l'importance d'inclure toutes les zones corporelles dans l'AEC [4]. Selon certains patients, les consultations procurent des avantages émotionnels différents par rapport à l'AEC car un examen régulier par des experts leurs procure un sentiment de réconfort et

d'auto-implication dans leurs soins personnels [5]. Comme c'est le cas pour les deux tiers de notre échantillon qui ont exprimé une forte dépendance à l'égard des consultations régulières.

Conclusion :

La détection précoce de cancers cutanés par AEC serait un outil de prévention primaire et secondaire considérable. Il serait donc nécessaire pour les médecins de sensibiliser les patients concernés à l'importance de l'AEC.

Adhésion à la vaccination anti-SARScov2 chez les patients sous traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur suivis en dermatologie

S.Bouabdella1, S.Aouali1, K..Kaddar1, N.Zizi1,2, 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 ministère de la santé marocain a déployé des efforts importants dans l'accélération du processus national de la vaccination anti Sarscov2. Cependant certains patients restent réticents par rapport à cette dernière. Les patients atteints de dermatoses à médiation immunitaire peuvent nécessiter un traitement immunosuppresseur à long terme et/ou une thérapie immunomodulatrice. Nous avons recensé dans cette étude la prévalence de la vaccination chez ces patients et recueilli les raisons de la réticence au vaccin.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale incluant tous les patients ayant reçu ou qui reçoivent un traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur suivis au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI d'Oujda, de février 2014 à février 2022. Nous avons contacté les patients en utilisant un questionnaire comportant 14 questions, rédigé en français et traduit en arabe dialectale.

Résultats :

Nous avons colligé un total de 91 patients. L'âge moyen était de 57,6 ans et le sexe ratio H/F était de 1.3. Le traitement reçu par près des deux tiers de notre échantillon (60 patients) était la corticothérapie au long cours, suivie par le Méthotrexate (33patients), le Rituximab (19 patients), le Secukinumab (3patients), l'Everolimus (4patients) et l'Adalimumab (1 patient). Pour ce qui est du vaccin anti-SARScov2, 43,9% des patients n'ont pas été vaccinés. Ceci par manque de recul sur le vaccin selon 12 patients et par peur des effets secondaire selon 31 patients. Onze patients trouvaient qu'ils recevaient un traitement lourd et ont peur d'une interaction avec le vaccin. Trois patients refusent de se faire vacciner car ils trouvaient que leur état de santé était fragile et 5 pensaient que c'était une arme biologique pour contrôler la croissance démographique et qu'ils étaient des cobayes pour les pays développés. Les vaccins contre la COVID-19 sont considérés comme moins sûrs et moins efficaces que d'autres vaccins par 62% des personnes interrogées. Enfin, les réseaux sociaux étaient la principale source d'information sur le vaccin chez 54% de nos patients, suivis par l'entourage (35%), et en dernier le médecin (11%).

Discussion :

Au Maroc, plus de 52 millions de doses de vaccin ont été administrées à ce jour, pourtant, nous notons un taux de 16,4% de non-vaccination dans la région de l'oriental. Les inquiétudes concernant la sécurité, les effets secondaires et l'efficacité du vaccin sont monnaie courante et sont exprimées par 77,5% de notre échantillon. Dans le cadre d'une

étude menée dans 15 pays par le centre africain pour le contrôle et la prévention des maladies, 43 % des personnes interrogées pensent qu'ils ont servi de cobayes pour des essais de vaccins [1]. Dans notre étude, 12,5% de nos patients pensent la même chose. L'estimation de l'hésitation face à la vaccination contre la COVID-19 au Maroc est de 30%, 8% en Tunisie, 52% en Algérie, 4% au Kenya [1] . Cependant, ces résultats peuvent évoluer [1]. En France, les résultats de l'enquête CoviPrev montre que 36% des personnes interrogées ne souhaitaient pas être vaccinées et les raisons étaient : la sécurité des vaccins (67 %) ; la préférence d'autres moyens de prévention comme les gestes barrières (33 %) ; un comportement contre la vaccination en général (18 %) [2].
L'utilisation de traitements immunomodulateurs a fait le sujet d'une grande discussion dans la communauté scientifique. Plusieurs sociétés professionnelles ont proposé des conseils pour la vaccination anti Sarscov2 chez ces patients [3]. Quant à la vaccination COVID-19, une 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 [4]. Pour ce qui est du psoriasis, selon la cohorte PsoProtect, Il n'est pas établi à ce jour que les traitements immunomodulateurs utilisés dans le psoriasis soient associés à un sur-risque de développer une forme sévère de COVID-19 [5]. Aussi, le groupe psoriasis de la société Française de Dermatologie, recommande aux patients atteints psoriasis, qui n'ont pas d'allergie connue aux vaccins, de se faire vacciner contre le SARS-CoV-2[5]. Pour ce qui est de la modification de l'efficacité du vaccin, de bons niveaux d'anticorps ont été observés après vaccination chez les patients sous Sécukinumab [3]. Par contre, l'Adalimumab,et l'Ustekinumab ont été associés à une diminution significative du taux d'anticorps [6]. Pour les corticostéroïdes systémiques et le méthotrexate, ils semblent avoir un risque plus élevé de réduction de la production d'anticorps [6].
Conclusion :
Alors que le déploiement de la vaccination contre la covid19 s'accélère au Maroc, une nouvelle difficulté se profile : l'hésitation à se faire vacciner. Plusieurs facteurs contribuent à cette hésitation, notamment les réseaux sociaux qui facilitent la diffusion de messages de désinformation et de théories complotistes.

Un cas de syndrome Harlequin

Yasmine Rkiek

Introduction

Le syndrome Harlequin est un syndrome dysautonomique du visage qui a été décrit pour la première fois en 1988. Il s'agit d'une pathologie bénigne secondaire à une dysfonction unilatérale du système nerveux sympathique. Nous en rapportons un cas.

Matériel et Méthode

Un patient de 4 ans sans ATCDs pathologiques notables, était admis pour l'exploration d'une érythrose faciale associée à une hyperhidrose strictement unilatérale évoluant depuis deux ans. Les crises survenaient lors des efforts et parfois même au sommeil. Ces crises sont faites de rougeur et de sueurs du côté gauche contrastant avec une paleur et une anhidrose de l'hémiface droit. L'examen ophtalmologique a révélé une légère hétérochromie ainsi qu'une exophtalmie. Le reste de l'examen clinique était sans

particularité notamment sur le plan cardiaque et neurologique. Le diagnostic de syndrome Harlequin était alors posé. L'écho-doppler des troncs supra-aortiques ainsi que le scanner cervicothoracique et cérébral étaient normaux, éliminant une cause tumorale ou vasculaire.

Discussion

Le syndrome Harlequin est un syndrome dysimmunitaire du visage associant une érythrose faciale avec flush et hyperhidrose d'un hémiface avec une pâleur et anhidrose du coté controlatéral .

Il peut apparaitre comme signe d harlequin s'intégrant dans d'autres syndromes comme dans le cadre du syndrome de Ross ou d Holmes Adie , ou peut être secondaire à un processus neurologique , vasculaire ou traumatique ,comme il peut être idiopathique et on parle alors du syndrome d Harlequin comme pour ce patient

C'est un syndrome rare qui traduit une lésion unilatérale du système nerveux autonome. Il peut être déclenché par différents stimulis comme la chaleur, les émotions ou encore l'effort physique, comme pour notre cas

Dans cette affection, l'hémiface rouge et transpirant est le côté qui traduit la réponse normale du système nerveux sympathique et on parle d'hypersudation compensatrice.

Il faut donc rechercher une anomalie organique du côté opposé : infarctus du tronc cérébral, dissection carotidienne, neurinome du médiastin supérieur, traumatisme, chirurgie cervicale ou encore cathétérisme de la veine jugulaire interne. Mais le plus souvent, le phénomène d'Harlequin est idiopathique, et le diagnostic est donc clinique comme c'était le cas pour notre patient.

En ce qui concerne la thérapeutique , les moyens sont peu nombreus en dehors des cas où l étiologie est trouvée et peut être traitée une compression de la 2e ou 3e racine thoracique peut être levée chirurgicalement. La sympathectomie controlatérale est efficace mais elle pose le problème de douleurs radiculaires séquellaires plus invalidantes que le préjudice esthétique initial .Elle peut être indiquée si l'impact social est majeur pour le patient.

Prurit Sine materia : Etude épidémiologique clinique et étiologique de 105 cas

H.Tahiri, F.Hali ,H.Rachadi, F.Mernissi, S.Chiheb

Service de dermatologie, Chu Ibn rochd, Casablanca

Introduction :

Le prurit sine materia correspond à un prurit sans dermatose causale associée, il s'agit d'un motif fréquent de consultation . Il est souvent à l'origine d'une altération de la qualité de vie et peut révéler ou s'associer à plusieurs affections générales.

Object :

À travers cette série hospitalière, on se propose de rappeler les caractéristiques épidémiologiques et surtout étiologiques du prurit chronique

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients suivi en photothérapie au service de dermatologie du Chu Ibn rochd entre les années 2016 et 2021 pour un prurit chronique.

Résultats :

Sur une période de 5 ans nous avant recensé cent cinq cas. L'âge moyen était de 55 ans, avec des extrêmes allant de 12 à 98 ans. Le sex-ratio était de 1,2 avec une légère prédominance féminine.

La durée moyenne d'évolution du prurit était de 24 mois avec des extrêmes allant d'un mois à 96 mois ,59 (56,1%) patients avaient plus de 2 antécédents, dont l'hypertension artérielle chez 37 patients (35%) , le diabète chez 28 patients (26,6 %), une hépatopathie chez 20 patients (19%) et une affection rénale chez 30 patients (28,5 %)

Le prurit était généralisé chez tous les patients, les lésions de grattage étaient présentes chez 47 patients (44,7%), la xérose cutané chez 13 patients (12,3%) et la coexistence des 2 chez 29 patients (27,6 %).

Les étiologiques du prurit trouvées chez nos patients étaient dominées par l'origine rénale et hépatique, ainsi 43 patients (40,9%) avaient une insuffisance rénale chronique terminale sous hémodialyse, dont le prurit a été révélateur chez 13 patients, 23 patients (21,9%) avaient une hépatopathie dont 8 cirrhoses sur hépatite virale C, 2 cirrhoses biliaire primitives, 3 hépatites auto immunes, 4 kystes hydatiques et 6 hépatopathies non étiquetés , le prurit a été révélateur de l'hépatopathie chez 3 patients.

Le prurit était associé aux hémopathies chez 4 patients, d'origine médicamenteuse chez 2 patients, d'origine infectieuse chez 12 patients dont 4 avaient une infection retro virale et 3 avait une parasitose intestinale. L'origine psychogène était noté chez 3 patients et sénile chez 11 patients.Chez les 9 patients restants, l'enquête étiologique n'avait pas permis de retenir un diagnostic.

Discussion :

En se référant aux données de la littérature, nous avons retrouvé une fréquence plus importante du prurit d'origine rénale suivi par l'origine hépato biliaire. Ceci peut être expliquer par le nombre plus important de malades dans notre série par rapports au séries publiées. Nos résultats mettent l'accent également sur la fréquence des étiologies infectieuses et néoplasiques dont il ne faut pas passer à côté.

Ceci dit qu'il est indispensable de réaliser un bilan étiologique en présence d'un prurit chronique et qu'il faut le considérer comme un signe d'alarme incitant à rechercher une origine organique avant de conclure à un prurit sénile ou idiopathique

Une pustulose diffuse révélant un sd de Fahr associé à une thyroidite d'Hashimoto : à propos d'un cas

S.BELLASRI(1), H.MEKRINI(1), I.HADRI(1), L.LOUDAY(2), Y.BENACHOUR(3), H.NASSIK(3) F.AJDI(2), R.CHAKIRI(1)

(1)Service de dermatologie vénérologie, CHU SOUSS MASSA, AGADIR, MAROC

(2) Service d'endocrinologie, CHU SOUSS MASSA, AGADIR, MAROC

(3) Service d'anesthésie réanimation, CHU SOUSS MASSA, AGADIR, MAROC

Introduction :

Le syndrome de Fahr (SF) est défini par la présence à la base du cerveau de calcifications bilatérales et symétriques des noyaux gris centraux. Nous rapportons un cas de sd de Fahr révélé par une éruption pustuleuse.

Observation :

Une femme de 72 ans, suivie pour dépression depuis 2 ans, sans notion de thyroïdectomie, est admise aux urgences dans un tableau de confusion et d'éruption pustuleuse diffuse fébrile. L'examen trouvait des plaques érythémateuses bordées de pustules non folliculaires prédominant en regard des plis, du cou, de l'abdomen et des cuisses. Au bilan : une hypocalcémie profonde à 29mg/l, une hyperphosphorémie à 108mg/l, une parathormone à 1pg/ml, une vit D à 14,7une TSH à 4,66 mUI/l et des AC anti TPO positifs à 16,4. La tomodensitométrie cérébrale montrait des calcifications bilatérales et symétriques des noyaux gris centraux. L'échographie cervicale trouvait des nodules thyroidiens EU-TIRADS 2 et 3. Le diagnostic de sd de Fahr sur hypoparathyroidie associé à une thyroidited'hashimoto a été retenu. La patiente a été traitée par calcium intraveineux et par alfacacidol. L'évolution était favorable avec disparition des lésions pustuleuses et correction de la calcémie à 90mg/j. La patiente a été également mise sous levothyrox 25ug/j avec surveillance échographique périodique des nodules.

Discussion :

La symptomatologie du sd de Fahr est riche et polymorphe, le corollaire anatomo-clinique n'est pas toujours évident. Les manifestations peuvent parfois se résumer en des signes de l'hypocalcémie. L'hypoparathyroïdie est la cause la plus classique du SF, qu'elle soit primitive ou postopératoire. Le diagnostic biologique est porté sur l'association caractéristique suivante : hypocalcémie, hyperphosphorémie, et diminution du taux sérique de PTH. Les signes cliniques comportent des crises d'épilepsie et fréquemment des désordres psychologiques. L'hypocalcémie peut êtreassociée à une pustulose diffuse, il semble qu'elle en soit en partie responsable puisque sa correction s'accompagne d'une guérison. Les mécanismes physiopathologiques ne sont pas établis, mais des mutations dans le gène IL36RN ont été trouvées dans quelque cas.

Conclusion :

L'expression dermatologique du syndrome de Fahr est polymorphe. Devant toute pustulose associée à des pathologies neuropsychiques ou endocriniennes, un bilan phosphocalcique doit être réalisé avec recherche des calcifications intracérébrales.

Évaluation des connaissances et du besoin des médecins internes et généralistes en formation dermatologique

K. Kaddar1; S. Bouabdella 1 ; S. Dikhaye 1,2 ; N. Zizi 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 :

La dermatologie est une spécialité redoutable des médecins généralistes (MG). Souvent mise au second plan au cours de la formation initiale. Pourtant, il s'avère qu'elle fait partie intégrante de la pratique quotidienne des MG, qui constituent le premier contact avec le système sanitaire.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une enquête transversale réalisée en Mai 2022 et qui a concerné les MG et internes. Les participants ont répondus à un questionnaire conçu grâce à Googleforms et diffusé sur les groupes Facebook de MG ou envoyés directement aux participants.

Le but de cette étude était d'évaluer les difficultés retrouvées face aux pathologies dermatologiques et les besoins des MG intéressés par une formation complémentaire en dermatologie.

Résultats :

Nous avons colligé 132 MG et internes, avec une prédominance féminine (sexe-ratio F/H= 1,87). L'âge moyen des médecins était de 31 ans.

Cinquante-et-un pourcent des participants étaient des MG installés, 22% des faisant fonction d'internes (FFI) et 19% des internes.

Quarante-six pourcent des participants n'ont jamais eu de stage en dermatologie au cours de leurs cursus universitaire.

La quasi-totalité (98%) pensait que la formation universitaire était insuffisante pour leur pratique quotidienne.

La majorité des médecins n'ont jamais bénéficié d'une formation complémentaire en dermatologie.

Quarante-six pourcent des médecins ont répondu «Souvent» à la question « Sentez-vous des difficultés face au diagnostic et traitement des pathologies dermatologiques ? » et 27,3% ont répondus « très souvent ».

Concernant le jugement de leur compétence, une échelle de 0 à 10 a été proposée aux participants (0: Pas du tout compétent, 10: Très compétent), l'échelle moyenne était de 4,43.

Trente-trois pourcent des participants adressaient les patients chez un dermatologue selon leurs connaissances en matière de prise en charge de la pathologie, 24,2% selon la sévérité du problème et 20,5% après échec d'un traitement d'épreuve.

Tous les participants étaient intéressés et pensaient qu'il serait bénéfique de participer à une formation complémentaire en dermatologie, mais ils accusaient plusieurs contraintes

notamment le manque de formation en dermatologie, le coût, l'horaire et le lieu des formations.

Concernant les moyens de formation désirés, nos participants préféraient les moyens à distance (Proposition de photos et de cas cliniques sur Smartphone, enseignement par e-learning…), d'autres préféraient les ateliers pratiques dans 50,8% des cas ou les formations en groupes restreints dans 38,6% des cas.

Plusieurs thèmes ont été proposés et ont été tous choisis par les participants avec prédominance de la pathologie infectieuse bactérienne et virale, l'acné et le psoriasis.

Discussion :

Notre étude confirme le caractère jugé insuffisant de la formation en dermatologie et la difficulté de prise en charge des pathologies dermatologiques en pratique quotidienne des MG. Elle met en évidence le sentiment de manque de compétences en dermatologie, Le manque de formations complémentaires et le désir de formation unanime des MG.

La formation universitaire en dermatologie a été jugée insuffisante chez la quasi-totalité des participants. De même, 92% des internes de dernière année d'Île-de-France pensaient que leurs connaissances en dermatologie ne sont pas suffisantes pour leur pratique future VS 86% des médecins dans une étude menée à l'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor. La majorité des répondants (62%) dans cette deuxième étude se sentait parfois en difficulté face aux pathologies dermatologiques et 34% se sentait souvent en difficulté.

Conclusion :

La dermatologie est une discipline jugée « spécialisée », fréquemment retrouvée en pratique courante des MG. La place de plus en plus importante des MG dans le dépistage, le diagnostic et le traitement des dermatoses impose la mise en place d'un enseignement de dermatologie de qualité et des formations complémentaires en vue d'améliorer la prise en charge des pathologies dermatologiques.

Prurigo pigmentosa : une maladie sous diagnostiquée.

I. El Modafar[1, 2], S. Belguenani[1, 2], M.Aboudourib[1, 2], O.Hocar[1, 2], S.Amal[1, 2.]

[1]Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

[2] Laboratoire bioscience et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction

Décrite pour la première fois en 1971 par Nagashima et al, comme une dermatose prurigineuse avec une pigmentation réticulée caractéristique, le prurigo pigmentosa est une dermatose inflammatoire rare dont la plupart des cas ont été rapporté au japon. Cependant quelques cas ont été rapportés à travers le monde.

Nous rapportons, à travers cette observation, le 3ème cas de prurigo pigmentosa noté au Maroc.

Observation

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 23 ans, admise en réanimation pour des vomissements incoercibles sur une grossesse estimée à 13 semaines d'aménorrhée et 5 jours (G1P0), qui a présenté une éruption papulovésiculeuse prurigineuse au niveau du tronc, deux semaines précédant son hospitalisation, survenant dans un contexte d'anorexie et d'altération de l'état général (amaigrissement chiffré à 5kg en 1 mois) dues aux nausées gravidiques. L'examen dermatologique a noté la présence de lésions d'âge différent faites de lésions papuleuses et vésiculeuses prurigineuses reposant sur un fond érythémateux au niveau du thorax et du dos et des lésions hyperpigmentées cicatricielles d'aspect réticulé (Figures 1). L'image dermoscopique a montré des zones sans structure brun-rouge et un voile bleu-blanc sur un fond d'érythème.

Au bilan, on a noté une acidocétose avec des bicarbonates à 16, une hypokaliémie à 2,8 et une cétonurie positive à la bandelette urinaire. L'examen histologique a montré une kératose ortho et parakératosique, une spongiose modérée ainsi qu'un infiltrat inflammatoire modéré à PNN, lymphocytes et plasmocytes de disposition essentiellement périvasculaire réalisant des lésions d'exocytose intra-épidermique. Le diagnostic de prurigo

pigmentosa était retenu. La prise en charge était basée sur le traitement de l'acidocétose et l'introduction d'un régime hyperprotidique hypercalorique après l'arrêt des vomissements. L'évolution était marquée par la régression spontanée des lésions une semaine plus tard.

Discussion

Le prurigo pigmentosa(PP) est une dermatose inflammatoire rare, peu connue et qui prédomine chez les jeunes femmes. L'aspect clinique est celui d'une éruption papulovésiculeuse extrêmement prurigineuse laissant place à une pigmentation d'aspect réticulé, localisée essentiellement au niveau du tronc. Cette entité a été rapporté sur un terrain de diabète, de jeûne intense, d'anorexie et durant le premier trimestre de grossesse.

La cétose était considérée comme un facteur commun important dans ces conditions, l'éruption étant corrélée aux taux de cétonémie et cétonurie. Cependant, la relation entre la cétose et la pathogenèse du PP est encore incertaine.

Histologiquement, l'aspect est variable selon le stade de la lésion. Initialement, l'aspect est celui d'une atteinte vésiculeuse avec une spongiose et un infiltrat inflammatoire pouvant comprendre des éosinophiles, l'épiderme, plus tard, devient acanthosiqueet recouvert de parakératose. Après l'éruption, on a une incontinence pigmentaire, et un infiltrat résiduel.

La régression spontanée des lésions a été rapportée chez plusieurs patients après une correction de la cétonémie par un régime alimentaire adapté, comme c'est le cas pour notre patiente. Cependant, la maladie répond bien à la dapsone, le sulfaméthoxazole, la minocycline, la doxycycline ou les macrolides avec un succès variable. Les corticoïdes topiques et systémiques et les antihistaminiques sont inefficaces.

Conclusion

En conclusion, bien que le prurigo pigmentosa soit une dermatose inflammatoire rare, elle peut être facilement reconnue par ses caractéristiques clinicopathologiques distinctives.

Notre cas souligne l'importance de connaitre cette entité et d'identifier et prendre en charge une cétonémie sous jacente pour l'obtention d'une rémission.

Pseudolymphome mixte secondaire au vaccin contre la COVID-19.

I.El Modafar[1,2], M.Aboudourib[1,2], O.Hocar[1,2], S.Amal[1,2] .

[1]Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

[2] Laboratoire biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction

Depuis la déclaration de la COVID 19 comme étant une urgence sanitaire, plusieurs vaccins ont été élaborés pour contrôler cette pandémie. Bien que les données concernant l'efficacité et la sécurité des vaccins soient rassurantes, de nombreux effets secondaires cutanés de gravité variable ont été rapportés. Le pseudolymphome constitue une complication très rare de la vaccination. Cette entité rassemble un groupe hétérogène d'affections simulant cliniquement et histologiquement un lymphome cutané, mais dont l'évolution est bénigne.

A travers cette observation, nous rapportons le premier cas de pseudolymphome mixte diffus secondaire au vaccin COVID19 (*BBIBP-CorV*).

Observation :

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 59 ans, sans antécédent de piqûre d'insecte, de traumatisme ou d'infection ayant présenté des plaques hyperpigmentées prurigineuses localisées au niveau de l'abdomen, évoluant depuis une année, ainsi qu'un nodule au

niveau du site d'injection du vaccin. La patiente a rapporté l'installation brutale des lésions 15 jours après la première dose du vaccin COVID19 sinopharm(*BBIBP-CorV*), et l'extension des lésions aux membres inférieurs un mois après la 2 ème dose du vaccin. L'examen dermatologique a objectivé des placards hyperpigmentés infiltrés confluent par endroit au niveau des 2 membres inférieurs (Figure) et du bas du dos, et des plaques discrètement hyperpigmentés au niveau abdominal. L'examen ganglionnaire n'a pas noté d'adénopathie palpable. La dermoscopie montrait uniquement un réseau réticulaire associé à une pigmentation périfolliculaire. Le bilan biologique était sans anomalie.

L'examen histologique a montré une hyperplasie lymphoïde nodulaire du derme superficiel et profond composé de cellules lymphocytaires de petite taille ou de taille moyenne sans atypies ni mitoses s'organisant autour des vaisseaux et des follicules pileux et pénétrant les glandes sudoripares. Ces nodules lymphoïdes sont séparés par un derme fibreux renfermant un infiltrat histiocytaire et plasmocytaire. L'immunohistochimie a mis en évidence un anticorps antiCD20 et un anti CD5 très positifs, un antiCD3 et un antiKi 67 positifs et un anti CD10 et anti Bcl2 légèrement positifs.

Devant la présentation clinique et histologique, le diagnostic de pseudolymphome mixte diffus a été ainsi retenu et la patiente a été traitée par une préparation magistrale à base de dermocorticoide très fort et un antihistaminique avec une bonne évolution.

Discussion :

Le pseudolymphome est une lésion cutanée d'apparence lymphomateuse mais d'évolution bénigne résultant d'un stimulus connu ou inconnu, qui non seulement imite le lymphome histologiquement mais aussi cliniquement. Les pseudolymphomes sont classés selon l'aspect histologique en variantes de lymphocytes B, de lymphocytes T et mixte. Le diagnostic pose davantage un défi aux pathologistes, car un infiltrat polymorphe comprenant des histiocytes, des éosinophiles et des plasmocytes pourrait être présent. Les infiltrats polymorphes, l'absence de lymphocytes atypiques et les clones lymphocytaires dominants sont très évocateurs de pseudolymphome, comme rapporté chez notre patiente. La corrélation clinique et immunohistologique permet d'écarter les diagnostics différentiels se portant surtout avec les lymphomes cutanés. Néanmoins, une transformation maligne en lymphome cutané B primitif de bas grade est possible.

Le pseudolymphome associé au site de vaccination est un phénomène extrêmement rare, bien que documenté .Plusieurs vaccins, à travers les années, ont été incriminés dans la survenue de pseudolymphomes cutanés au niveau du site d'injection dont le vaccin de l'hépatite B, de la méningo-encéphalite et le vaccin contre le tétanos. De nouvelles lésions

sont susceptibles d'apparaître après de nouvelles injections du vaccin à distance du site d'injection. Il a été proposé que le pseudolymphome cutané puisse représenter une réaction aux adjuvants vaccinaux tels que l'aluminium utilisé dans de nombreux vaccins dans le but d'augmenter la réponse immunitaire. Ce dernier s'est avéré être présent dans le vaccin sinopharm *BBIBP-CorV*.

Deux cas uniquement de pseudolymphome survenant au site d'injection du vaccin Pfizer/BioNTech COVID-19 ont été décrits. Cependant, aucun cas de pseudolymphome à distance du site d'injection d'un vaccin COVID n'a été rapporté précédemment dans la littérature, d'où l'originalité de notre observation**.**

CONCLUSION

En signalant cet effet indésirable rare médicamenteux, nous espérons élargir le répertoire des diagnostics différentiels des dermatologues lorsqu'ils sont confrontés à des réactions cutanées secondaires à la vaccination. Une corrélation clinico-histologique doit être effectuée pour distinguer un pseudolymphome d'un vrai lymphome.

Dermoscopie des lymphangiomes circumscriptum, intérêt diagnostic (série de 7 cas)

S. Oujdi, H.Baybay, S.Boularbah ,S.Elloudi , M.Soughi, Z.Douhi, FZ.Mernissi

Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction

Les lymphangiomes cutanés sont rares et représentent 4 % de toutes les tumeurs vasculaires. Les lymphangiomes cutanés sont divisés en deux grands groupes : superficiels et profonds. Le plus courant d'entre eux est le lymphangiome circonscrit, également connu sous le nom de malformation lymphatique superficielle.

Résultats

Dans notre série 9 patients, 4 enfants et 2 adultes ont été inclus. Le lymphangiome était localisé au niveau de la langue chez 3 patients, au niveau inguinal chez 2 patients, au niveau de la commissure labiale chez une patiente et au niveau du bras chez un patient. Cliniquement le lymphangiome s'est présenté sous formes d'amas de vésicules de couleur variable tantôt translucide tantôt rouge violacé, les diagnostics différentiels au stade clinique se posait avec les condylomes génitaux pour les lymphangiomes à localisation inguinale et avec l'herpès pour le lymphangiome localisé au niveau de la commissure labiale ,la dermoscopie est une technique non invasive qui a permis de poser le diagnostic grâce au aspect typiques des lymphangiomes et d'éliminer les diagnostiques différentiels, les aspect retrouvés étaient majoritairement le patron lacunaire :on notait des lacunes de couleur blanchâtre à jaune ,d'autres de couleur rose a rougeâtre , des lacunes de couleur violacée foncée chez un patient et un aspect de lacune bicolore chez un patient, pour le patron vasculaire on notait la présence de vaisseaux en boucles rouges entourés d'un halo blanc et des vaisseaux linéaires courts.

Discussion

Le lymphangiome circonscrit est généralement caractérisé par des amas de vésicules translucides remplies de liquide lymphatique et est plus fréquemment observé chez les enfants, mais il peut survenir à tout âge. Parfois, des lésions solitaires sont présentes ou
peuvent montrer un aspect atypique. Les diagnostics différentiels du lymphangiome circonscrit incluent les hémangiomes, les angiokératomes, les granulomes pyogéniques, les angiosarcomes, les métastases cutanées, les verrues et le molluscum contagiosum(1).

La dermoscopie peut aider à poser le bon diagnostic en objectivant majoritairement deux patrons, le patron lacunairedontLa couleur dépend du contenu des lacunes, en effet la coloration blanchâtre, brun clair à jaune est due au liquide lymphatique ,la couleur rosâtre ou rougeâtre est due à la présence de globules rouges dans les canaux lymphatiques dilatés et

Lorsqu'elles sont partiellement ou totalement thrombosées, les lacunes peuvent être de couleur violacée foncée, bleu-noir ou noire c'est ce qu'on appelle les lacunes sombres ,dans certains cas, une lacune bicolore ou une transition de couleur du foncé (en bas) au clair (en haut) dans la même lacune a été rapporté et le patron vasculaire avec des points ou des boucles rouges entourés d'un halo blanc ainsi que des vaisseaux linéaires courts caractéristiques du lymphangiome circonscrit(2).

Conclusion :

Les lymphangiomes cutanés sont des malformations lymphatiques congénitales qui peuvent impliquer la peau et le tissu sous-cutané et peuvent survenir sur n'importe quelle surface cutanée ou muqueuse.

Kyste trichelemmal proliférant de localisation extra céphalique

S. Oujdi, H.Baybay, S.Boularbah ,S.Elloudi , M.Soughi, Z.Douhi, FZ.Mernissi

Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction

Les tumeurs annexielles cutanées sont des tumeurs primitives cutanées à la fois rares et hétérogènes. Elles sont le plus souvent bénignes et rarement malignes. Elles sont dominées du point de vue morphologique par leur polymorphisme lésionnel.

Observation :

Patiente de 40 ans sans antécédents qui présente depuis 14 ans un nodule au niveau du dos augmentant progressivement de taille asymptomatique, l’examen clinique montrait la présence d’un nodule de 3 cm de grand axe érythémateux à base sessile au niveau du dos, la dermoscopie objectivait un fond érythémateux, des télangiectasies, des vaisseaux arborescents et une

aire bleu grise homogène. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Les diagnostics évoqués étaient le pilomatricome, hidradénome nodulaire et le lymphome B centrofolliculaire

Une biopsie exérèse a était en faveur d'un kyste trichelemmal proliférant

Discussion

Le kyste trichelemmal proliférant (KTP) est une tumeur peu fréquente décrite pour la première fois par Wilson Jones en 1966 sous le nom de kyste épidermoïde [1]. C'est une tumeur
à croissance lente dérivant du segment trichilemmal isthmique de la gaine épithéliale externe du follicule pileux. Elle survient surtout chez la femme âgée. Le cuir chevelu constitue son siège habituel [2]. D'autres localisations moins fréquentes ont été rapportées au niveau des extrémités, du dos (comme c'était le cas de notre patiente) et de la région pubienne et vulvaire [3]. On en distingue deux types le KTP bénin et le KTP malin, Cliniquement, il s'agit d'une tuméfaction nodulaire polylobée ferme à surface lisse dont le diamètre varie de 2 à 15 cm. Le caractère proliférant apparaît d'emblée ou secondaire à des traumatismes répétés. Les diagnostics différentiels cliniques peuvent inclure un pilomatricome, un kérato-acanthome et un carcinome spinocellulaire. Histologiquement, le KTP, comme le kyste trichilemmal simple, est tapissé par un épithélium malpighien pluristratifié sans couche granuleuse avec un contenu fait de kératine compacte, mais contrairement à ce dernier, il montre des foyers de prolifération épithéliale sous forme de massifs de cellules malpighiennes non atypiques creusés de lumières remplies de kératine compacte. Dans les kystes anciens la kératine peut se charger de dépôts calcaires.

La prise en charge du kyste trichelemmal proliférant est généralement simple, se basant sur la chirurgie d'exérèse avec des marges de sécurité suffisantes

(1cm). On peut parfois, dans les formes malignes, avoir recours à une chimio-radiothérapie efficace en c omplément de la prise en charge

Conclusion

Le kyste trichelemmal proliférant bénin est une tumeur annexielle qui se localise le plus souvent au niveau du scalp et rarement en extra céphalique.

Evaluation des connaissances et des besoins en formation en dermatologie auprès des médecins généralistes

I. Moubine, F. Hali, H. Rachadi, S. Chiheb
Service de Dermatologie et de vénérologie de Casablanca

Introduction :

Les difficultés diagnostiques et thérapeutiques des pathologies dermatologiques sont de plus en plus rencontrées par les médecins généralistes. L'objectif de notre étude est d'évaluer le niveau de connaissances des médecins généralistes en dermatologie et leurs besoins en formations.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale menée à l'aide d'un questionnaire électronique via la plateforme Google Form, adressé à des médecins généralistes. Le questionnaire comprenait des informations sociodémographiques, une évaluation de leur formation, des besoins en formations complémentaires et enfin de leurs connaissances en dermatologie.

Résultats :

Cent cinq médecins généralistes ont répondu au questionnaire. 57,1% avaient fait un stage en dermatologie durant leur cursus d'études médicales. Seulement 15,2% ont reçu une formation supplémentaire en dermatologie. La majorité soit 71,5%, s'intéresse énormément ou beaucoup à la dermatologie. Plus de la moitié soit 66,7%, est intéressée par la pathologie dermatologique plus que la dermatologie esthétique. Le nombre moyen de patients reçus par jour pour motif dermatologique est inférieur à 3 dans 53,3% et entre 3 et 10 dans 41,9%. Les pathologies dermatologiques les plus rencontrées par ordre de fréquence sont : les pathologies infectieuses suivis des pathologies inflammatoires puis allergologiques. 82,9% pensaient que leurs connaissances en dermatologie ne sont pas suffisantes pour leur pratique quotidienne. 93,3% pensent qu'une formation en dermatologie

supplémentaire est nécessaire. En ce qui concerne les connaissances en dermatologie, 76,1% pensent que le traitement antiviral n'est pas nécessaire au cours d'une varicelle étendue, 41,9% pensent qu'un traitement antiviral par voie locale est indiquée dans le zona. Seulement 12,4 % pensent que les anti inflammatoires non stéroïdiens peuvent être prescrit au cours d'un érysipèle.

Discussion :

Notre étude met en évidence la fréquence des consultations d'ordre dermatologiques chez les médecins généralistes, et souligne sur le caractère jugé insuffisant de la formation en dermatologie reçue par les médecins généralistes, ce qui rejoint les données de la littérature. Elle souligne également leur souhait de bénéficier d'un enseignement supplémentaire théorique et pratique. Des connaissances pratiques des médecins généralistes pourraient permettre une meilleure prise en charge des patients et une meilleure coordination avec les dermatologues.

Dermatotillomanie mimant une rechute de pemphigus

A . ELKISSOUNI – F .HALI – H.RACHADI – S . CHIHEB

Service de dermatologie – CHU Ibn Rochd Casa

Introdution :

La dermatillomanie est répertoriée dans les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) définis dans le manuel de psychiatrie DSMV ,Ce trouble est caractérisé par la vérification et le triturage de la peau en particulier le visage et les régions accessibles au grattage de manière compulsive et répétée pour réduire un état de tension anxieuse interne. Nous rapportons ici un cas de pemphigus résistant révélant une dermatotilomaie

Observation

Patiente de 68 ans suivie pour pemphigus vulgaire mise sous corticothérapie et azathiopirine avec rechutes fréquentes et persistance d'un placard érosif à contour géographique bien limité occupant toute la joue résistant au traitement ,un bilan à la recherche d'une néoplasie sous jacente a été réalisé et revenu négatif , une composante psychique a été suspectée , après un entretien psychiatrique le diagnostic de dermatillomanie a été posé , la patiente a été mise sous pansements occlusifs et des séances de TCC avec bonne évolution et cicatrisation totale des lésions ainsi qu'une rémission de sa dermatose bulleuse

Discussion :

Bien que les études abordant les facteurs de rechute de pemphigus n'évaluent pas la dimension psychique, plusieurs observations ont rapporté l'impact des psychoses entre autre les troubles anxieux dans l'aggravation ou l'apparition de pemphigus

En effet les fibres nerveuses cutanées sécrètent de nombreux neuromédiateurs (substance P, neuropeptides, bradykinines..) Ainsi, la peau, le système nerveux et le système immunitaire ne sont pas indépendants et utilisent le même langage (cytokines et neurotransmetteurs). Qui sont tous modifiés par le stress psychologique

Chez notre patiente un TOC concomitant aux lésions de pemphigus a été diagnostiqué et nous avons constaté l'amélioration spectaculaires des lésions après prise en charge psychiatrique , ce qui rejoint les données de la littérature en particulier l'étude de Cremniter et al qui ont exploré la relation entre l'apparition/aggravation du pemphigus et la survenue d'un événement stressant récent .Les auteurs ont démontré une interaction entre le système nerveux et le système immunitaire et ont suggéré que le stress psychologique et/ou les troubles de la personnalité peuvent jouer un rôle dans le déclenchement ou l'aggravation du pemphigus

Macrochéilite au cours des néoplasies endocriniennes multiples de type IIb : A quoi faut-il penser ?

H.Elboukili, H.Baybay, Z.Douhi, S. Soughi, S.Elloudi, FZ. Mernissi

Service de dermatologique, CHU HASSAN II, Fès, Maroc

INTRODUCTION :

De nombreuses affections du système endocrinein comportent des manifestations cutanées qui peuvent en être révélatrices ou consécutives . Les néoplasies endocriennes multiples (NEM) représentent l'exemple type de cette nécessaire collaboration entre les deux spécialités ; nous en rapportons le cas d'une macrochéilite survenant chez un patient suivi pour NEM de type IIb.

OBSERVATION :

Mr. O de 26 ans ; suivi en endocrtinologie depuis 06 mois pour Néoplasie Endocrinienne Multiple de type IIb (carcinome médulaire de la thyroide + phéochromocytome bilatérale) qui fut adressé pour une anomalie labiale évoluant

depuis 10 ans ; l'examen exobuccalrévèlait une macrochéilite asymétrique bilatérale avec un aspect lupoidique par endroit à la dermoscopie ; on notait à l'examen endo-buccal de multiples papulo-nodules à base pédiculée de consistance ferme au niveau de la langue et en endobuccal dont la palpation restait souple et non douloureuse avec une malposition dentaire. Une double biopsie était faite , une guidée par l'aspect lupoidique de la lèvre supérieure et une autre au niveau d'une papule endobuccale ; les deux ont objectivé un épithélium malpighien hyperplasique, le chorion est le siège de filets nerveux hyperplasiques disposés de manière anarchique au sein d'un chorion fibreux concluant à un neurome muqueux .

DISCUSSION :

Les névromes ou neuromes muqueux sont des tumeurs nerveuses rares qui dérivent du tissu nerveux, elles sont fréquentes dans la sphère orofaciale , notamment dans la cavité buccale . Cette entité nosologique fait partie génèralement des syndromes des néoplasies endocriniennes multiples (type IIb et III) qui comportent de multiples autres tumeurs (cancer médullaire de la thyroïde, phéochromocytome , des ganglioneuromes intestinaux).

Les névromes muqueux multiples se développent souvent dans l'enfance, constituant des nodules blanchâtres luisants indolores , sessiles mais parfois pédiculés, de quelques millimètres à quelques centimètres de diamètre, siégeant au niveau de la langue, la gencive et des lèvres. Histologiquement, dans les nodules on constate la présence de filets nerveux entrelacés les uns sur les autres et engainés dans un périnèvre épaissi .

Les névromes muqueux apparaissent longtemps avant les pathologies malignes associées dans ces syndromes, ils présentent donc un réel intérêt de dépistage.

Les données de la littérature sur l'origine nerveux de la macrochéilite chronique sont exceptionnelles , encore moins s'y manifester par un aspect lupoidique pouvant étre expliqués par une réqction granulomateuse post-inflammatoire.

CONCLUSION :

Le diagnostic étiologique des macrochéilites repose sur un faisceau d'arguments cliniques, paracliniques et évolutifs , cette observation suggère un examen génèral

minutieux devant toute macrochéilite d'autant plus devant son caractère chronique qui peut précèder longtemps les pathologies sous-jacentes.

Nodule jaunâtre de la langue : penser au lipome

Sabrina oujdi, Zakia Douhi, Siham Boularbah,HananeBaybay, Sara Elloudi, Meryem Soughi, Fatima Zahra Mernissi

Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction

La présence d'un nodule jaunâtre au niveau de la langue est une situation clinique au quelle peut être confronter le clinicien dans sa pratique quotidienne, la connaissance de l'anatomie de la langue permet d'orienter les diagnostics à évoquer devant ce motif de consultation qui reste assez rare.

Observation

Patient âgé de 70 ans rapporte depuis 6 ans un nodule de 2,5 cm de grand axe jaunâtre asymptomatique bien limite de contour régulier grossièrement arrondi à surface parcouru de télangiectasies de consistance ferme siégeant au niveau du bord libre droit de la langue a la dermoscopie présence d'un fond jaunâtres et de télangiectasies, par ailleurs on notait l'absence de d'autres lésions cutanées ou muqueuses.

L'exérèse était en faveur de lipome.

Discussion :

Les lipomes sont des tumeurs bénignes du mésenchyme adipeux ils sont rares dans la cavité buccale. Ils sont les tumeurs mésenchymateuses les plus courantes du corps humain. Ils ne représentent qu'environ 1 à 4 % des tumeurs bénignes de la cavité buccale (8).

L'étiologie et la pathogenèse des lipomes ne sont toujours pas claires. Auparavant on soutenait une provenance du lipoblaste et de la prolifération du mésoderme embryonnaire.

Deux théories sont actuellement retenues : la théorie de l'hypertrophie stipule que l'obésité et le dépôt supplémentaire de tissu adipeux peuvent entraîner la formation de lipomes buccaux, mais elle n'est pas largement acceptée. Une autre théorie de la formation des

lipomes est la théorie de la métaplasie, selon laquelle la formation de lipoblaste peut être due à une différenciation anormale des cellules mésenchymateuses ; Les traumatisme, l'influence hormonale, des anomalies chromosomiques et une irritation chronique peuvent jouer un rôle dans la différenciation des cellules dormantes en cellules graisseuses ;il est proposé qu'après une blessure des tissus mous et la formation ultérieure d'un hématome, les cytokines impliquées dans le processus de réparation déclenchent la différenciation et la prolifération des adipocytes (8).

Les lipomes buccaux superficiels peuvent présenter une teinte jaunâtre, mais les lipomes buccaux profonds peuvent apparaître roses. Ils sont souvent asymptomatiques et ont été notés depuis plusieurs mois ou années. Le lipome comporte du tissu adipeux,par conséquent, les sites de la muqueuse buccale avec du tissu adipeux sont les endroits les plus fréquemment touchés. La muqueuse jugale est le site intra-buccal le plus fréquent pour les lipomes,les sites les moins fréquents sont la langue, le plancher de la bouche, la région rétromolaire et la lèvre.

La plupart des patients atteints sont âgés de 40 ans ou plus. Les lipomes sont généralement traités par une excision locale et les récidives sont rares. Cependant, les lipomes intramusculaires peuvent avoir un taux de récidive plus élevé en raison de leur croissance infiltrée.

Une excroissance asymptomatique, à croissance lente sur la face antérieure de la langue est caractéristique d'une tumeur bénigne. Les diagnostics différentiels peuvent se faire avec la tumeur à cellule granuleuse de la langue, un shwanome, un neurofibrome,une amylose nodulaire et le kyste lymphoépithélial buccal.

Conclusion

Les lipomes sont des tumeurs courantes des tissus mous, mais peu de cas de lipomes de la langue ont été signalé, nous avons rapporté un cas de lipome sur le bord latéral droit de la langue d'un homme de 70 ans.

Dermatose neutrophilique rhumatoïde: Une entité méconnue

Naji C, Bahbouhi I, Aboudourib M, 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 :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie articulaire inflammatoire chronique. Elle peut être accompagnée d'atteintes extra-articulaires bien connues (poumon, rein, cœur…) mais certaines atteintes, notamment cutanées, comme la dermatose neutrophilique rhumatoïde (DNR), sont beaucoup plus rares.

Nous rapportons un cas de dermatose rhumatoïde neutrophile, chez un patient atteint de PR.

Observation :

Homme de 56 ans suivi pour une polyarthrite rhumatoïde sous anti-inflammatoires non stéroïdiens et méthotrexate, et en gastrologie pour une hépatite B sous traitement. Il présentait depuis 1 an des nodules et des papules localisées aussi bien aux membres supérieurs qu'inférieurs, évoluant en poussée rémission. A L'examen clinique il présentait des lésions papulo-nodulaires érythémato-violacées, peu douloureuses, associées à quelques lésions ulcérées, avec la présence de quelques macules pigmentées cicatricielles siégeant sur les avants bras et les deux jambes. Biologiquement, le facteur rhumatoïde était positif, il n'y avait pas d'hyperleucocytose, la protéine c-réactive était à 41, les études bactériologiques et fongiques étaient négatifs. L'examen histologique de la biopsie cutanée a révélé un infiltrat dense de neutrophiles sans vascularite cadrant avec un syndrome de sweet. Le patient a été mis sous corticothérapie générale, avec une bonne évolution sur le plan cutané, cependant, il avait une aggravation des symptômes articulaires liés à la PR, la dose de méthotrexate a été augmentée progressivement jusqu'à 25 mg/semaine, avec une diminution de l'activité de la PR.

Discussion :

La DNR a été décrite pour la première fois par Ackerman en 1978. Il s'agit d'une manifestation rare et distincte de la PR. Cette manifestation survient principalement chez les patients qui ont une forte positivité du facteur rhumatoïde. Cependant, des cas chez des patients séronégatifs ont également été signalés. La physiopathologie

est mal connue. L'activation des neutrophiles et la production des complexes immuns circulants peuvent entraîner des réactions cutanées neutrophiliques. L'aspect clinique est celui de papules, plaques, ou nodules érythémateux asymptomatiques ou douloureux, répartis de façon symétrique et le plus souvent en regard des articulations et de la face d'extension des extrémités. Peu fréquemment, des lésions annulaires, ulcéreuses, pustuleuses, vésiculeuses et/ou croûteuses peuvent survenir.

Sur le plan histologique, la DNR est caractérisée par un infiltrat neutrophilique dermique dense, sans vasculite. La leucocytoclasie est possible. Des caractéristiques telles que la spongiose, la formation d'un abcès intraépidermique neutrophile, d'un œdème sous-épidermique ou d'un micro-abcès neutrophile papillaire dermique peuvent être observées

La DNR peut être traitée par des corticostéroïdes topiques ou systémiques, la dapsone, les antipaludéens de synthèse, tels que l'hydroxychloroquine, cyclophosphamide, des recherches supplémentaires sont nécessaires concernant l'utilisation du TNFalpha. En revanche, certaines lésions disparaissent spontanément.

Conclusion

Même si son individualité reste toutefois discutée, la DNR est à distinguer des nodules rhumatoïdes de la PR, une prise en charge thérapeutique spécifique étant disponible.

Lymphangiome cutané superficiel : à propos d'un cas

M.Benkaraache 1. S .Aouali 1. K.Khadija 1. N. Tahri1 .S.Dikhaye 1,2 . N. Zizi 1,2.

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

Introduction :

Les malformations lymphatiques kystiques cutanées sont des dilatations plus ou moins importantes développées à partir du système lymphatique. Elles sont macrokystiques, microkystiques ou mixtes (1)

Observation:

Nous rapportons le cas d'une patiente de 16 ans présentant des vésicules translucides douloureuses et saignant au contact disposées en bande au niveau axillaire, associées à une hémi hypertrophie évoluant depuis la première enfance diagnostiquées comme lymphangiome superficiel.
La patiente a bénéficié d'une biopsie cutanée objectivant une malformation lymphatique micro et macro kystique , et une IRM a été faite pour apprécier la profondeur des lésions te pour éliminer des agénésie du muscles pectoraux devant la forte suspicion du syndrome de Poland qui était sans anomalies.
Nous avons mis la patiente sous Sirolimus par voie orale.

Discussion :

Les lymphangiomes cutanées présentent plusieurs aspects cliniques de gravité variable, et peuvent s'inscrire dans le cadre de syndromes malformatifs, elles surviennent précocement, beaucoup plus rarement, elles se révèlent à l'âge adulte.
Le diagnostic est évoqué, cliniquement, devant une tuméfaction rénitente ou une plaque infiltrée surmontée de vésicules, voire simplement quelques vésicules sur une peau d'apparence normale. Les principales complications sont des poussées inflammatoires, des saignements intra kystiques et des manifestations compressives.
L'histologie met en évidence des dilatations lymphatiques dermiques ou épidermiques.
L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'examen le plus précis pour évaluer l'étendue des lésions, c'est l'examen à réaliser avant tout geste thérapeutique.

L'évolution peut être émaillée de poussées inflammatoires, une disparition spontanée est possible mais rare.
Le but du traitement peut être esthétique mais surtout, fonctionnel, ou préventif afin d'éviter de traiter en urgence au cours d'une poussée évolutive, il dépend de la

localisation et la forme clinique, il repose sur lasclérothérapie, l'électrocoagulation, le laser CO2, l'excision chirurgicale ,les inhibiteurs du mTOR ou l'abstension (1)

Conclusion :

Les lymphangiomes sont des anomalies vasculaires bénignes qui peuvent entrainer une déformation, une gêne fonctionnelle.Leur diagnostic et prise en charge est un sujet transversal entre la dermatologie, la chirurgie et la radiologie .

Rôle des troubles métaboliques et de l'alimentation dans la genèse de l'acné : Entre croyances et réalité

H.TADILI, I.BAHBOUHI, M.ABOUDOURAIB, O.HOCAR, S
Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI, FMPM
Laboratoires de Biosciences, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

L'acné est une maladie inflammatoire chronique du follicule pilo-sébacé, elle constitue l'affection cutanée la plus répandue chez les jeunes adultes des pays occidentalisés.

La pathogénèse lésionnelle est multifactorielle, actuellement plusieurs études ont démontré le rôle certain du régime occidental ou du « *Western diet »*, caractérisé par un apport remarquable en produits laitiers et en produits à indice glycémique très élevé, ainsi que le rôle des différents phénomènes pro-inflammatoires et d'insulinorésistance compris dans le syndrome métabolique*«MetS ».*

Une compréhension approfondie du lien entre le syndrome métabolique, l'alimentation occidentalisée et l'acné vulgaire pourrait contribuer au développement de nouvelles stratégies thérapeutiques.

Matériel et méthodes :

L'étude a été réalisée au sein du service de Dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech sur une durée de 4 mois, entre Juin et Septembre 2022. Au cours de cette étude, 41 patients acnéiques traités ou non traités, ont été recensés contre 41 sujets témoins ne souffrant pas d'acné. L'étude a été réalisée sous forme d'une enquête menée grâce à un même questionnaire auquel patients et témoins ont équitablement répondu. Un bilan métabolique a également été demandé chez l'ensemble des patients acnéiques.

Résultats :

Dans notre série, sur les 41 patients acnéiques, une nette prédominance féminine à 71% a été notée, 46% des patients étaient âgées de 16 et 25 ans. Les acnés colligées étaient dans 86% des cas à prédominance inflammatoire avec une sévérité moyenne dans 83% des cas selon le GEA score.

Sur le plan métabolique, 2 patients étaient connus diabétiques, avec notion d'un troisième diabète et de 2 pré-diabète découverts fortuitement au bilan demandé.

Sur le plan lipidique , le taux de LDL était légèrement élevé chez 5 patients soit 12% , le taux de HDL légèrement diminué chez 6 patients soit 14% , le cholestérol total élevé chez 1 patient soit 2% et les triglycérides élevés chez 2 patients soit 4%.

L'indice de masse corporelle était normal chez 23 patients soit 56%, révélant un surpoids chez 14 patients soit 34%, une obésité modérée chez 3 patients soit 7% et morbide chez 1 patient soit 3%. Plusieurs troubles endocriniens ont également été notés chez 21% des patients.

Une étude globale du régime alimentaire des patients a été menée en étayant les différents aliments consommés et ceux écartés, 85% des patients acnéiques suivaient une alimentation occidentale « Westerndiet » sans restrictions. Le questionnaire a permis d'exposer les croyances et expériences des patients à ce sujet : 75% affirmaient que leur acné pouvait être influencée par leur alimentation ,et 58 % d'entre eux constataient la survenue d'une poussée 24 à 48h après la consommation de certains aliments .Les aliments vedettes étaient le beurre ressortant dans 48% des cas , les produits laitiers dans 39% des cas ,fritures et fast-foods dans 34% des cas ,les œufs dans 29% des cas , et les sucreries dans 21% des cas . Un régime alimentaire a été suggéré à 51% des patients, et ce dans tous les cas, par leur entourage et non par leur médecin. Un régime alimentaire a été expérimenté par 34% des patients consistant en la suppression des aliments

gras, sucrés, industriels et des dérivés laitiers « Mediterraneandiet », une amélioration a été notée chez 64% de ces patients à des degrés variables .
Chez la population témoin, la réalisation d'un bilan métabolique fut difficile pour des raisons financières, cependant l'enquête alimentaire a pu mettre en évidence une alimentation plus variée, le régime occidental ressortait dans 68% des cas, le régime méditerranéen dans 25% des cas, le régime hyperprotéique dans des 5 % cas et le végétarien dans2 % des cas, les croyances concernant le rôle de certains aliments dans l'aggravation de l'acné étaient toujours favorable à 69%.

Discussion :

L'acné fut longtemps considérée à tort comme une pathologie touchant les adolescents et spontanément résolutive avec l'âge. Cette idée est actuellement révolue, sa relation étroite avec les phénomènes d'insulinorésistance, et les erreurs diététiques est certaine, d'où son appellation « syndrome métabolique du follicule pilo-sébacée » par certains.
Il a été démontré au cours de plusieurs études (Vergani et al , Arora et al et Akawi et al) que le taux de triglycérides et de LDL était significativement élevé dans les formes graves d'acné contre une tendance à la diminution des HDL plasmatiques chez ces mêmes patients , avec des modifications plus discrètes dans les formes modérés, ce qui conforte les résultats de notre étude.
Le régime occidental « Western Diet » ou encore « régime des pays riches » par son alimentation à indice glycémique très élevé et riche en produits laitiers entrainerait une insulinorésistance par production excessive d'insuline ainsi qu'une élévation du taux des IGF1, la caséine et le lactosérum contenu dans les dérivés laitiers agirait également par le même mécanisme .
Une étude comparative a été réalisée par N.Smith et al expérimentant les effets d'un régime riche en protéines et pauvre en glucides chez un groupe de patients acnéiques comparé à un régime riche en glucides conventionnel chez un groupe de patients acnéiques témoins. A la 12ème semaine du régime expérimental le nombre total des lésions avait nettement diminué chez 90% des patients, une diminution du poids, du taux d'androgènes circulants et d'IGF1 a également été notée . Une autre étude réalisée par C.Melnik et al souligne l'incidence plus élevée de l'acné au sein des pays développés sous régime occidentalisé par rapport aux pays en voie de développement toujours sous conditions alimentaires paléolithiques.

Conclusion :

Devant ce nouveau concept, de nouvelles thérapeutiques émergentes à efficacité notoire ont été expérimentés par plusieurs auteurs dans le traitement de l'acné, nous citions : la metformine, certaines plantes à action anti-inflammatoire et antibactériennes comme la calendula ou encore des agents antioxydants ou le zinc . Leur usage reste cependant jusqu'à présent expérimental.

Prise en charge du sinus pilonidal dans une unité de proctologie marocaine

Auteurs : H. Mahtal[1]S.Nacer[1]F.Haddad[1]F.Elghaoussi[1]M.Tahiri[1]W.Hliwa[1]A.Bellabah[1]W.Badre[1]

[1] Service d'hépato-gastroentérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc, hanane.mahtal@usmba.ac.ma

Introduction :

Le sinus pilonidal est une affection peu fréquente, bénigne et à localisation sacro coccygienne, d'étiopathogénie controversée. Il atteint principalement l'adulte jeune de sexe masculin avec une pilosité marquée et un surpoids. Le diagnostic est généralement facile dans les formes typiques : écoulement purulent par un orifice siégeant au niveau du sillon interfessier et contenant des poils.

Méthodes :

Il s'agit d'une une étude rétrospective étalée sur une période de six ans intéressant 141 cas de sinus pilonidal à localisation sacrococcygienne.Pour chaque patient, nous avons précisé les particularités épidémio-cliniques, thérapeutiques et évolutives de sa maladie.

Résultats :

Cent quarante et un patients ont été opérés pour sinus pilonidal, ce qui correspond à 6% des suppurations anales et périanales. Il s'agit de 114

hommes et 27 femmes avec un âge moyen de 33,4 ans. 9,92% ont un hirsutisme, 14,1% ont un surpoids et 12% ont des métiers nécessitant une position assise prolongée.

les manifestations cliniques révélatrices sont: l'écoulement purulent chronique dans 96% des cas, les douleurs dans 60 % des cas, le prurit de la région sacrococcygienne dans 38 % des cas et un abcès dans 39,5% des cas.

Le traitement chirurgical a consisté en une excision à ciel ouvert réalisée chez tous les patients des soins locaux quotidiens. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé dans tous les cas le diagnostic.

Le délai moyen de cicatrisation est de sept semaines. 7% des cas de récidive sont notés qui ont été traités par réexcision.

Conclusion :

Les résultats étaient en genéral satisfaisants, le seul inconvénient est la durée de cicatrisation longue. La résection à ciel ouvert reste la technique chirurgicale de choix dans le traitement du sinus pilonidal, permettant une bonne évolution et évitant les récidives sous réserve d'une bonne adhésion du patient aux soins et mesures hygiéniques.

Evaluation du risque de dépression chez les patients acnéiques traités par isotrétinoine

HananRagragui Ouasmin[1], Nassiba Zerrouki[1]; Youssef Joudeh Almheirat[1] ; Siham Dikhaye[1,2] ; Nada Zizi[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 chronique courante qui touche presque tous les adolescents. Elle constitue un facteur de risque important de morbidité psychologique chez les individus jeunes et âgés des deux sexes. L'isotrétinoine est le traitement le plus efficace disponible pour l'acné nodulokystique résistante dont la relation est controversée avec la survenue de dépression. Notre étude vise à évaluer le risque de dépression suite à la prise de l'isotrétinoine chez les patients souffrant d'acné.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude descriptive et analytique. Un questionnaire anonyme a été créé à partir de Google Forms et a été partagé avec des patients suivi pour acné sous isotrétinoine. Ce questionnaire vise à évaluer le risque de dépression au cours du traitement chez ces patients à l'aide du score de la dépression HADS (Hospital Anxiety and DepressionScale). La sévérité de l'acné a été évaluée par le score GEA (Global Acne Evaluation). L'étude de corrélation était réalisée à l'aide du test de spearman ; la régression linéaire était utilisée pour l'étude des variables quantitative et la régression logistique pour les variables qualitatives. Une valeur de $p<0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Résultats :

Cent soixante patients sous isotrétinoine ont répondu au questionnaire avec une nette prédominance féminine soit un sex-ratio Femme/Homme à 2. L'âge moyen de nos patients était de 19.5 ± 3 ans. Quinze pourcent de nos patients avaient déjà consulté pour un problème psychiatrique avant la prise de l'isotrétinoine. Une forme très sévère d'acné était présente chez 17.5% des patients, 36.8% avaient une forme sévère, alors que 45.7% d'entre eux avaient une forme moyenne avec un âge moyen de début de l'acné à 14 ± 2 ans. Parmi les patients que nous avons évalués, 65% étaient sous 0.5mg/kg/j d'isotrétinoine alors que 35% étaient sous 1mg/kg/j. La prescription de l'isotrétinoine est faite par un dermatologue dans 90% des cas et par automédication dans 10% des cas. Aucune évaluation psychiatrique n'a été réalisée avant la prise du traitement. Après le début du traitement, 52,4% des patients ont ressenti une modification de leur humeur et un trouble de comportement dans 38,1% des cas. Pour évaluer le risque de dépression, nous avons utilisé le score HADS qui a révélé une dépression chez 19.5% des cas. Cinq pourcent de nos patients avaient présenté des idées suicidaires. Les patients rapportaient une symptomatologie psychique à la dose de 30-40 mg/j de l'isotrétinoine. Vingt pourcent des patients

déclaraient avoir consulté un psychiatre pour leurs troubles psychiques avec notion de prise d'anxiolytique et d'antidépresseurs chez 11% d'entre eux. L'interruption de l'isotrétinoine était faite par 38,2% des patients avec amélioration de la symptomatologie psychique chez 28.6% d'entre eux.
Dans notre étude, nous avons conclu à une corrélation positive très significative entre le score de dépression ; d'une part avec la durée du traitement (coefficient spearman 0.280 ; p<0.001) et d'autre part avec la dose prise de l'isotrétinoine (coefficient spearman 0.625 ; p<0.001). Il existe également une corrélation positive très significative entre la sévérité de l'acné et le score de dépression (coefficient β 5.24 ; IC à 95% [4.78-5.69] ; p<0.001). Une corrélation positive et très significative existe entre la survenue de dépression et la dose de l'isotrétinoine (OR = 1.19 ; IC à 95% [1.094-1.297] ; p<0.001), sans corrélation avec la durée (OR = 1 ; IC à 95% [0.559-1.896] ; p : 0.925).

Discussion :

L'acné est une dermatose associée à une diminution de la satisfaction liée à l'apparence, de l'estime de soi et de la confiance en soi, à une augmentation des problèmes mentaux notamment la dépression et l'anxiété, la phobie sociale et même les idées suicidaires. Ces différents troubles psychiques sont associés au degré clinique de l'acné d'où la nécessité d'introduire un traitement systémique efficace notamment l'isotrétinoine.
En 1998, la Food and Drug Administration des États-Unis a émis un avertissement concernant les associations possibles de l'isotrétinoine avec les troubles psychiques dont la fréquence varie de 1 % à 11 %. La relation entre la prise de l'isotrétinoine pour l'acné et la dépression est controversée.
Dans la méta-analyse réalisée par Changqiang et al; 4 études parmi 17 étaient liées à l'analyse du risque de dépression. Les données regroupées n'ont indiqué aucune association entre l'utilisation d'isotrétinoïne et le risque de troubles dépressifs (RR = 1,15, IC à 95 % 0,60 à 2,21, p = 0,14). Cette association était statistiquement significative lors du regroupement des études rétrospectives (RR = 1,39, IC à 95 % 1,05 à 1,84, p = 0,02), ce qui concorde avec les résultats de notre étude.
Dans l'étude de Bremner et al, ils ont constaté que la dépression se développe généralement 1 à 2 mois ou parfois environ 2 à 4 mois après le traitement.

Dans une étude de cohorte rétrospective de 5756 patients à qui l'isotrétinoïne avait été prescrite pour une acné sévère, observés avant, pendant et après le traitement, ils ont constaté un risque accru de tentative de suicide jusqu'à 6 mois après la fin du traitement.

Conclusion :

Notre étude souligne l'importance d'une évaluation psychique des patients souffrant d'acné avant l'instauration du traitement par isotrétinoïne avec une surveillance étroite et rapprochée au cours du traitement pour identifier les patients à haut risque afin d'intervenir à temps en cas d'anomalie.

Etude PCR du Mycobacterium tuberculosis dans l'érythème induré de Bazin :

Série de 18 cas

A. Abbour-F. Hali-A. Jaamoum-A. Aainouss-D. Elmessaoudi-F. Marnissi-S. Chiheb

Introduction :

L'érythème induré de Bazin (EIB) appartient aux vasculites nodulaires. La cause demeure inconnue quoique l'origine tuberculeuse soit la plus discutée. Nous présentons une série de 18 cas ayant un EIB qui ont bénéficié d'une étude PCR à la recherche du Bacille de Koch (geneXpert) sur biopsie cutanée.

Méthodes :

Seuls dix-huit patients présentant des lésions de dermo-hypodermites dont la clinique et l'histologie en faveur du diagnostic d'EIB ont été inclus.

Tous les patients avaient bénéficié de deux biopsies une pour étude histologique et l'autre pour recherche de gène de *Mycobacterium tuberculosis* (M.T) par technique PCR.

Résultats :

Parmi les 18 patients, 77.78% étaient des femmes et 22.22 % des hommes. L'âge moyen était de 37.17 ± 16.19 ans.

Un seul cas avait un antécédent de contage tuberculeux, tandis que 3 cas avaient un antécédent de tuberculose extra-cutanée (2 T. pulmonaire, 1 T. intestinale). La durée moyenne d'évolution était de 36.44 ± 64.71 mois.

Sur le plan clinique, tous les patients présentaient des nodules dermo-hypodermiques chroniques situées au niveau des 2 membres inférieurs. Les lésions étaient ulcérées et fistulisées dans 5 cas (27.78 %).

L'intradermo-réaction à la tuberculine était positive dans 7 cas (38.89%).

Une tuberculose extra-cutanée active concomitante a été retrouvée dans 2 cas (11.11 %).

Sur le plan histopathologique, toutes les biopsies cutanées ont objectivé une panniculite lobulaire +vascularite leucocytoclasique.

Tous les résultats de la recherche PCR du M.T étaient négatifs.

5 cas (27.78 %) étaient traités par anti-bacillaires et 13 cas (72.22 %) étaient traités par Dapsone (100mg /j). Dans 1 cas, le traitement (Dapsone) a été arrêté suite à une hémolyse. Le traitement a été

poursuivi chez les autres patients. L'évolution était favorable sans aucune rechute, ni récidive à 6 mois de suivi.

Discussion :

L'EIB est une affection rare qui reste toujours un sujet de débat quant à son étiologie. Considéré comme une réaction aux fragments du M.T ou une réaction d'hypersensibilité retardée type érythème noueux. La relation entre l'EIB et la tuberculose demeure controversée.

Par ailleurs, le M.T ne peut être toujours cultivé dans les biopsies, et l'ADN bacillaire ne peut pas toujours être détecté par PCR tissulaire : Dans notre étude, tous les tests PCR étaient négatifs. Cette absence de bacille pouvant être expliquée par le fait que les lésions cutanées sont probablement dues à une réaction systémique aux fragments de M.T.

En outre, la fréquence d'antécédents de tuberculose chez nos patients voire même la présence d'infection concomitante et l'évolution favorable sous anti-bacillaires suggèrent un lien avec cette maladie qui reste à élucider.

Conclusion :

L'étiopathogénie de l'EIB demeure inconnue, la positivité de la PCR tissulaire reste controversée, et la sélection d'un traitement approprié continue d'être un sujet de débat nécessitant ainsi des études supplémentaires.

Le retentissement psychique des dermatoses affichantes

Hanan Ragragui Ouasmin[1] ; Nassiba Zerrouki[1] ; Hasnae Saddouk[1]; Nada Zizi[1,2] ; Siham 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'apparence physique est d'une importance fondamentale dans le quotidien. Toute affection dermatologique affichante peut affecter le statut social, la santé émotionnelle, l'estime du soi et la qualité de vie. Elle peut être une source d'inquiétude, d'anxiété et de dépression. Dans certains cas, elle peut être source de rejet, d'exclusion et de discrimination. Notre étude vise à décrire les différents troubles psychiques retrouvés chez nos patients suivis pour des dermatoses affichantes.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude descriptive et analytique. Un questionnaire anonyme a été partagé avec des patients suivi dans notre service pour des dermatoses affichantes. Ce questionnaire vise à évaluer le statut psychique de nos patients à travers le score de l'anxiété et de dépression HADS (Hospital Anxiety and DepressionScale) qui contient 7 questions pour évaluer l'anxiété et 7 questions pour la dépression. L'étude de corrélation était réalisée à l'aide du test de spearman et la régression linéaire. Le test de chi2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives. Une valeur de $p<0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Résultats :

Nous avons colligé 225 patients dont 64 avaient une acné, 62 avaient un vitiligo, 61 avaient un psoriasis et 38 présentaient une pelade. Une nette prédominance féminine a été notée avec un sex-ratio Femme/Homme à 1.44. L'âge moyen de nos patients était de 26.4 ± 8 ans.

L'analyse des données des patients souffrants d'acné a montré une forme d'acné très sévère chez 12.5% des cas, 31.25% des patients avaient une forme sévère et 56.25% avaient une forme moyenne selon le score GEA. Pour évaluer le risque de dépression et d'anxiété chez ces patients, le score HADS a révélé un trouble anxieux chez 4.68% des cas et une dépression chez 17.18% de nos patients. Il

existait une corrélation positive, significative ente la forme sévère et très sévère de l'acné par rapport à la forme moyenne avec le score HADS-dépression et anxiété ($p<0.001$).
Concernant les patients avec vitiligo, 24.2% avaient une forme étendue avec des troubles dépressifs retrouvés chez 17.74% de nos patients et 6.45% développaient une anxiété. L'étude de corrélation a révélé une forte association positive entre le score de sévérité du vitiligo VES avec d'une part le score HADS-dépression (coefficient spearman 0.727, $p<0.001$) et d'autre part le HADS-anxiété (coefficient spearman 0.716, $p<0.001$).
Quinze pourcent des patients souffrant de psoriasis avaient une forme étendue selon le score PASI dont le score HADS a montré un risque de dépression dans 19.67% des cas avec une anxiété chez 13.11% de nos patients. Le score de PASI était associé au score de dépression (coefficient spearman 0.345) et au score de l'anxiété (coefficient spearman 0.378). Cette association était statistiquement significative ($p<0.006$; $p<0.003$ respectivement).

Pour les patients suivis pour une pelade, l'évaluation du risque de dépression et d'anxiété a montrée un trouble dépressif chez 34.21% des cas et un trouble anxieux chez 15.78% de nos patients. Cependant, il n'existait pas de corrélation significative entre le score de sévérité de la pelade et le score HADS-D/A ($p>0.05$).
Dans notre étude, il n'existe pas de différence significative entre les 4 pathologies par rapport au score HADS-D/A ($p>0.05$).

Discussion :

L'association des affections dermatologiques et les troubles psychiatriques est fréquente, bidirectionnelle et sous-estimée chez les jeunes adultes. La prévalence globale des troubles psychiatriques chez les patients atteints d'une affection dermatologique est estimée entre 30–60 %. La psychodermatologie s'intéresse aux affections cutanées qui sont influencées par des troubles psychologiques, ainsi qu'aux effets psychologiques relatifs aux affections cutanées.
L'anxiété et la dépression sont les comorbidités psychiatriques les plus fréquemment retrouvées. Dans la littérature, plusieurs études relèvent l'association significative entre le degré de gravité clinique de l'acné et la survenue des symptômes

dépressifs, de l'anxiété, des idées et des tentatives suicidaires ce qui concorde avec les données de notre étude.
Dans une enquête transversale auprès de 9 567 adolescents, le problème d'acné était associé à une probabilité accrue de symptômes dépressifs (24 %), d'anxiété (9 %), d'idées suicidaires (34 %) et de tentatives de suicide (13%).
Les patients atteints de psoriasis vulgaire dans notre étude sont plus susceptibles de développer une dépression que la population générale.
La prévalence globale de l'anxiété chez les patients atteints de vitiligo dans le monde est comparable à celle d'autres troubles cutanés graves et les patients atteints de vitiligo sont significativement plus susceptibles de souffrir de dépression clinique ou de présenter des symptômes dépressifs que ceux sans vitiligo, ce qui a été retrouvé dans notre étude.
Contrairement à nos résultats, la dépression et l'anxiété étaient indépendamment et positivement associée à la pelade (OR 1,22, IC 95 % 1,13-1,31, $p < 0,001$) avec une association plus élevée chez les femmes.

Conclusion :

L'association des affections dermatologiques et des troubles psychiques souligne l'importance d'une prise en charge interdisciplinaire.

Syndrome des ecchymoses douloureuse : ENTITÉ À CHEVAL ENTRE LA PSYCHIATRIE ET LA DERMATOLOGIE .

O. LAFDALI, M.ABOUDOURIB ; O .HOCAR, S .AMAL

Service de dermatologie CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de biosciences et de santé de la FMPM

Introduction :

Les maladies organiques associées à une composante psychologique génèrent un défi pour le clinicien, tant dans le diagnostic que dans l'approche thérapeutique. le syndrome des ecchymoses douloureuses également appelé purpura psychogène en fait partie , et peut simuler une maladie systémique , une dermohypodermite ou autre . La composante psychologique joue un rôle primordial dans le déclenchement et l'aggravation des lésions purpuriques .

Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 27 ans , de phototype clair , suivie pour dépression sous antidépresseur et anxiolytique depuis 6 ans en arrêt de traitement depuis 2 ans , qui se présente au sein de notre formation pour un tableau clinique évoluant par poussées rémissions depuis 5 ans fait de multiples lésions purpuriques annulaires douloureuses touchant essentiellement les 2 jambes et exceptionnellement les 2 avants bras accompagnées d'une chaleur locale , d'arthralgies diffuses et d'un fébricule . Par ailleurs la patiente rapporte la notion d'évènements stressants ou d'efforts physique avant les poussés .

La patiente a été sous prednisone 10mg depuis 5 ans , sans aucune répercussions sur le nombre des poussées , leur gravité , ni leur durée.

Un bilan biologique incluant une NFS , CRP , VS, bilan d'hémostase , facteurs de coagulation , dosage de complément , Ac anti-nucléaires , Acanticardiolipin était négatif .

Les radiographies des articulations douloureuses se sont avérées normaux

Ces manifestations cutanées, sans anomalies biologiques associées à des troubles psychiatriques et une biopsie avec extravasation du sang uniquement sans aucune autre orientation, faisait évoquer en premier un syndrome des ecchymoses douloureuses.

La prise en charge a consisté en une dégression progressive de la corticothérapie et relai par un traitement Placebo : injections quotidiennes sous cutanées de 5cc de sérum salé 9%, une prise en charge psychiatrique associant des antidépresseurs sérotoninergiques et des séances de psychothérapie de soutien.L'évolution a été marqué par une nette régression des lésions purpuriques sans cicatrices

Discussion

Le syndrome de Gardner-Diamond (SGD) , également appelé purpura psychogène, syndrome de sensibilisation autoérythrocytaire ou syndrome d'ecchymoses douloureuses correspond à une autosensibilisation des patients à leurs propres hématies.
La prévalence du syndrome n'est pas connue, elle concerne très majoritairement les femmes d'âge adulte, surtout en présence d'une comorbidité psychiatrique sous-jacente .
Il se traduit cliniquement par une réaction cutanée localisée faite de plaques érythémateuses douloureuses, uniques ou multiples, mal définies, localisées le plus souvent au niveau du tronc et des membres supérieurs et inférieurs évoluant en ecchymoses au niveau des 24h suivantes. Elles disparaissent complètement en 7 à 10 jours sans laisser de cicatrices ni de pigmentation résiduelle.
Un test diagnostique a été proposé consiste à injecter en intradermique des érythrocytes autologues. Le test est positif si l'injection induit le développement d'une nouvelle lésion en moins de 24 heures. Un test négatif n'élimine pas le diagnostic de SGD. D'autre part, le déclenchement d'une nouvelle lésion chez le patient peut être très mal vécu et ne doit pas être négligé, raison principale pour laquelle notre patiente n'a pas bénéficié de ce test .
Il n'existe pas de traitement spécifique du SGD. La prise en charge est difficile et repose sur une bonne relation médecin–malade. Plusieurs traitements ont été essayés avec une efficacité relative : corticothérapie ; antidépresseurs ; placebo -le cas de notre patiente -

busulphan, etc.

Conclusion

Le traitement d'une éventuelle pathologie psychiatrique sous- jacente semble être la meilleure voie thérapeutique. Le traitement antalgique est

indispensable durant les poussées inflammatoires et requiert souvent le recours aux opioïdes.

Perception et attitudes de la population générale marocaine vis-à-vis de la photoprotection

S.Ben Salem[1]; S.Bouabdella[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 :

L'exposition solaire prolongée a des effets délétères sur la peau et la connaissance des différentes mesures préventives de photoprotection est primordiale. L'objectif de notre étude est d'évaluer la perception, les attitudes et les connaissances d'un échantillon de la population générale marocaine vis-à-vis de la photoprotection.

Matériel et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive réalisée en Mai 2022 à travers un formulaire de 27 questions, comprenant des renseignements sur les personnes et leurs connaissances concernant les moyens de photoprotection. Un score quoté à 15 et divisé en 3 classes (mauvais, bon et excellent) a été créé pour estimer le niveau des connaissances vis-à-vis de l'exposition solaire.

Résultats :

Nous avons colligé 244 personnes avec un âge moyen de 35,1 ans et un sexe ratio F/H de 1,9. Concernant le niveau d'étude, 25,5% ont fait des études supérieures, 50% avaient un niveau bac, et 24,4% de la population était analphabète ou avait un niveau primaire. Le niveau socioéconomique était bas chez 26,2%, moyen chez

62,3% et haut chez 11,5% de la population. L'analyse du score global des connaissances montrait de mauvais résultats chez 39,3% des personnes interrogées, de bonnes connaissances chez 35,3% et d'excellentes connaissances chez 25,4% de la population. Par exemple, parmi les moyens de protection disponibles, 81,1% connaissaient les crèmes solaires, 62,7% les vêtements, 44,3% les chapeaux et seulement 17,6% les lunettes anti-UV. La grande majorité, soit 70,9% ont répondu que l'écran s'appliquait juste avant l'exposition et seulement 13,9% l'appliquent 30 minutes avant. L'application d'un produit solaire permet de s'exposer plus longtemps au soleil pour 81,6%.

Quant aux risques liés à l'exposition solaire, les connaissances étaient jugées moyennes : le vieillissement cutané 41,8%, les cancers cutanés 69,3%, la pigmentation 40,6% et les dermatoses induites par le soleil 25,8%. Enfin, seulement 22,5% ont répondu avoir déjà été éduqués par rapport à la photoprotection.

Discussion

Devant l'augmentation de l'incidence des cancers cutanés et le souci esthétique, la photoprotection intéresse de plus en plus la population. Cependant cet intérêt demeure insuffisant. Dans notre étude, le niveau de connaissance vis-à-vis des risques liés à l'exposition solaire est bon. En revanche, les connaissances des produits solaires et de leur utilisation sont moins bonnes. Ces attitudes et ces connaissances varient en fonction du sexe, de l'âge et en fonction des niveaux d'étude et socio-économique. De plus, 58,6% de notre population ont répondu que la protection solaire ne se fait qu'en été, tandis que dans un pays ensoleillé tel que le Maroc, la photoprotection est nécessaire toute l'année. Nos résultats rejoignent ceux de nombreuses études de la littérature.

Conclusion

Cette étude justifierait la mise en place de campagnes de prévention et d'information pour tenter de modifier les conduites des individus vis-à-vis de l'exposition solaire.

La papulo-érythrodermie d'Ofujji : à propos d'une observation

F. Amaaoune, K. Rharib, M. Aboudouraib, S. Amal, O.Hokar

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Med VI, Marrakech-Laboratoire de bioscience et santé-FMPM-Université QuadiAyyad

Introduction : La papulo-érythrodermie d'Ofujji, décrite en 1984, est un syndrome défini par l'association de signes cliniques, biologiques et histologiques. Elle est rare et son individualisation ainsi que ses rapports avec les lymphomes T cutanés ou le syndrome hyperéosinophilique sont discutés. Elle s'observe principalement chez des sujets âgés de plus de 55 ans. Les lésions sont typiquement papuleuses, brun-rouge, très prurigineuses et siègent principalement sur les membres et le tronc. Nous rapportons une observation chez une patiente de 65 ans.

Observation :

Patiente de 65 ans, hypertendue sous amlodipine et diabétique sous insuline, qui s'est présentée pour des lésions cutanées prurigineuses évoluant depuis 4 ans avant son admission dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général sans d'autres signes associés.

L'examen dermatologique trouvait une érythrodermie sèche sans espace de peau saine parsemée de papules et de squames fines, avec respect des grands plis, associée à une kératodermie palmoplantaire et des squames fines au niveau du cuir chevelu.

L'examen des aires ganglionnaires était libre et le reste de l'examen somatique était sans anomalies.

Le bilan biologique avait objectivé une hyperéosinophilie et une élévation des IgE et la biopsie cutanée était compatible avec une dermatose lichéniforme.

L'échographie des aires ganglionnaires a individualisé deux adénopathies axillaires droite et gauche et des ganglions inguinaux bilatéraux de taille infra et juxta-centimétriques. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne a montré des ganglionnes axillaires et inguinaux bilatéraux sans atteinte thoracique, abdominale ou pelvienne associée. La biopsie ganglionnaire avait objectivé une lymphadénopathiedermatopathique.

La patiente a été mise sous dermocorticoïdes, antihistaminique et méthotrexate avec bonne évolution clinique.

Discussion :

La Papuloérythrodermie d'Ofuji est une entité rare, associant une hyperéosinophilie sanguine pouvant être élevée, un aspect histologique cutané peu spécifique et un aspect clinique caractéristique appelé « signe de la chaise longue », entraînant classiquement des papules et plaques érythémateuses coalescentes, épargnant le fond des grands plis (inguinaux, axillaires, sous-mammaires, dorsaux…). Plusieurs pathologies ont été décrites en association avec cette symptomatologie (néoplasies solides, hémopathies, réactions médicamenteuses…), ce qui nécessite la réalisation d'un bilan complet d'hyperéosinophilie.

L'histopathologie est peu spécifique, montrant un infiltrat polymorphe périvasculaire du derme superficiel et moyen, constitué de lymphocytes, d'histiocytes et d'éosinophiles. L'épiderme peut être, le siège d'une parakératose et d'une spongiose avec parfois une exocytose. Il n'y a pas d'atypie cellulaire. Lorsque l'exérèse d'un ganglion est réalisée, l'analyse histologique montre un aspect de lymphadénopathiedermopathique. Le mécanisme physiopathologique reste inconnu.

Chez notre patiente, un bilan exhaustif a été fait revenant négatif permettant de retenir le diagnostic d'érythrodermie d'offuji idiopathique.

La corticothérapie locale, générale et la PUVA thérapie sont les principaux traitements mais la ciclosporine, l'interféron alfa, le méthotrexate et l'azathioprine peuvent être proposer en cas de corticorésistance. Chez notre patiente, une corticothérapie locale a permis d'améliorer les lésions cutanées, mais un effet rebond a été observé à la décroissance de celle-ci d'où l'indication d'introduire le méthotrexate.

Conclusion :

Devant un aspect clinique évocateur de Papuloérythrodermie d'Ofuji et plus largement dans le cadre du bilan d'une hyperéosinophilie, il faut faire un bilan exhaustif avant de retenir le diagnostic de Papuloérythrodermie d'Ofujiidiopatique.

Produits de comblement l'air de la COVID 19

K. TahriJoutei Hassani[1]; Z. Douhi[1]; N. kalmi[1]; H. BAY BAY[1]; S. Elloudi[1]; M. Soughi[1]; FZ. Mernissi[1]

[1]Dermatologie, CHU de Fès, Fes, Maroc

Introduction

L'utilisation des produits de comblement des tissus mous à base d'acide hyaluronique (AH) en médecineesthétique a explosé ces dernièresannées . L'incidence des réactions inflammatoires retardées (RID) à ces produits varie entre 0,3 % et 4,25 %. Nous en rapportons un cas après vaccination contre le SARS COV2.

Observations

Une femme de 42 ans ayant comme antécédant une rhinite allergique saisonnière,aprésenté une tuméfaction soudaine du visage sans érythème ni prurit,24h après sa deuxième injection du vaccin anti SARS COV2 ASTRA ZENECA pour laquelle elle a été mise auparavant sous corticothérapie orale(CO) et injectable sans amélioration puis sous tetracyclines en association à la CO avec amélioration partielle. La patiente avait reçu sa première dose de ce vaccin exactement 28 jours auparavant sans complications. A l'examen clinique, on trouvait un œdème prenant les pommettes et les paupièresinférieures sans érythème ni chaleur avec présence de nodules sous cutanés mal limités de consistance dure au niveau de la paupièreinférieure gauche et de la partie basse des joues en bilatéral. Un interrogatoire rigoureux a été refait révélant que la patiente a bénéficié d'un comblement à l'AH au niveau des zones concernées 4 ans auparavant faisant ainsi suspecter un granulome post vaccinal. Une IRM a été demandée montrant 2 granulomes sous cutanés des régions sous orbitaires en bilatéral sans signes de cellulite. La patiente a été mise sous lisinopril 5mg associé à deux injections intralésionnelles d'acétonide de triamcinolone 40mg avec bonne amélioration.

Discussion

Un récent groupe de consensus d'experts a défini la duréedes RID comme un événement survenant 2 à 4 semaines ou plus après une injection. Les auteurs ont également reconnu que certains facteurs déclenchants peuvent êtreassociés à l'apparition des RID, notamment une infection virale, une sinusite active, des produits de mauvaise qualité,des combinaisons de différents produits,une technique inadéquate,une vaccination et des procédures dentaires passées et actuelles .Sur le plan clinique, ils ont noté que les RID dans les injections de produits de comblement à base d'AH se manifestent par un érythème, des nodules douloureux, une induration et un œdème des paupières. Munavalli et al. ontémis l'hypothèse que les vaccins à ARNm COVID-19 pourraient diminuer la conversion de l'angiotensine II pro-inflammatoire présente dans la peau stimulant ainsi l'inflammation et la réponse immunitaire en activant les CD8+ et les TH1, ce qui entraînerait des DIR comme on le voit dans notre cas. Plusieurs traitements ont été proposé par les autheurs avec une efficacité variable : les antihistaminiques,la CO et /ou intralésionnellecombinés à des injections d'hyaluronidase ou de 5- F U , des antibiotiques oraux (tetracyclines, macrolides) et plus récemment les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) par voie orale à la dose de 5 à 10mg.

Conclusion :

Les praticiens de la médecineesthétique doivent être conscients du risque de RID. Les patients qui souhaitent recevoir un produit de comblement des tissus mous à l'AH doivent êtreinformés du risque de réactionsindésirablesliées à l'infection et aux vaccins COVID-19 avant le traitement et obtenir un consentement correct.

La perception de l'intégration de l'intelligence artificielle dans la pratique clinique chez les dermatologues : une enquête transversale.

R. Ajaaouani ; F. Hali ; H.Rachadi ; S. Chiheb
Service de dermatologie vénérologie
CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :
L'intelligence artificielle (IA) est un domaine en plein essor en dermatologie et présente un grand potentiel d'intégration dans la pratique clinique. Notre objectif est d'évaluer la perception de l'intégration de l'intelligence artificielle dans la pratique clinique chez les médecins dermatologues.
Matériel et méthodes :

Il s’agit d’une étude descriptive transversale menée entre Mai 2022 et Juin 2022 par notre service de dermatologie. Les questionnaires étaient auto-administrés et les réponses ont été recueillies de manière anonyme. La population cible était les résidents en dermatologie en formation et les dermatologues pratiquants du secteur public et privé.

Résultats :

Un total de 200 participants a remplis le questionnaire, dont la majorité était des femmes 96,2%. L’âge moyen était de 27,5 ans. Quant aux secteurs d’emploi, 130 des participants (65,4%) étaient des résidents en dermatologie, 23,1% étaient des dermatologues du secteur privé et 11,5% étaient des dermatologues du secteur public. 107 des répondants (53,8%) ne connaissaient pas le concept de base de l'intelligence artificielle tandis que 46,2% des participants connaissaient le concept de base, dont 11,6% connaissaient ses applications. Concernant l’intégration de l'IA dans la pratique quotidienne, 53,8% des dermatologues étaient tout à fait d’accord, alors que 15,4% étaient tout à fait en désaccord. 123 des dermatologues (61,5%) pensaient que l’IA réduira le risque d’erreur diagnostic et 50% des participants pensaient qu’elle baissera la morbi-mortalité des patients. 161 des répondants (80,8%) affirmaient que le recours à l’IA réduira le retard diagnostic durant une pandémie et 87% des participants réclamaient le besoin d’intégrer l’IA dans la formation des résidents. 161 des répondants (80,8%) estimaient que l’intelligence artificielle améliorera la capacité du clinicien à dépister les lésions cutanées malignes.

Discussion :

Nos résultats ont montré que la majorité des dermatologues avaient des connaissances de base sur l'IA, mais manquaient de connaissances détaillées sur ses applications dans le domaine médical en particulier en dermatologie. Dans l'ensemble, l'attitude des dermatologues vis-à-vis du besoin de l'IA dans la pratique clinique était satisfaisante. La plupart des individus ont répondu en accord d'inclure le programme d'IA dans la formation médicale continue, et le considéraient comme une aide au médecin dans le diagnostic précoce, ainsi que dans la réduction des erreurs. Notre enquête nous a permis de donner une idée sur la perception de l’IA chez les médecins dermatologues. A l’air de la digitalisation, il nous semble nécessaire de répondre à la volonté d'adapter l'innovation à la pratique médicale, en l’occurrence en dermatologie, il est recommandé de concevoir et de mettre en œuvre un programme d'études d'IA approprié dans notre contexte.

L’impact des filtres des réseaux sociaux sur l'estime de soi chez les patients atteints d'acné

L.Elyamani 1 ; H.Raguragui ; 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 :

Différents réseaux sociaux tels que Snapchat et Instagram intègrent des filtres photographiques permettant aux patients souffrant d'acné de modifier leur images afin de faire disparaitre les différentes lésions cutanées pouvant altérer leur qualité de vie.

Le but de notre travail est d'évaluer le retentissement des filtres de beauté des réseaux sociaux sur l'estime de soi chez les patients souffrant d'acné

Matériels et méthodes :

Un formulaire de 20 questions a été créé sur Google Forms, contenant des renseignements sur l'utilisation des filtres beauté parmi les patients souffrant d'acné. Les critères épidémiologiques ont été recensés. La gravité de l'acné a été évaluée par score GEA et l'évaluation du retentissement sur l'estime de soi a été réalisée par l'échelle de Rosenberg. Le formulaire était partagé à travers les réseaux sociaux.

Résultats :

Sur une période de 25 jours, 120 réponses ont été colligées.

Soixante-dix patients (58,3 %) présentant une acné utilisaient les filtres photographiques de réseaux sociaux afin de retoucher leurs images . Leur moyenne d'âge était de 22 +/- 3 ans avec une très nette prédominance féminine avec un sex-ratio F/H :8 , le score de gravité de l'acné GEA était très sévère chez 10% des patients et sévère chez 30% des patients de ce groupe . Ils présentaient également à l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi des scores plus faibles avec un score moyen de 6+ /-3 traduisant une faible estime du soi.

Le groupe n'utilisant pas de filtres photographiques de réseaux sociaux sur leur image présentaient une moyenne d'âge de 25 +/- 2 ans avec une prédominance masculine avec un sex ratio (H/F : 1,5) le score de gravité de l'acné GEA était très sévère chez uniquement 4 % des patients et sévère chez 10 % des patients de ce groupe . Ils présentaient également à l'échelle de Rosenberg de l'estime de soi des scores plus élevés avec un score moyen de 20+/-4.

Discussion :

Les résultats de notre étude suggèrent que l'utilisation des filtres photographiques sur les réseaux sociaux est plus fréquente chez les femmes. Elle est associée à un faible estime du soi particulièrement chez les patients présentant une forme sévère d'acné, ceci est concordant avec différentes études de la littérature (1,2). L'évaluation du retentissement psychologique de cette pathologie est indispensable , en effet le faible estime du soi pourrait être le symptôme de trouble psychiatriaques plus sévère notamment une dépression ou de de troubles anxieux.

Conclusion :

Le recours excessif aux filtres photographiques des réseaux sociaux reflète une faible estime de soi de nombreuses jeunes femmes. Un traitement adéquat des lésions d'acné et des cicatrices associé à une acceptation par différentes techniques de psychothérapie peuvent s'avérer nécessaire chez plusieurs patientes.

Les manifestations dermatologiques de la COVID 19

F. BENHAYOUN, F. HALI, F. EL FATOIKI, H. RACHADI, H. SKALLI, S. CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

Depuis le début de la pandémie, de nombreuses manifestations cutanéesassociées au COVID- 19 ont été rapportées par la littérature. Cependant de nouveaux rapports montrent que la COVID-19 peut entraîner des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires notamment dermatologiques. Nous rapportons l'expérience du service de dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca au cours de cette pandémie.

Patients et méthodes

Etude prospective menée par le service de dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca depuis le début de la pandémie incluant 18 patients présentant des manifestations cutanéesliés au COVID- 19.

Résultats

Au total, 18 cas ont été colligés, chez qui une infection au SARS-COV2 a été confirmée par RT-PCR positive dans 83,33% des cas, TDM thoracique dans 22,22% des cas, et par sérologies dans 16,66% des cas. Le sexe-ratio était de 0,38. L'âge moyen était de 38,3 ans. Le COVID score variait entre 0,1 et 7 avec une moyenne de 0,69. La notion de contact positif a été retrouvée chez 72,22% des cas.

94,44% des cas présentaient des symptômes généraux.

L'atteinte cutanée était variable : éruption maculo-papuleuse chez 44,44%, purpura chez 27,77%, éruption pustuleuse chez 16,66%, puis l'urticaire, l'éruption varicelliforme, les lésions nécrotiques du visage, les lésions bulleuses, et des lésions PRG-like ont été retrouvés chez 5,55% chacun.

L'atteinte des muqueuses était observée chez 77,77% : érosions buccales chez 44,44%, une conjonctivite chez 27,77%. La réactivation virale a été retrouvée chez 5,55%, à type de gingivostomatite herpétique.

L'effluvium télogène a été retrouvé chez 22,22%.

Par ailleurs, des maladies auto-immunes ont été déclenchées par la COVID 19 : un lupus érythémateux systémique chez 2 patientes, soit 11,11% des cas, associé à un Sd des APL chez une patiente soit 5,55% des cas, psoriasis chez 11,11% des cas (psoriasis pustuleux et vulgaire chez 5,55% chacun), pelade universelle chez 5,55% des cas (qui a rechuté après vaccin anti COVID 19 malgré la poursuite du traitement), et un pemphigus vulgaire chez 5,55% des cas. Des toxidermies ont été potentialisée par l'infection au SARS-COV 2 chez 22,22% des cas : sd de stevens-johnson chez 11,11% des cas, PEAG et DRESS Sd chez 5,55% chacun.

Le délai moyen entre le début des symptômes et les manifestations dermatologiques était de 21,55 jours. L'atteinte dermatologique a révélé l'infection au SARS COV 2 chez 33,33% des cas.

22,22% des cas ont nécessité une PEC dans un milieu de soins intensifs. 16,66% des cas ont décédé.

Discussion

L'atteinte dermatologique au cours de la COVID 19 reste rare avec une incidence mondiale de 1 à 2%. Ceci pourrait être expliqué par la proportion faible des récepteurs ACE2 du virus au niveau de la peau par rapport aux alvéoles, et aussi par une sous notification des cas de manifestations cutanées devant la gravité moindre.

Les manifestations cutanées ont été classées en 3 groupes : éruptions paravirales(exanthèmemaculo-papuleux, urticaire, éruption PRG-like…), éruption varicelliforme, et éruptions vasculitiques (pseudo-engelures, purpura, livedo, nécrose…), avec possibilité de polymorphisme lésionnel.

L'atteinte des muqueuses est rarement décrite et peut être faite de lésions aphtoides, herpétiformes, érosions buccales, conjonctivites…

L'éffluvium télogène post COVID a également été décrit par la littérature, et a été associé le plus souvent à des formes sévères de l'infection.

Par ailleurs, des maladies auto-immunes peuvent être déclenchées par la COVID 19 chez les malades génétiquement prédisposés, suite à l'activation d'une réponse immunitaire aberrante par la cascade cytokinique induite par le SARS COV 2.

D'un autre côté, les toxidermies peuvent aussi être potentialisées par l'infection au SARS-CoV-2 via des réactivations immunitaires complexes, même en l'absence d'une sensibilisation préalable chez des sujets génétiquement prédisposés.

Conclusion

L'intérêt de ce travail est de décrire les manifestations dermatologiques de la COVID 19, et d'attirer l'attention des cliniciens au lien de cette dernière avec les maladies auto-immunes et auto-inflammatoires, ainsi que les toxidermies.

Bilan d'hospitalisation du service de dermatologie-vénérologie du CHU Ibn Rochd au cours de la pandémie Covid 19

A.Saddik , F.Hali , H.Rachadi , H.Dehbiskalli ,S.Chiheb

Introduction :

Le service de Dermatologie de l'Hôpital Ibn Rochd a pour mission de donner les soins en matière de dermatologie et concourt au service public de la santé au Maroc. Le but de ce travail est d'établir le profil épidémiologique et diagnostique des dermatoses en milieu hospitalier au cours de la pandémie Covid 19.

Méthodes :

Étude rétrospective menée sur une période de 22 mois de mars 2020 à décembre 2021 concernant tous les patients hospitalisés au service de dermatologie.

Résultats :

Quatre cent quatre-vingt-quatorze patients avaient été hospitalisés pendant la période étudiée. Il s'agissait de 275 femmes et de 219 hommes. Le sex-ratio était de 1,25. L'âge moyen des patients était de 46,7 ans avec des extrêmes de 2 mois à 92 ans.

La durée d'hospitalisation moyenne était de 20 jours pour l'ensemble des malades et variait de 1 à 140 jours. Les pathologies les plus fréquemment prises en charge dans notre service étaient l'érysipèle en premier à 12%, les dermatoses bulleuses auto-immune en deuxième rang à 11,6 %, le psoriasis en troisième rang à 6,46 %, les hémangiomes infantile á 5,66% puis le mélanome á 5,46%. Le taux de mortalité était très faible estimé à 1,41%.

Discussion :

Les affections cutanées constituant un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement, notamment au Maghreb surtout au cours de la pandémie. Les dermatoses du milieu hospitalier sont diverses. Les dermatoses bulleuses nécessitant une longue prise en charge avec un séjour prolongé. Nous observons également qu'il y'avait une nette diminution des hospitalisations au cours de cette période. La pandémie a également soulevé de nombreuses questions importantes sur la prise en charge actuelle des patients avec maladies inflammatoires recevant un traitement immunosuppresseur systémique. Plusieurs pays, on optait pour la télémédecine pour certaines pathologies dermatologiques.

Dermatose faciale et qualité de vie au chu de Tanger

Ilham Snoussi

Introduction :

Les dermatoses faciales sont très variées .elles constituent un motif frequent de consultation. La qualité de vie des patients atteints d'une dermatose faciale est souvent altérée, de ce fait elle constitue un élément important dans la décision médicale au même temps que l'efficacité et l'innocuité des traitements. Le but de notre travail était d'évaluer la QDV des patients atteints de dermatoses faciales en utilisant l'échelle DLQI et de déterminer les facteurs modifiant cette QDV.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale prospective de type descriptif incluant les adultes (âgés de 16 ans et plus) atteints d'une dermatose faciale, sélectionnés au cours des consultations au sein de service de dermatologie du centre hospitaliers universitaire de TANGER.

L'étude s'étendait sur une période d'une année allant du mois 5/2021 au mois 6/2022.

Résultats :

Nous avons recruté 120 patients atteints de dermatose faciale sur une année.

On note une nette prédominance féminine (72.5% des F/ 27.5% des H). 44.2% des patients étaient analphabètes, 60% avaient un niveau socio-économique bas et 79.2% étaient d'origine urbaine. 16% des patients avaient utilisé un traitement antérieur. La majorité des

patients présentait une première poussée de leur maladie et le motif principal de consultation était un souci esthétique concomitant à un signe fonctionnel dans 68,3% des cas. Les etiologies retrouvées étaient dominées par les pathologies des annexes tels que l'acné, la dermite séborrhéique suivie par les pathologies inflammatoires comme la rosacée, le psoriasis, le lupus, lichen puis la pathologie tumorale bénigne
telles que le kyste séborrhéique, naevus, …. ensuite Les pathologies
tumorales malignes comme le carcinome épidermoïde et le basocellulaire. Les dermatoses faciales avaient un impact modéré sur la QDV de nos patients.
C'est la dimension ≪symptômes et sentiments≫ qui reste la plus touchée.
48% des malades évalués par le DLQI avaient une altération importante de la
QDV par leurs dermatoses.

Discussion :

Ces dermatoses sont multiples et constituent un motif fréquent de consultation dans notre contexte et sont source de préjudice esthétique et de souffrance psychique secondaires à leur caractère affichant, d'où l'intérêt de la mesure de la qualité de vie qui apporte une aide au praticien en lui permettant de prendre en compte les répercussions psychologiques et sociales de la maladie.

Nos résultats rejoignent partiellement celle publiée en 2020 par le centre hospitalier universitaire de Marrakech et sur un échantillon de 197 patients avait montré une association significative des variables sociodémographique ainsi que l'échelle de la qualité de vie chez les patients atteints d'une dermatose faciale.

Conclusion :

Nous considérons les résultats de notre travail comme étant des résultats préliminaires nécessitant d'être mieux étayés par de larges études à venir. Ceci pourrait se faire avec un échantillon plus important de patients présentant une dermatose faciale avec un groupe contrôle de même taille.

Volumineuse malformation lymphatique kystique mixte scrotale mimant un sarcome : A quoi pensez vous ?

G.Sqalli[1],H.Baybay[1],K.Mejjati[1],S.Elloudi[1],M.Soughi[1],Z.Douhi[1],L.Chbani[2],Fz.Mernissi[1]

[1] : Service de dermatologie CHU HASSAN II Fes

[2] : Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique CHU Hassan II fes

Introduction

Les malformations lymphatiques kystiques (MLK) résultent d'anomalies du développement lymphatique et sont constituées de vaisseaux anormaux et de dilatations kystiques. Elles peuvent être macrokystiques, microkystiques ou mixtes.(1) Elles sont souvent congénitales et peuvent parfois être acquises ce qui les rend difficiles à distinguer des lymphangiomes acquis vu leur ressemblance clinique et histologique. (2) Nous rapportons le cas d'un patient ayant une MLK mixte scrotale associée à une surinfection tuberculeuse faisant mimer un volumineux sarcome.

Observation

Patient âgé de 21 ans, sans antécédents qui présente depuis l'âge de 8 ans une tuméfaction inguinoscrotale bilatérale asymptomatique augmentant progressivement de taille en concomitant avec plusieurs épisodes de surinfections locales. Par ailleurs, il rapportait la notion d'amaigrissement non chiffré et d'anorexie depuis 2mois. L'examen clinique objectivait une volumineuse masse sous cutanée inguino scrotale droite s'étendant vers le coté controlatéral fixe d'environ 15 cm, de consistance dure par endroit et molle par autre surmonté de multiples vésicules translucides et de papillomes de couleur chair faisant sourdre des sérosités et de la lymphe.

La dermoscopie a montré des lacunes avec un aspect à hypopion rougeâtre associé à des aires blanc rosâtres par endroit. Le bilan biologique avait montré une lymphopénie avec un frottis sanguin normal. La sérologie HIV était négative. Un scanner thoraco abdomino pelvien avait objectivé un processus tumoral prenant tout le pelvis et des lésions actives de tuberculose pulmonaire. Devant ce tableau une biopsie chirurgicale a été réalisée en évoquant un sarcome de kaposi dans sa composante lymphatique, un lymphangioendotheliumbenin progressif acquis, une malformation lymphatique mixte et enfin une tuberculose. Le résultat était en faveur d'une tuberculose caséo-folliculaire avec des lésions de lymphangiome kystique. Le patient fut traité pour sa tuberculose pulmonaire et déclaré guérit et l'évolution était marquée par la diminution du volume de la masse et sa désinfiltration devenant totalement molle et mobile. L'IRM de contrôle a confirmé la présence d'une malformation à double composante micro et macro kystique. Le patient fut mis sous sclérothérapie à la bléomycine pour la composante superficiel et candidat à un traitement par sirolimus.

Discussion

Les MLK peuvent être mixte et se présente cliniquement sous la forme d'une masse sous cutanée surmontée de multiples vésicules translucides parfois hémorragiques.

Les topographies les plus fréquentes sont le cou, partie proximale des membres, région scapulaire et inguinale.(1)La localisation scrotale est peu fréquente posant un problème de diagnostic différentiel avec les condylomes. Les lésions apparaissent à la naissance ou la petite enfance. Par ailleurs, certaines MLK micro kystiques peuvent être acquises et se développent à un âge avancé secondairement à un traumatisme, une chirurgie, radiothérapie ou certaines infections comme la filariose, la donovanose ou la tuberculose. Quelques rapports de cas décrivent la présence de MLK micro kystique scrotale acquise d'origine idiopathique (3)(4)(5). Dans ce cas, l'histologie permet d'orienter le diagnostic pour une meilleure prise en charge. A ce jour il n'existe aucun cas d'une MLK mixte apparue assez tardivement et se compliquant d'une infection tuberculeuse. Cette dernière à occasionnée une inflammation importante au niveau des vaisseaux lymphatiques avec installation d'une fibrose secondaire ce qui s'est traduit à l'imagerie par la présence d'un processus tumoral envahissant le pelvis faisant mimer un sarcome. La biopsie
chirurgicale dans ce genre de situation a permis de poser le diagnostic et à adapter la prise en charge thérapeutique. Après la régression de la fibrose, le diagnostic de la MLK a pu être d'avantage réconforté grâce à l'IRM. Le traitement des MLK mixte est difficile vu la présence d'une double composante d'autant plus dans une localisation aussi particulière que celle de notre patient. La sérothérapie permet la régression de la composante macro kystique tandis que l'exérèse chirurgicale est surtout indiquée pour la composante micro kystique. Les inhibiteur m-TOR ont des propriétés à la fois immunosuppressives, antiprolifératives et anti-angio- et lymphangiogéniques et ont permis des réponses satisfaisant dans la littérature pour
des MLK diffuses (1)

Conclusion

les malformations lymphatiques mixtes peuvent se surinfecter entrainant l'installation d'une fibrose importante, cette dernière peut engendrer cliniquement au niveau scrotal , un aspect géant, dur et fixe mimant une pathologie maligne. la place de la biopsie chirurgicale nous a été d'une grande aide puisqu'elle a objective le granulome caséo folliculaire orientant ainsi la prise en charge thérapeutique.

Association d'une keratodermiepalmo-plantaire et signes oculaires : penser au syndrome de Hanhart et Richner

S. Boularbah, Z. Douhi, S.Oujdi, M.Soughi, S. Elloudi ,H. BayBay, F-Z Mernissi

Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction

La kératodermie palmoplantaire congénitale fait partie d'un syndrome avec des manifestations extra-cutanées. Nous rapportons un syndrome Hanhart-Richner à ajouter aux données limitées de la littérature.

Observation

Un homme de 28 ans, issu d'un mariage consanguin, était adressé par les ophtalmologues pour une kératodermie palmoplantaire douloureuse et invalidante évoluant depuis l'âge de 6 mois. Il rapportait une photophobie, un larmoiement et une rougeur oculaire. Il n'y avait pas de cas similairedans la famille. L'examen clinique objectivait une kératodermie striée avec hyperkératose linéaire au regard de la face d'extension des doigts avec nette démarcation et une hyperkératose jaunâtre
érosive par endroits des mains et des pieds. L'examen de la cavité dentaire objectivait une microdontie avec hypodontie. L'examen ophtalmologique trouvait une opacification cornéenne et strabisme. L'examen des phanères était normal. L'examen neurologique était sans anomalies. Une chromatographie des acides aminés a été réalisée et a montré une augmentation isolée de la tyrosine. Le syndrome de Richner-Hanhart a été donc retenu. Le patient a été mis sous régime strict avec une proportion quotidienne de 2g/kg de protéines avec 400mg de phényalanine et de tyrosine.
Le patient avait noté une légère amélioration mais il n'a pas pu adhérer au long cours régime.

Discussion

Le syndrome de Hanhart-Richner est une pathologie rare associant une kératodermie palmo- plantaire et des anomalies oculaires. Cette pathologie de transmission autosomique récessive est due à un déficit en tyrosine amino-transférase [1]. La kératodermie est plus fréquemment nummulaire en regard des points de pression et rarement sous forme striée hyperkératosique en regard des paumes et plantes. L'hypodontie est rare et correspond à un défaut de développement d'une à plusieurs dents [2]. Au cours du syndrome de Hanhart-Richner, la survenue d'une hypodontie est très variable ce qui nous a dérouté lors de notre diagnostic. Puisque l'on a initialement pensé plutôt à une association syndromique qu'au syndrome de Richner.

Nous rapportons une nouvelle observation du syndrome de Hanhart-Richner chez un adulte de 28 ans. Cette dermatose congénitale doit être reconnue en raison de possible association à des anomalies oculaires, neurologiques et dentaires.

Conflit d'intérêt : Aucun

Pustulose exanthématique aiguë généralisée par piqûre d'insectes : observation marocaine

S. Boularbah, M. Soughi, S.Oujdi, Z.Douhi,S.Elloudi,H. BayBay, F-Z Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction

La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une éruption médicamenteuse rare mais grave.

Survenant souvent après une sensibilisation médicamenteuse retardée [1]. Sa survenue suite à une piqûre D'insecte a été exceptionnellement rapportée dans la littérature. Nous rapportons une observation de PEAG apparu chez une femme marocaine victime d'une piqûre d'insecte.

Observation

Une patiente de 30 ans sans antécédent particulier, originaire d'un milieu rural, a été hospitalisée au service de dermatologie pour une éruption cutanée aiguë avec des pustules de la taille d'une tête d'épingle. La patiente rapporte une sensation de piqûre d'insecte 24 heures avant l'éruption et signale la présence d'insectes dans son habitat. Aucun médicament oral ou topique n'a été rapporté. L'examen générale a révélé une patiente fébrile, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec à l'examen dermatologique un exanthème érythémateux œdémateux parsemée des multiples pustulettes de la taille d'une tête d'épingle avec prédominance des plis (régions axillaire, inguinale et sous-mammaire) et du tronc et des membres a,b,c), une surface cutanée de 60 %,une érosion bien arrondi sur la face latérale du cou en rapport au site de la piqûre d'insecte. Le reste de l'examen somatique était normal. L'hémogramme complet montrait une polynucléaires neutrophile à 14 000/mm3 avec une hyperéosinophilie à 900/mm3. Les prélèvements bactériologiques étaient négatifs. L'examen histopathologique des pustules de biopsie a montré des

pustules spongiformes sous-cornéennes et/ou intraépithéliales, un derme papillaire œdémateux et des infiltrats périvasculaires avec des neutrophiles et quelques éosinophiles. L'évolution spontanée a été favorable avec une desquamation rapide en deux jours et une normalisation de l'hémogramme complet. Le diagnostic de PEAG a été retenu.

Discussion

La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une éruption pustuleuse aiguë dont les causes habituelles sont l'ingestion de médicaments et/ou une infection. Des cas de e PEAG secondaires à des piqûres d'insectes sont exceptionnellement rapportés, probablement en raison de la difficulté à établir une relation causale. Il s'agit d'observations isolées faites sur quelques cas de PEAG localisé suite à une piqûre d'araignée [4] dont le diagnostic a été retenu selon les critères EuroSCAR et la présence de site de piqûre d'insecte avec

absence d'autres étiologies. Dans notre observation, le diagnostic de PEAG était également certain selon les critèresEuroSCARinculant le début brutal, le tableau clinique typique, La fièvre accompagnée d'asthénie et la desquamation rapide. La présence d'une lésion caractéristique de la piqûre d'insecte, le délai de 24 à 48 heures entre la piqûre et l'éruption et l'absence d'autres causes classiques de PEAG sont des arguments en faveur des PEAG secondaires à une piqûre d'insecte.

Face à la régression spontanée habituelle des PEAG, aucun traitement n'est recommandé autre que les soins locaux afin d'éviter toute infection d'origine cutanée, notamment au niveau de la morsure. La corticothérapie locale ou systémique pourrait réduire les signes inflammatoires mais il n'y a pas de consensus établi sur son utilisation.

Conclusion

En conclusion, ce cas clinique et les rares cas rapportés dans la littérature suggèrent d'ajouter les piqûres D'insectes à la liste des étiologies possibles de PEAG. Les mécanismes immunopathologiques impliqués dans cette réaction restent à déterminer.

Psoriasis et troubles relationnels

S.SEFRAOUI[1] , S.AOUALI[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 scientifique et de santé publique .
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier. Oujda Maroc

Introduction :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire systémique chronique responsable d'un retentissement psychosocial et financier important. L'objectif de notre étude est d'évaluer la prévalence et les facteurs des troubles relationnels chez les malades psoriasiques.

Patients et méthodes :

Etude transversale monocentrique menée au service de dermatologie-vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda, depuis le mois de janvier 2015 jusqu'au mois de décembre 2020.

Nous avons comparé et analysé les données anamnestiques, cliniques et évolutives des patients psoriasiques ne présentant pas de troubles relationnels versus les patients psoriasiques ayant présenté des troubles relationnels.

Résultats :

Cent-deux patients ont été colligés, dont 50 hommes et 52 femmes, et l'âge moyen était de 36.9 +/-12.15 ans, la prévalence des troubles relationnels était de 26%.

Selon notre étude, les facteurs de risques indépendants de troubles relationnels sont le sexe féminin avec un OR :1.8, la sévérité du psoriasis avec un OR de 2.3, l'atteinte génitale avec un OR de 2.64, la dépression avec un OR de 4.39, et les difficultés de la vie sexuelle avec un OR 4.7

Discussion :

Les écrits publiés ne se sont pas intererssés à évaluer le retentissement du psoriasis sur les relations interhumaines.

Dans notre étude, la sévérité du psoriasis est corrélée à une aggravation des troubles relationnels, ceci serait justifié par la crainte de contamination et par la sous estime de soi et de son image corporelle.

Les résultats des études évaluant le retentissement du psoriasis génital sur les relations interhumaines sont contradictoires sans qu'il y ait de lien démontré entre le psoriasis génital et les troubles relationels. Dans notre étude l'atteinte génitale était un facteur de risque indépendant des troubles relationels (OR : 2.64).

La dépression a été incriminée comme facteur indépendant de la dysfonction érectile dans plusieurs études, ce qui concorde avec les résultats de notre étude.

Conclusion:

Il ressort de notre étude que le PASI, l'atteinte génitale et la dépression constituent des facteurs de risques indépendants et déjà connus de survenue d'une dysfonction érectile. L'association aux difficultés de la vie sexuelle aux troubles relationnels est un nouveau facteur identifié. Ces résultats devraient inciter les dermatologues à donner plus d'attention au retentissement du psoriasis sur les relations interhumaines.

Psoriasis et dysfonction érectile

S.SEFRAOUI[1] , S.AOUALI[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 psoriasis est une maladie inflammatoire systémique à laquelle plusieurs maladies autoimmunes et comorbidités sont attribuées, notamment la dysfonction érectile. Ce trouble est d'intensité variable, affectant la qualité de vie des patients.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence et les facteurs de risques de la dysfonction érectile chez les patients psoriasiques.

Patients et méthodes :

Etude transversale monocentrique menée au service de dermatologie-vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda.

Nous avons comparé et analysé les données anamnéstiques, cliniques et évolutives des patients psoriasiques ayant une dysfonction érectile et ceux ne l'ayant pas.

Résultats :

Cinquante patients ont été colligés, l'âge moyen était de 36.9 +/-12.15 ans, la prévalence de la dysfonction érectile était de 26%.

Selon notre étude, les facteurs de risques indépendants de la dysfonction érectile sont la sévérité du psoriasis avec un OR de 3.928, l'atteinte génitale avec un OR de 2.64, la dépression avec un OR de 4.39, les troubles relationnels avec OR 5.14 et les difficultés de la vie sexuelle avec un OR 4.7.

Discussion :

L'âge avancé [1], les antécédents de syndrome métabolique ou de cardiopathie [2], l'altération de la qualité de vie [1], la prise médicamenteuse notamment le methotrexate [3], l'acitrétine et l'adalimumab [4] sont des facteurs de risque connus de la dysfonction érectile.

La sévérité du psoriasis, évaluée par le PASI, est corrélée à une baisse du score IIEF, donc à une aggravation de la dysfonction érectile [5].

Les résultats des études évaluant le retentissement du psoriasis génital sur la sexualité masculine sont contradictoires : il existe un retentissement du psoriasis génital sur la fonction sexuelle globale évaluée par la question 9 du DLQI, mais pas de lien démontré entre le psoriasis génital et la dysfonction érectile évaluée par le score IIEF[5].

Les états dépressifs et surtout dysthymiques peuvent s'accompagner d'une baisse de la déhydroépiandrostérone (DHEA) de la testostérone avec une augmentation de la sécrétion du cortisol qui inhibe la sécrétion de la testosterone par le testicule ce qui induit une baisse de l'élan vital, de la libido, une fatigue et des troubles érectiles.

La dépression a été incrimée comme facteur indépendant de survenue de la dysfonction érectile chez les malades suivis pour psoriasis [6,7].

A l'inverse, une amélioration de la dysfonction sexuelle sous traitement du psoriasis non génital a été montrée pour certaines biothérapies comme l'ustékinumab, l'ixékizumab et l'étanercept [8,9].

Conclusion:

Il ressort de notre étude que le PASI, l'atteinte génitale et la dépression constituent des facteurs de risques indépendants connus de survenue d'une dysfonction érectile. L'association aux difficultés de la vie sexuelle et aux troubles relationnels sont de nouveaux facteurs identifiés. Ces résultats devraient inciter les dermatologues à donner plus d'attention au retentissement du psoriasis sur la sexualité des patients.

Ressenti et réticence des patients vis-vis de la biopsie en dermatologie.

S.SEFRAOUI[1], S.BOUABDELA[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 :

La biopsie cutanée est acte médical qui fait partie du quotidien du dermatologue. Cependant quel est le ressenti et les réticences des patientes vis-à-vis de cet acte.

Matériels et méthode :

Une étude transversale descriptive a été menée au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda. Nous avons conçu un questionnaire composé de 12 questions rédigé arabe dialectale. Le formulaire a été distribué aux patients admis en hôpital du jour et d'autres ont été contacté par conversation téléphonique.

Résultats :

Cent-soixante patients ont répondu au formulaire avec un sexe ration H/F de 1.2 et un âge moyen de 43.2 ans. 71% des biopsies étaient cutanées, 20% étaient muqueuses, 6% étaient de localisations musculaires et 3% étaient unguéales. Quatre-vingts pourcent des patients étaient réticents vis-à-vis de la biopsie cutanée, la peur de la douleur était le principal facteur, noté chez 60% patients, suivi par la cicatrice post biopsie (43%), pour des raison financière (32%), par peur du saignement (30%) et par peur de transformation maligne d'une lésion bénigne (24%), par peur du résultat (12%), par manque d'information et méconnaissance de l'intérêt du geste (9%) et pour la localisation de la biopsie (2%).

Discussion :

Les actes techniques sont nombreux en dermatologie et peuvent parfois être douloureux ou générateurs d'angoisse pour les patients. La biopsie cutanée est un geste simple pour les dermatologues mais qui est parfois source d'angoisse et de

réticence. Dans notre étude, 80% des patients ont exprimé une réticence. La peur de la douleur était la principale cause de réticence de nos patients. Cette dernière peut être évitée par différentes mesures : anesthésie, antalgiques ou même l'hypnose. La peur d'une transformation maligne de lésions bénigne, exprimée par 24% de nos patients, est une fausse croyance répandue dans notre contexte qui se nourrie par le manque d'information.

Conclusion :

Quoique que la biopsie cutanée est un acte médical simple et déterminant en dermatologie, elle peut générer une réticence, nécessitant une information suffisante afin de rassurer le patient, d'expliquer l'indication et de lutter contre les fausses croyances.

Bonne évolution d'une kératodermie plantaire érosive lupique sous Mycophénolatemofétil

S.Belguenani(1) ;M.Aboudouraib(1,2) ;S.Amal(1,2) ;O.Hocar(1,2)

1 Service de Dermatologie,Vénérologie,CHU Mohammed VI, Marrakech
2 laboratoirebiosens et santé

Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech, Université Cadi Ayyad ,Marrakech, Maroc

Introduction :

La kératodermie palmo-plantaire (KPP) est une manifestation exceptionnelle du lupus érythémateux(LE), rapportée dans 16 observations jusqu'à présent, cette atteinte est connue d'être résistante aux traitements conventionnels du lupus avec une sensibilité partielle aux rétinoïdes .

Observation :

Un homme âgé de 38 ans suivi depuis 1 an pour un lupus érythémateux systémique avec atteinte hématologique, rénale et cutanée de type subaiguë sous antipaludéens de synthèse et corticothérapie est adressé en consultation de dermatologie pour des lésions érosives des deux pieds .
l'examen notait des callosités jaunâtres associées à des lésions érosives hyperalgiques en regard des zones d'appui altérant constamment sa marche et sa qualité de vie .
un traitement d'induction par mycophénolatemofétil à raison de 2g/j associé à une a ascension de la dose de corticothérapie a permis d'avoir un contrôle de l'atteinte hématologique et rénale , ainsi qu'une disparition des lésions érosives plantaires après seulement 1 mois .

Discussion :

La kératodermie palmo-plantaire est un épaississement anormal de la paume des mains et ou plante des pieds , elle peut être liée à de nombreuses pathologies ;Cependant il existe peu de rapports de lésions de type KPP chez les patients atteints de LE .
La littérature relève moins de vingt cas d'hyperkératose palmoplantaire satellite de poussées de lupus systémique. Son suivi évolutif atteste de l'inefficacité constante de dermocorticoïdes et d'une inefficacité partielle des rétinoïdes et antipaludéens de synthèse.Lemycophénolatemofétil inhibe l'interaction des cellules T et B ,réduit l'expression cellulaire des molécules d'adhésion des cellules endothéliales entrainant la diminution de la migration des leucocytes notamment au niveau cutané , malgré que son efficacité est rapportée dans plusieurs atteintes cutanées auto-immunes, il ne constitue pas un traitement de première intention pour l'atteinte cutanée notamment celle engageant le préjudice fonctionnel ou esthétique .
A notre connaissance ,notre observation rapporte la première réponse thérapeutique quasi-complète de la KPP fissuraire et de l'altération de la marche et qualité de vie sous mycophénolatemofétil le rendant ainsi un traitement intéressant pour ce type d'atteinte récalcitrante.

Une lésion trompeuse et chronique du visage : Penser au lupus tuberculeux.

Z.Mehsas, H.Azendour, S.Sektaoui, 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 tuberculose cutanée (TB) est une pathologie rare. Elle se caractérise par la multiplicité de ses formes anatomocliniques. Le lupus tuberculeux (LT) en constitue la forme la plus fréquente qui survient chez un patient ayant déjà été en contact avec le bacille. Nous rapportons l'observation d'un Lupus tuberculeux particulier par une présentation clinique trompeuse avec une atteinte de l'hémiface droite et une errance diagnostique de 60 ans.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 62ans ayant comme antécédents une syphilis primaire traitée en 1986,qui présente depuis 60 ans une lésion érythémateuse infiltrée de la joue droite qui a augmenté progressivement de taille prenant toute l'hémiface droite avec dépilation du sourcil droit. L'examen histologique d'un fragment cutané a retrouvé au niveau du derme des granulomes épithélioïdes etgiganto-cellulaires avec des foyers de nécrose caséeuse. La recherche de Mycobacterium tuberculosis par PCR dans la biopsie était positive ce qui a permis de confirmer le diagnostic. La radiographie du thorax et les examens biologiques étaient normaux. La recherche de bacille de Koch était négative dans la peau, les crachats et les urines.

Le malade a été traité par l'association de quatre anti-bacillaires (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol) pendant 2 mois, puis Rifampicine et Izoniazide pendant 4 mois

La réponse thérapeutique a été favorable au bout de 3 mois de traitement.

Discussion :

Malgré la vaccination systématique et toutes les mesures préventives, la maladie tuberculeuse sévit toujours à un état endémique. Au Maroc, la forme la plus fréquente

est le scrofuloderme (72 %), le lupus tuberculeux ne représentant que 12 % des cas, contrairement aux pays occidentaux où il occupe le premier rang. L'évolution très lente de cette forme conduisant à une destruction tissulaire progressive explique avec le polymorphisme clinique une latence diagnostique habituelle dans le LT,

La chronicitéde la lésion de lupus tuberculeux est habituelle. Cependant, le délai de consultation dépassant une cinquantaine d'année est atypique. Flohr et al. ontrapportéun cas similaire au nôtre évoluant depuis plus que 60 ans dû à Mycobacterium bovis La PCR s'avère dès lors un outil diagnostic d'un apport précieux. L'association à une tuberculose viscérale est possible, et doit être de principe rechercher. La quadrithérapie antituberculeuse reste le traitement de choix du LT.

Conclusion :

Le lupus tuberculeux est une forme de tuberculose rare. Il pose parfois des problèmes diagnostiques, nécessitant la conjonction de critères épidémiologiques, cliniques, bactériologiques, histologiques et thérapeutiques

C'est une étiologie à prendre en compte devant toute lésion cutanée ancienne dans notre pays où la prévalence de la TB reste élevée.

Le syndrome trophique du trijumeau: une cause méconnue d'ulcération faciale chronique

S. El Ammari ; H. Baybay; Z. Bennouna ; S. Elloudi; M. Soughi; Z. Douhi; F.Z. Mernissi

Service de dermatologie. CHU Hassan II. Fès

Introduction :

LE syndrome trophique du trijumeau (STT) est un processus pathologique rare qui se caractérise par des ulcérations cutanées apparaissant sur les dermatomes innervés par le nerf trijumeau suite à son atteinte à un niveau quelconque de son trajet. Nous rapportons un cas secondaire à un accident vasculaire cérébrale.

Observation :

Femme de 69ans, ayant comme antécédent un accident vasculaire cérébrale survenant 11 mois avant sa consultation avec persistance d'un engourdissement sequellaire au niveau de l'hémiface droite. Elle Consulte pour des lésions asymptomatiques du visage évoluant depuis 6 mois. L'examen avait retrouvé deux ulcérations à surface propre surmontée par endroit de croutelettes hémorragiques à base non infiltré au niveau de l'aile narinaire et en regard du sillon nasogénien droit, mesurant pour la plus grande 1,2cm avec une peau péri-lésionnelle hyper-pigmentée par endroit. La dermoscopie avait objectivé une ulcération, des structures blanchâtres en périphérie sans vascularisation particulière. L'examen neurologique avait révélé une anesthésie thermo-algique de l'hémiface droite. Une biopsie a été réalisée au niveau des deux lésions dont l'étude anatomopathologique était non spécifique éliminant une étiologie maligne ou infectieuse. L'interrogatoire a été refait avec la patiente qui reconnaissait que les lésions étaient le résultat de frottements itératifs des zones atteintes en raison des paresthésies persistantes. Le syndrome trophique du trijumeau a été retenu.

La patiente a été mise sous tacrolimus au niveau des ulcérations et sous Gabapentine 600mg par jour pendant deux mois avec disparition quasi-totale des ulcérations et diminution des engourdissements.

Discussion :

Le STT est un processus auto-induit qui implique de manière caractéristique une ulcération de l'aile nasale et moins fréquemment de la joue, de la lèvre supérieure et du front. Les étiologies sont nombreuses mais les causes iatrogènes sont les plus fréquentes. Il est cliniquement caractérisé par la triade : une anesthésie dans le territoire sensitif du trijumeau, une paresthésie faciale et une ulcération classique en forme de croissant de l'aile nasale. Les ulcérations peuvent être uniques ou multiples, typiquement unilatérales souvent du côté droit du visage et d'aspect uniforme. Elles sont persistantes en raison de l'auto- manipulation répétitive indolore de la zone atteinte. Le diagnostic repose sur la combinaison d'arguments anamnestiques, cliniques et d'une histologie non spécifique ne révélant aucun signe de malignité ou d'infection. Le traitement est non consensuel, implique une approche multidisciplinaire et repose sur l'éducation du patient, sur des traitements médicamenteux notamment la gabapentine utilisée dans notre cas et dont l'efficacité

en association avec le tacrolimus topique a été rapportée, d'autres moyens peuvent être utilisés comme la neurostimulationtrans-cutanée ou la chirurgie reconstructrice.

Conclusion :

La reconnaissance de cette entité pathologique rare responsable d'ulcérations faciales persistantes permet d'instaurer plus rapidement le traitement médical approprié et de réduire les dégâts cutanés secondaires à l'auto mutilation.

Un corps , deux saisons ….

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

Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction :

Le syndrome d'Harlequin (SH) est une pathologie dysautonomique rare caractérisée par une transpiration unilatérale induite par la chaleur , les émotions et l'exercice (1) . Il est
généralement idiopathique bien que plusieurs cas secondaires ont été rapportés dans la littérature.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 39 ans , qui consultait pour une érythrose de l'hémiface gauche avec une hyperhidrose hémicorporelle gauche remontant à 9 ans,
survenant à l'effort et plus fréquemment en saison estivale . A l'interrogatoire , la patiente n'alléguait pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers . Elle n'avait pas de facteur de risque cardiovasculaire ,pas de notion de traumatisme ou de prise de toxiques .

L'examen clinique au repos était normal , il ne montrait pas de déficit sensitif ou moteur , les réflexesostéo-tendineux étaient conservés . La tension artérielle était normale,sans
variabilité des valeurs entre les 2 bras . L'examen dermatologique avait objectivé une hyperkératose palmo-plantaire droite et une xérose de l'hémicorps homolatérale

Une évaluation objective était réalisée par le test de Minor après un effort physique , révélant une anhidrose presque complète de l'hémicorps droit ,et une hyperhidrose avec un érythème du visage sur le côté opposé .

La recherche étiologique était menée,notamment une échodoppler des troncs supra-aortiques, un scanner cérébral et cervico-thoracique, n'avait pas détecté une anomalie compressive.

Le diagnostic de syndrome d'Harlequin idiopathique était alors retenu.

Discussion :

Le syndrome d'Harlequin est un syndrome dysautonomique rare caractérisé par une anhidrose unilatérale et des bouffées vasomotrices associées à une hypersudation du coté controlatéral . Il touche plus fréquemment le visage , mais aussi le tronc et les membres (2).

Il est le plus souvent idiopathique dont le mécanisme de survenue est mal élucidé , probablement dû à une obstruction de l'artère radiculaire antérieure durant l'effort mais sans preuve formelle. (3)

Cependant quelques cas secondaires à une lésion compressive , traumatique ou iatrogène ont été rapportés dans la littérature , liés à une atteinte des fibres sympathiques proximales ou distales des ganglions sympathiques au niveau de T2 et T3 (4) .

Pour cela , une anamnèse approfondie , à la recherche d'antécédents chirurgicaux ,ainsi qu'un examen clinique neurologique ,ophtalmologique et cardiovasculaire appuyés par une imagerie s'avèrent nécessaires pour exclure les causes secondaires .

La prise en charge thérapeutique est alors orientée par le caractère idiopathique ou secondaire du trouble dysautonomique , avec une prise en charge chirurgicale en cas de phénomène compressif ou tumoral .

En ce qui concerne les formes idiopathiques , comme le cas de notre patiente , une surveillance clinique est privilégiée . Toutefois , en cas de gêne esthétique avec un impact sur la qualité de vie , des injection périodiques de la toxine botulique ou dans les formes graves une sympathectomie du coté atteint , peuvent être proposés (5)(6).

Notre patiente avait préféré l'abstention thérapeutique à la sympathectomie du coté atteint.

Conclusion :

Le syndrome d'Harlequin est une pathologie rare et bénigne , le plus souvent idiopathique .

Un examen clinique et paraclinique exhaustifs doivent être réalisés afin d'éliminer les causes secondaires et de rassurer le patient. Le traitement varie d'une simple

surveillance clinique à une sympathectomie dans les formes plus graves avec un impact social.

Des lésions kératosiques diffuses: Un challenge diagnostic.

R. Moumna – Z. Douhi – Z. Fajri – K. El Fid– M. Soughi – S. Elloudi – H. Baybay -– FZ. Mernissi

Service de Dermatologie, CHU Hassan II, Fès

INTRODUCTION :

Les lésions kératosiques peuvent être la manifestation clinique de plusieurs dermatoses inflammatoires, infectieuses ou néoplasiques. Histologiquement, elles traduisent une augmentation d'épaisseur de la couche cornée résultant d'un trouble de la cornéogenèse. L'orientation étiologique est souvent difficile et nécessite une confrontation clinique, anamnestique et histologique. Nous rapportons un cas de lésions kératosiques en rapport avec une porokératosepalmo-plantaire disséminée.

OBSERVATION :

Il s'agit d'un patient de 21 ans, rapportant des rapports sexuels non protégées et un cannabisme chronique, qui consultait pour des lésions asymptomatiques évoluant depuis 4 ans, d'abord palmo-plantaires puis diffuses, associées à des arthralgies mécaniques et une rougeur oculaire. Traité par Méthotrexate pendant 2 ans après une biopsie en faveur d'un psoriasis, sans amélioration. L'examen clinique retrouvait une kératodermie palmo-plantaire (KPP) ponctuée et des papules kératosiques de couleur rouge-brune, de disposition spinulosique au niveau des avant-bras, surmontées au niveau du tronc de squames qui se détachaient en pain à cacheter. La sérologie syphilitique était négative et le patient a réalisé une biopsie objectivant une image en « lamelle cornoïde » en faveur d'une porokératose. Nous avons retenu le diagnostic de porokératosepalmo-plantaire disséminée.

DISCUSSION :

Les porokératoses sont des génodermatoses rares qui se caractérisent par un polymorphisme lésionnel important et s'avèrent être un vrai challenge diagnostic le

plus souvent ; Comme le cas de notre patient, chez qui d'autres diagnostics ont été évoqués notamment une syphilis secondaire devant la couleur rouge brune des lésions ainsi que le contexte de rapports sexuels non protégés, un syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter devant l'association KPP, arthralgies et rougeur oculaire (plutôt secondaire au cannabisme), une maladie de Darier White devant les papules kératosiques brunâtres et l'atteinte acrale, un lichen spinulosique devant la disposition périfolliculaire de certaines lésions, et un pityriasis lichénoide chronique devant le signe des squames en pain à cacheter.

Le sexe masculin, l'apparition à l'adolescence de papules kératosiques palmoplantaires de dissémination secondaire aux extrémités et au tronc, aggravée par l'immunosuppression induite par le méthotrexate, ainsi que l'aspect histologique caractéristique des cornéocytes parakeratosiques en «lamellecornoïde», nous a permis de retenir le diagnostic de porokératosepalmo-plantaire disséminée.

Plusieurs options ont été proposées dans le traitement des lésions de porokératose notamment l'excision chirurgicale, les lasers ablatifs, la cryothérapie, la photothérapie dynamique ainsi que des traitements topiques à type de kératolytiques, 5-fluorouracil, imiquimod, dermocorticoïdes ou rétinoïdes.

Le pronostic des porokératoses est favorable, mais reste conditionné par la possibilité de transformation maligne des lésions en carcinome spinocellulaire.

CONCLUSION :

La porokératosepalmo-plantaire disséminée est une dermatose rare caractérisée par un polymorphisme lésionnel important rendant le diagnostic parfois difficile nécessitant une analyse avertie des données anamnestiques, sémiologiques et histologiques.

Cutis marmoratatelangiectaticacongenita (CMTC)

Biygjoinel, Hocar O, Amal S, Aboudourib M

Service de dermatologie et vénérologie

Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad

Introduction:

Le cutis marmoratatelangiectaticacongenita (CMTC) est une malformation vasculaire congénitale rare qui apparaît le plus souvent à la naissance ou dans les premiers jours de vie. Nous rapportons un cas de CMTC.

Observation :

Il s'agissait d'un nouveau né de 45jours, de sexe féminin, non consanguine, issue d'une grossesse de déroulement normal, accouchée par voie basse. Elle présentait depuis la naissance des plaques érythémateuses livédoïdes non infiltrées réalisant un aspect en grandes mailles télangiectasiques généralisées plus marquées sur l'abdomen et le membre inférieur gauche, associé à une distension abdominale et une hypotrophie du membre inférieur gauche (figure 1).

L'echo-coeur a révélé une CIA type ostium secundum avec une sténose pulmonaire valvulaire minime; l'électro-encéphalogramme et l'examen ophtalmologique étaient sans anomalies, ainsi que le bilan biologique. L'IRM cérébrale est en cours. L'évolution était marquée par le palissement progressif des lésions.

Discussion :

Actuellement plus de 300 cas de CMTC ont été rapportés. Les lésions cutanées apparaissent à la naissance ou dans les premiers jours de vie, sans prédilection de sexe. La forme localisée est la plus fréquente prédominant au niveau des membres et du torse sous forme de télangiectasies en mailles grossières qui peuvent parfois s'ulcérer. Les

formes généralisées doivent faire rechercher un syndrome de Van Lohuizen, qui inclut différentes anomalies comme les phlébectasies, une atrophie sous-cutanée, un retard de croissance, une hémi-hypoplasie avec une croissance asymétrique des membres, une faiblesse musculaire, une aplasie cutanée congénitale, des anomalies à l'EEG et un retard mental. L'évolution est généralement bénigne régressant dans les 3 premières années de vie.

Conclusion :

Le CMTC est rare d'évolution souvent bénigne. Un bilan initial et une surveillance ultérieure sont nécessaires afin de rechercher des anomalies associées surtout dans les formes généralisées. Aucun traitement n'est préconisé pour les formes régressives.

Nodule inflammatoire du cuir chevelu, n'est pas toujours chirurgical.

Imane KACIMI ALAOUI, Hanane BAYBAY, Sara ELAMMARI, Zakia DOUHI, Meryem SOUGHI,
Fatima Zahra MERNISSI

Introduction:

Un nodule inflammatoire du cuir chevelu fait suspecter en premier une origine bactérienne par les omnipraticiens, menant à une ponction-aspiration ou carrément une excision chirurgicale.

Nous rapportons le cas d'un enfant opéré à tort devant un abcès du cuir chevelu.

Observation :

Il s'agit d'un enfant de 3 ans, qui a présenté un nodule inflammatoire du cuir chevelu

douloureux évoluant depuis 8 jours, pour lequel il a consulté aux urgences pédiatriques où il a bénéficié d'une cure chirurgicale. Devant la non amélioration, il a été référé dans notre formation pour complément de prise en charge.

A l'interrogatoire, on retrouvait la notion d'animaux domestiques (pigeons , chats …), sans cas similaires chez la famille.

L'examen dermatologique trouvait des plaques alopéciques de taille irrégulière, centrées par une ulcération arrondie correspondant à l'exérèse du nodule, le signe de traction était positif.

La dermoscopie trouvait une plage érythémateuse, parsemée par des squames jaunâtres.

L'examen des aires ganglionnaires trouvait 3 adénopathies infra-centimétriques cervicales en bilatéral.

Un Prélèvement mycologique a objectivé une colonisation par Trichophyton violaceum, mis sous corticothérapie orale 1mg/kg/j pdt 10jrs, puis sous lavage quotidien au Ketoconazole sachet , et sous Griséofulvine par voie orale et locale, avec bonne évolution.

Discussion :

Le Kérion est une variante inflammatoire des teignes du cuir chevelu causée par une réponse immunitaire exagérée au champignon. (1)(2)

Elle commence par des papules folliculaires inflammatoires, fusionnant progressivement en une masse de consistance molle, détruisant les follicules pileux, et entraînant ainsi potentiellement une alopécie cicatricielle. (3)

Cependant, en raison de l'inflammationévidente du follicule pileux et de la zone environnante, il est souvent mal diagnostiqué et traité comme une pyodermite du cuir chevelu, un anthrax ou une cellulite, comme ça était le cas chez notre patient .

Des critères diagnostiques ont été proposés, indiquant une consultation en dermatologie avant de le manipuler chirurgicalement .Le diagnostic comprend la culture, l'examen dermoscopique et l'examen à la lampe de Wood. (2)

Le traitement nécessite l'utilisation d'agents antifongiques oraux avec des traitements topiques adjuvants pour prévenir la propagation de l'infection. L'incision et le drainage aggravent l'infection et retardent le traitement de la maladie. (1) (3)

Conclusion :

Le kérion est souvent mal diagnostiqué et pris à tort comme abcès, ce qui retarde le traitement approprié et induit la propagation de l'infection. Donc, un diagnostic

précoce et un traitement rapide permettent d'éviter les complications cicatricielles et psychologiques

Phytothérapie dans l'acné: Enquête auprès des herboristes

C Naji, M Jandi, Aboudourib M, 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:

Les maladies dermatologiques et les demandes cosmétologiques par la population sont fréquentes, le recours à la phytothérapie pour remédier à ces affections est également fréquent au Maroc.

Dans ce sens, nous avons mené une enquête ethnobotanique auprès des herboristes afin d'évaluer leurs pratiques dans le traitement de l'acné ainsi d'identifier les plantes médicinales utilisées.

Matériel et methodes:

C'est une étude faite dans la région Tadla-Azilal, menée auprès des herboristes exerçants d'une façon légale, qui ont été au nombre de 54, à l'aide d'un questionnaire traduit en arabe dialectal.

Résultat:

Notre étude avait concerné 54 herboristes, dont 27 ont refusé de nous accueillir. Les extrêmes d'âges des herboristes variaient entre 27 et 65 avec une moyenne d'âge de

47ans, 4 herboristes étaient de sexe masculin et 3 herboristes de sexe féminin. Presque la moitié des herboristes était non scolarisée et la majorité d'entre eux acquière l'information à travers les expériences personnelles et celles des autres. En ce qui concerne la manière dont les herboristes posent le diagnostic de l'acné, 25 herboristes ont répondu par:papulo-pustule, 2 herboristes n'ont pas répondu. L'enquête a permis de recenser 20 espèces de plantes médicinales utilisées pour le traitement de l'acné, appartenant à 16 familles. Les espèces les plus utilisées par les herboristes étaient: Opuntia ficus indica citée par 29.6 % des herboristes, cinnamomumcamphora 22.2 %, malus domestica 18.5 %, Nigella sativa 14.8%, Citrus limon 14.8 %, Cinnamomum verum 14.8 %, et Trigonellafoenumgraecum 11.1%.

La majorité des herboristes (88.9%) était satisfaite par le résultat des prescriptions, 11.1% étaient très satisfaits, et aucun herboriste n'était insatisfait. Aucun effet indésirable associé à l'utilisation de ces recettes n'a été signalé par les herboristes.

Discussion :

Depuis des millénaires, tous les peuples ont élaboré des médecines selon leurs intelligences, leurs génies, leur conception culturelle de la santé, de la maladie et les rapports qu'ils entretenaient avec leur environnement. L'utilisation des plantes médicinales à des fin thérapeutiques est une pratique aussi vieille que l'histoire de l'humanité.

L'acné est fréquente chez les adolescents et les adultes, avec des effets psychologiques significatifs. L'utilisation de produits naturels et phytochimiques dans les produits dermatologiques est de plus en plus populaire, et de nombreux patients se tournent vers ces thérapies alternatives pour le traitement de l'acné.

A l'ère récente, de nombreuses études et recherches sophistiquées sont venues pour servir les patients qui pourraient être significativement aidés par des thérapies naturelles.

En ce qui concerne les plantes médicinales utilisées pour traiter l'acné dans notre étude, Seules Nigella sativa et Citrus limon ont été l'objet d'études montrant leurs

efficacités contre l'acné, Cependant, des effets anti-inflammatoire et antioxydant de Cinnamomumcamphora, Malus domestica, Cinnamomum verum et Trigonellafoenumgraecum ont été mis en évidence par des études in vitro.

Conclusion

A la lumière de ce travail, le recours à la médecine traditionnelle par les plantes est largement répandu, d'autre part les plantes médicinales sont souvent très riche en composants actifs et les effets de ces derniers sur le corps peuvent être délétères, ainsi l'utilisation conventionnelle de ces plantes doit être rationnalisée.

Burn-out chez les dermatologues au Maroc : Prévalence et facteurs de risque

Y.Mahdar[1], F.Hali[1], Y.Battas[2], H.Rachadi[1], O.Battas[2], S.Chiheb[1]

[1] : *Service de dermatologie, CHU Ibn rochd, Casablanca, Maroc*

[2] : *Service de Psychiatrie, CHU Ibn rochd, Casablanca, Maroc*

Introduction

Le burn-out est un problème majeur chez les professionnels de santé, retentissant non seulement sur la qualité de vie des médecins qui en souffrent mais également sur la qualité des soins délivrés.

La dermatologie a été longtemps considérée comme une spécialité "heureuse". Néanmoins, aucune spécialité n'est à l'abri de l'épuisement professionnel. Un nombre limité de publications a traité le burn-out chez les dermatologues et aucune étude n'a été réalisée au Maghreb auparavant.

L'objectif de notre étude était d'estimer la prévalence du burn-out chez les dermatologues au Maroc, de définir ses facteurs de risque ainsi que les méthodes de prévention.

Matériels et méthodes :

Étude transversale multicentrique étalée sur une période de trois mois, de Février à Avril 2022. La population étudiée est constituée de dermatologues en formation et de spécialistes exerçant au secteur public et privé. Le burn-out a été évalué par le test d'inventaire de burn-out de Maslach.

Résultats :

Parmi 313 dermatologues marocains ayant répondu à l'enquête, 222 dermatologues (70,95%) ont souffert de burn-out avec une réduction de l'accomplissement personnel chez 42,8%, de l'épuisement émotionnel chez 31% et une dépersonnalisation chez 26,8%. Les facteurs de risque socio-démographiques associés à la survenue de burn-out étaient : le sexe féminin (p<0.001, Odds ratio=10,8), être marié (p=0,025, Odds ratio=1,18) et avoir des enfants (p=0,001, Odds ratio=1,27). L'âge entre 25 et 35ans (p<0,001, Odds ratio=0,57) et l'absence d'un antécédent personnel psychiatrique (p<0,001, Odds ratio=0,66) étaient considérés comme facteurs protecteurs. Le travail à temps plein (p=0,05, Odds ratio=1,18), le manque de temps pour la recherche (p<0,001, Odds ratio=3,06), la documentation excessive (p<0,001, Odds ratio=4,03), la confrontation à des patients agressifs (p<0,001, Odds ratio=1,53) et la rémunération insuffisante au travail (p<0,001, Odds ratio=1,49) étaient considérés comme facteurs de risque de burn-out. Le travail en cabinet (p=0,024, Odds ratio=0,84), en absence de tâches administratives (p<0,001, Odds ratio=0,71) et en absence de problèmes de communication avec les collègues (p<0,001, Odds ratio=0,71) étaient considérés comme facteurs protecteurs.

Discussion :

Le burn-out chez les dermatologues est omniprésent et coûteux pour la vie professionnelle et humaine. Le sexe féminin était longtemps considéré comme facteur de risque du burn-out vu la charge de responsabilités en matière de garde d'enfants dans leur foyer. Le taux est plus élevé chez les résidents au sein des hôpitaux vu la charge de travail élevé.

Les institutions doivent ainsi fournir des interventions de gestion du stress et les dermatologues doivent également rechercher un équilibre entre les soins aux patients et les autres intérêts tels que la recherche et l'enseignement, apprendre à travailler en équipe et adopter une meilleure hygiène de vie.

Une dystrophie unguéale diffuse : attention aux antidépresseurs

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

Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction

Les antidépresseurs sont de plus en plus prescrits de nos jours . Leur utilisation pourrait engendrer des effets secondaires cutanées de gravité variable . Cependant ,peu de publications ont décrit les anomalies unguéales secondaires aux antidépresseurs. Nous rapportons le cas d'une patiente qui présentait une onychodystrophie diffuse qui s'est améliorée de façon spectaculaire après l'arrêt de l'antidépresseur .

Observations

Il s'agissait d'une patiente âgée de 23 ans , qui consultait pour une onychodystrophie diffuse des ongles évoluant depuis quelques mois . À l'interrogatoire , la jeune femme ne rapportait pas de notion d'onychonyphagie ni de cas similaire dans la famille , ni de prise médicamenteuse en dehors de l'Escitalopram qu'elle prenait depuis 5 mois pour un syndrome dépressif. L'examen dermatologique montrait une onychodystrophie diffuse , notamment une onycholyse distale au niveau des ongles des mains , une onychomadèse au niveau du majeur gauche, une dystrophie médiane canaliforme de Heller au niveau de 3 doigts . Les ongles des orteils étaient le siège d'une incarnation latérale de la tablette des 2 gros orteils associée à une hypertrophie des bourrelets latéraux . Le reste de l'examen clinique était sans particularité. La patiente était très gênée surtout par l'atteinte des orteils qui était très douloureuse . Nous avions alors réalisé une cure radicale des ongles incarnés et nous décidions , en concertation avec le psychiatre , de réaliser une épreuve thérapeutique par arrêt de l'Escitalopram. Après 3 mois on constatait une disparition complète des anomalies unguéales des doigts des mains et des orteils.

Discussion

La dystrophie unguéale post médicamenteuse n'est pas une manifestation rare .Plusieurs médicaments sont incriminés, notamment les rétinoïdes, les médicaments cytotoxiques, les diurétiques thiazidiques, le valproate de sodium, la chlorpromazine, le captopril, le clorazépate dipotassique, l'indapamide, le benoxaprofène quinine et le chloramphénicol (1) (2) . Cependant , il existe peu de publications concernant les anomalies unguéales induites par les antidépresseurs . Il s'agit de l'onycholyse , l'onychomadèse, la xanthonychie, la leuconychie et la trachyonychie. Ces anomalies ne semblent pas être dose dépendantes et le délai d'apparition après le début du traitement est inconnu . Ces anomalies ne constituent pas une contre-indication absolue aux antidépresseurs .Toutefois , un arrêt du traitement semble améliorer l'atteinte unguéale , ce qui était le cas chez notre patiente .

Conclusion

Devant une onychodystrophie unguéale diffuse, il faut penser à l'origine médicamenteuse . Le praticien doit mener d'abord un interrogatoire minutieux avant d'indiquer une biopsie unguéale .

Syndrome de Morel – lavallée du membre inférieur : une entité rare que le dermatologue doit connaître

L.E.MARHRAOUI, S. EL Mahfoudi, S.Salam, F.HALI, S.CHIHEB

Introduction:

Le syndrome de Morel-lavallée correspond à un épanchement séro-lymphatique, secondaire à un cisaillement entre les tissus sous cutanés et l'aponévrose sous jacente, suite à un traumatisme tangentiel.
La surinfection et les récidives restent les complications les plus fréquentes et les plus redoutables.
Nous rapportons le cas d'un syndrome de Morel-lavallée du membre inférieur chez une patiente âgée de 24 ans.

Observation :

Une patiente âgée de 24 ans, tabagique et alcoolique chronique, ayant une notion de traumatisme de la jambe droite par automutulation; qui avait présenté un œdème diffus de la jambe droite évoluant depuis 10 jours compliquée il y a 2 jours par l'apparition de signes inflammatoires en regard.
L'examen dermatologique retrouvait un placard érythémateux œdématié, chaud, douloureux et mal limité occupant toute la jambe droite ; surmonté de bulles a contenu séreux par endroit avec 3 ulcérations linéaires impétiginisées en regard du placard inflammatoire correspondant au traumatisme ultérieur.
Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles avec une CRP élevée à 144.
L'échographie des parties molles objectivait une importante infiltration œdémateuse des parties molles sous cutanées des deux faces antérieure et postérieure de la jambe, associée à une collection sus aponévrotique au niveau de la face postérieure à contenu transonore, siège de septas et mesurant approximativement 7 mm d'épaisseur maximale étendue sur 6 cm.
Le diagnostic du syndrome de Morel-lavallée surinfecté a été retenu devant l'ensemble des arguments clinique, biologique et radiologique.

Discussion :

Le syndrome de Morel-lavallée est une entité rare que le dermatologue doit connaître. Il se caractérise par une masse fluctuante dépressible par rapport à un traumatisme tangentiel précessif, le diagnostic est essentiellement radiologique.

Le traitement associe un bandage compressif et des ponctions aspirations .

Pelade chez l'enfant : qualité de vie des enfants et leurs parents

S.Essaddouki, F Z.Elfatoiki, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie

Hôpital universitaire CHU Ibn rochd Casablanca

Introduction

La pelade est une affection auto-immune avec un impact psychosocial important sur les enfants ainsi que leurs parents, mais les données sur la qualité de vie des parents sont rares. Dans cette étude, nous décrivons et évaluons la qualité de vie des parents de patients atteints de la pelade.

Matériels et méthodes

Étude prospective incluant les cas de pelade chez des patients âgés de moins de 14 ans et leurs parents, en utilisant les scores sur la qualité de vie dans les maladies chroniques de l'enfant (QLCCDQ), le Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI) et Children'sDermatologic Life Quality Index (CDLQI). Les scores SALT au moment de la réalisation de l'étude ont été enregistrés.

Résultats

Caractéristiques des enfants : Un total de 43 patients a été inclus. L'âge moyen était de 9.1. Le sex-ratio était de 0.93. La durée moyenne de l'évolution était de 18,6 mois. Les scores SALT moyens étaient de 54.2. Le score CDLQI global moyen était de 10,4. Les items indiquaient une altération de la qualité de vie portant sur les symptômes physiques et la gêne ou la conscience de soi.

Caractéristiques des parents : Chez les parents participants, le rapport femmes-hommes était de 3:1. L'âge moyen était de 36,5 ans. Les résultats des deux scores FDLQI et QLCCDQ remplis par les parents participants étaient 11.7 et 13.4 respectivement, dominés par une altération du domaine émotionnel. Une corrélation positive statistiquement significative a été retrouvée entre les scores SALT, l'âge du patient et entre les scores FDLQI et les scores du domaine émotionnel du QLCCDQ. Aucune corrélation significative entre la durée de la maladie et les scores QLCCDQ et FDLQI.

Discussion

En raison de l'absence d'un traitement curatif et la nature chronique, la pelade peut altérer l'image du soi et la qualité de vie psychoaffective et sociale des enfants et de leurs parents. En utilisant les scores QLCCDQ, nous avons constaté une dégradation de la qualité de vie

des parents qui était principalement émotionnelle. L'altération de la qualité de vie des parents est corrélée à la gravité de la maladie de l'enfant, mais pas à la durée de la maladie. Une thérapie familiale adaptée permet une amélioration de leur qualité de vie et une réhabilitation psychosociale.

Photographie clinique en dermatologie vue par le patient

I. Bahbouhi, M. Aboudourib , O. Hocar, S. Amal

Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé

FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction

La photographie médicale est devenue un outil quasiment indispensable en dermatologie.

Son apport au diagnostic et suivi des patients est indéniable. Mais qu'en est-il du ressenti et de la perception du patient par rapport à cette pratique ? Notre étude avait pour objectif de répondre à cette question.

Matériel et méthodes

Un questionnaire anonyme a été administré aux patients suivis en dermatologie, dont les photographies ont été requises, sur une période de 3 mois.

Résultats

103 questionnaires ont été analysés. Le niveau d'instruction des répondeurs était variable : 26% des patients étaient analphabètes, 25% avaient un niveau universitaire.

Tous les malades acceptaient d'être photographiés par leur médecin traitant, et seulement 71% acceptaient s'il s'agissait d'un autre médecin. 44 % des répondeuses préféraient être photographiées par une femme.

Le téléphone portable constituait un moyen acceptable (93%). Les patients adhéraient moins à un stockage des images dans un ordinateur non protégé par un mot de passe (47 %).

Les patients préféraient l'utilisation de leurs photographies lorsqu'ils étaient non identifiables.

Tous acceptaient une utilisation dans le cadre de leur suivi lorsqu'ils étaient non identifiables. 66% trouvaient qu'un consentement oral était nécessaire et seulement 17,5% trouvaient qu'un consentement écrit l'était.

21% des répondeurs ressentaient une atteinte à leur vie privée et 28% n'étaient pas à l'aise lors de cette pratique. 98% jugeaient que c'était une procédure utile au diagnostic et suivi des dermatoses.

Discussion

La photographie clinique fait actuellement partie intégrante de la pratique dermatologique

quotidienne. L'avènement des smartphones en a fait un outil plus accessible et plus rapide.

93,2 % des patients de notre étude considéraient le smartphone comme un moyen acceptable, alors que dans les études de Lau et al et Wang et al, très peu de patients l'acceptaient. 55% des patients souhaitaient être informés des utilisations possibles des photographies avant l'acte, il nous semble donc judicieux de remettre dorénavant une fiche informative détaillant les différentes utilisations, notamment à des fins d'enseignement et de publication.

Globalement la photographie médicale était bien perçue par les patients, 98% la trouvaient utile et tous lui trouvaient un intérêt dans l'amélioration de la qualité de l'enseignement.

L’utilisation de photographies où le patient était non identifiable était mieux acceptée, ce qui rejoint les autres études.

Les images devraient donc anonymisées dans la mesure du possible. Uniquement 17% des répondeurs jugeaient qu’un consentement écrit était nécessaire.

Dans notre contexte, la photographie médicale n’est toujours pas codifiée. Ce travail qui a qui a mis l’accent sur la perception des patients par rapport à cet acte, pourrait donc guider une régularisation de l’acquisition, stockage et utilisation des images médicales dans le but de protéger le droit à l’image des patients.